

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE COAHUILA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOECONÓMICAS

TESIS

TESIS  
2010

MARTHA ELENA FUENTES CASTILLO

“Metodología y análisis de la integración de la  
cuenta satélite de salud: estimación para el  
estado de Tabasco”



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE COAHUILA**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOECONÓMICAS**  
**MAESTRÍA EN ECONOMÍA REGIONAL**

TESIS

**“Metodología y análisis de la integración de la cuenta satélite  
de salud: estimación para el estado de Tabasco”**

que se presenta como requisito parcial para obtener  
el grado de Maestro en Economía Regional

**MARTHA ELENA FUENTES CASTILLO**

**Comité Evaluador:**

**Director:** Dr. Vicente Germán Soto

**Lector:** Dr. Noé Arón Fuentes Flores

**Lector:** Dr. Alejandro Bruges Rodríguez

Saltillo, Coahuila

Octubre de 2010

## *A g r a d e c i m i e n t o s*

*A mi familia, en especial a mis padres  
que me han formado en el respeto, la responsabilidad y el amor.*

*A mis profesores, lectores y asesores de tesis  
que me han ofrecido su confianza, tiempo y esfuerzo  
para juntos culminar este logro profesional.*

*A mis amigos de Oaxaca, Tabasco y Coahuila  
quienes con su apoyo me motivan a seguir creciendo como persona.*

*A ti mi amor  
que incondicionalmente me has apoyado  
y enseñado que todo es posible.*

# Índice general

<b>Introducción</b>	<b>2</b>
<b>1. Antecedentes de las Cuentas Satélite</b>	<b>7</b>
1.1. Aportaciones teóricas sobre Insumo-Producto . . . . .	8
1.1.1. Tableau économique de Francois Quesnay . . . . .	8
1.1.2. Esquemas de Reproducción Marxista . . . . .	9
1.1.3. Matrices Insumo-Producto tipo Leontief . . . . .	11
1.1.4. Richard Stone y las Cuentas Nacionales . . . . .	12
1.1.5. El Sistema de Cuentas Nacionales para México . . . . .	13
1.1.6. ¿Qué es una Cuenta Satélite? . . . . .	14
1.2. Revisión de Cuentas Satélite de Salud . . . . .	15
1.2.1. Los Primeros Análisis en Salud . . . . .	15
1.2.2. La Propuesta de la Organización Panamericana de la Salud . . . . .	16
1.2.3. Cuentas Satélite en Países Latinoamericanos . . . . .	17
1.2.4. Evidencias en México . . . . .	24

1.3.	El Sistema de Salud de México . . . . .	25
1.3.1.	La Descentralización del Sector Salud . . . . .	26
1.3.2.	Características del Sistema de Salud . . . . .	27
1.3.3.	El Sistema de Cuentas de Salud de México . . . . .	29
<b>2.</b>	<b>Metodología para la Integración de la Cuenta Satélite de Salud</b>	<b>31</b>
2.1.	Marco General . . . . .	32
2.1.1.	Conceptualizar el gasto en salud . . . . .	32
2.2.	Fuentes de Información . . . . .	32
2.3.	Descripción de las Cuentas . . . . .	33
2.3.1.	La Cuenta de Producción . . . . .	34
2.3.2.	La Cuenta de Distribución Primaria del Ingreso . . . . .	38
2.3.3.	La Cuenta de Distribución Secundaria del Ingreso . . . . .	40
2.3.4.	La Cuenta de Utilización del Ingreso . . . . .	41
2.3.5.	La Cuenta de Capital . . . . .	42
2.3.6.	La Cuenta de Resto del Mundo . . . . .	43
2.4.	Clasificadores . . . . .	44
2.4.1.	Clasificador de Actividades . . . . .	45
2.4.2.	Clasificador de Productos . . . . .	45
2.4.3.	Clasificador de Agentes Institucionales . . . . .	45
2.4.4.	Clasificador de Cuentas . . . . .	46

2.4.5.	Clasificador de Transacciones . . . . .	46
2.4.6.	Clasificador de Valoraciones . . . . .	46
2.5.	Proceso Metodológico . . . . .	48
2.5.1.	Valoración y Procedimiento de la Oferta . . . . .	48
2.5.2.	Valoración y Procedimiento de la Demanda de los Hogares . . . . .	52
2.6.	Cuadros de Oferta y Utilización . . . . .	56
<b>3.</b>	<b>Cuenta Satélite de Salud para Tabasco 2003</b>	<b>61</b>
3.1.	Cuentas Económicas Integradas . . . . .	62
3.2.	Matriz de Producción de Salud . . . . .	63
3.3.	Oferta Total de Salud . . . . .	64
3.4.	Utilización Total de Salud . . . . .	65
3.4.1.	Utilización Intermedia de Salud . . . . .	65
3.4.2.	Valor Agregado de Salud . . . . .	67
3.4.3.	Utilización Final de Salud . . . . .	67
3.5.	Actividades Administrativas de Salud . . . . .	70
3.5.1.	Administración Federal de la Salud . . . . .	70
3.5.2.	Administración Estatal de Salud . . . . .	74
3.5.3.	Administración de Seguridad Social Federal . . . . .	76
3.5.4.	Administración de Seguridad Social Estatal . . . . .	78
3.6.	Actividades de Servicios de Salud . . . . .	79

3.6.1. Hospitalización General . . . . .	80
3.6.2. Servicios de Consulta General . . . . .	82
3.6.3. Laboratorios y Bancos de Órganos . . . . .	83
3.7. Sectores Complementarios . . . . .	87
3.7.1. Medicamentos . . . . .	87
3.7.2. Seguros Médicos . . . . .	91
3.8. Salud y el Resto de la Economía . . . . .	92
3.9. Información no Monetaria . . . . .	94
<b>Conclusiones</b>	<b>96</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>100</b>
<b>A.</b>	<b>104</b>
A.1. Cuenta Satélite de Turismo 2004 . . . . .	104
<b>B.</b>	<b>106</b>
B.1. Clasificador de Agentes . . . . .	106
B.2. Relaciones entre Cuentas y Transacciones . . . . .	107
B.3. Clasificador de Cuentas . . . . .	108
B.4. Clasificador de Transacciones . . . . .	109
B.5. Validaciones de cuentas-transacciones . . . . .	111
B.6. Clasificación por Partida Presupuestaria . . . . .	112

B.7. Descripción de los campos de la base de Salud Pública . . . . .	116
B.8. Descripción de la base de transición de Salud . . . . .	117
B.9. Descripción de la base de transición de Hogares . . . . .	118
B.10.Descripción de Productos Consumidos . . . . .	118
B.11.Equilibrio por Actividad . . . . .	118
B.12.Equilibrio por Producto . . . . .	121
<b>C.</b>	<b>122</b>
C.1. Cuentas Económicas Integradas por Servicios . . . . .	122
C.2. Matriz de Producción de Salud . . . . .	122
C.3. Oferta Total de Salud . . . . .	122
C.4. Cuadro de Utilización Intermedia . . . . .	122
C.5. Cuadro de Utilización Final . . . . .	122
C.6. Cuadro de Valor Agregado . . . . .	122
C.7. Gasto por tipo de Servicio de Salud y Quintil de Ingreso . . . . .	122
C.8. Gasto por tipo de Medicamento y Quintil de Ingreso . . . . .	130
C.9. Estadísticas y otros Indicadores . . . . .	131

# Índice de figuras

2.1. Cuenta de Producción . . . . .	38
2.2. Cuenta de Distribución Primaria del Ingreso . . . . .	40
2.3. Cuenta de Distribución Secundaria del Ingreso . . . . .	41
2.4. Cuenta de Utilización del Ingreso . . . . .	42
2.5. Cuenta de Capital . . . . .	43
2.6. Cuenta de Bienes y Servicios con el Exterior . . . . .	43
2.7. Cuadro de Oferta . . . . .	56
2.8. Cuadro de Utilización . . . . .	57
2.9. Reclasificación de Actividades-Productos . . . . .	60
3.1. Oferta Total de la Actividad de Salud . . . . .	65
3.2. Utilización Intermedia de Salud . . . . .	66
3.3. Utilización Intermedia de Salud . . . . .	68
3.4. Utilización Final de Salud . . . . .	69
3.5. Utilización Intermedia del Seguro Popular . . . . .	72

3.6. Utilización Intermedia de la Administración Estatal . . . . .	75
3.7. Utilización Intermedia de la Seguridad Social Federal . . . . .	77
3.8. Utilización Intermedia de la Seguridad Social Estatal . . . . .	79
3.9. Consumo Intermedio y Valor Agregado de Administración de Salud . . . . .	80
3.10. Insumos Intermedios de Hospitales Generales . . . . .	81
3.11. Insumos Intermedios de Consulta General . . . . .	83
3.12. Insumos Intermedios de Laboratorios . . . . .	85
3.13. Consumo de Salud por Quintiles . . . . .	86
3.14. Medicamentos por Quintil de Ingreso . . . . .	89
3.15. Distribución por Tipo de Gasto y Quintil . . . . .	90
3.16. Proporción de Gasto para Salud . . . . .	93

# Índice de cuadros

1.1. Esquema simplificado de Insumo-Producto . . . . .	12
2.1. Clasificador de Valoraciones . . . . .	47
2.2. Identificador de rangos para Salud . . . . .	50
2.3. Base Micro-Dato para Salud . . . . .	51
2.4. Descripción de los campos de la base de Salud Privada . . . . .	51
3.1. Valor por Cuenta Económica . . . . .	63
3.2. Producción Total de Administración Federal . . . . .	71
3.3. Producción Total de Administración Estatal . . . . .	74
3.4. Producción Total de Seguridad Social Federal . . . . .	76
3.5. Producción Total de Seguridad Social Estatal . . . . .	78
3.6. Producción Total del Hospital General . . . . .	81
3.7. Producción Total de Consulta General . . . . .	82
3.8. Producción Total de Laboratorios . . . . .	84
3.9. Producción Total de Medicamentos . . . . .	88

3.10. Producción Total de Seguros Médicos . . . . .	91
3.11. Indicadores de Gasto . . . . .	93

# Abreviaturas Frecuentes

COU	Cuadro de Oferta y Utilización
EIGHT	Encuesta Ingreso Gasto de los Hogares de Tabasco
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
IPC	Índice de Precios al Consumidor
ISFLSH	Instituciones Sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares
ISSET	Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
ONG'S	Organismos No Gubernamentales
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
SCIAN	Sistema de Clasificadores Internacionales de América del Norte
SCN	Sistema de Cuentas Nacionales
SICUENTAS	Sistema de Cuentas Estatales y Nacionales de Salud
SPS	Seguro Popular de Salud
SSA	Secretaría de Salud

# Introducción

El Estado de Tabasco ha sido pionero en la implementación de reformas al sistema de salud, fue de los primeros en descentralizar sus funciones para la atención de salud y ha sido de los primeros en adoptar el Seguro Popular, también se ha caracterizado por ejercer mayor gasto en salud a nivel nacional en las recientes décadas, mientras que, a nivel estatal ha presupuestado como segundo mayor rubro al sector salud. Con mayores niveles de captación de recursos y de atención a la protección de la salud, la entidad ha mostrado responsabilidad e interés en proporcionar dichos servicios de manera equitativa y con altos niveles de calidad. Sin embargo, pese a los notables esfuerzos realizados, ha prevalecido un hilo de insatisfacción en el público demandante de tales servicios, quien al no contar con un amplia cobertura de servicios, se ha visto obligado a recurrir a la oferta de los servicios de salud proporcionados por la iniciativa privada que, como es de esperarse, está disponible a precios muy superiores. En la mayoría de los casos, esto ha conducido a un empeoramiento de los niveles de bienestar económico, representando una situación alarmante para los logros del desarrollo económico de la entidad.

Existe pues, una notable necesidad en la entidad por tener estimaciones, estadísticas, indicadores o datos que permitan medir la efectividad del gasto realizado en la atención a la salud, tal necesidad ha sido cubierta desde la parte pública, pues la Secretaría de Salud ha podido ofrecer a la comunidad datos sobre los presupuestos ejercidos, este avance es sin duda, beneficioso. Sin embargo, la carencia más notable ha sido contar

con datos sobre el gasto que realizan las familias en el sector salud.

Un acercamiento que ha permitido atemperar esta carencia ha sido el ofrecer análisis del gasto en salud reportados en la Encuesta Nacional Ingreso Gasto. Aunque esta herramienta se encuentra disponible para la población, no siempre resulta representativa para la entidad, aunado al hecho de que muchos de los análisis realizados son de carácter nacional, constituyendo así un problema, que la presente investigación busca resolver.

Por tales motivos, la justificación de esta investigación se basa en la existente necesidad de recolectar información del sector público que pueda ofrecer respuestas a los tomadores de decisiones sobre la efectividad de las políticas públicas de salud y, en la parte privada, aportar conocimientos del comportamiento de las familias en tal gasto.

Por otra parte, es importante mencionar la existencia de una relación directa entre el bienestar y la salud humana, relación que a la vez impacta los niveles de desarrollo de las entidades territoriales como tales, pues como conjunto de personas en óptimas condiciones supone una mejora en los niveles de crecimiento y bienestar del Estado. Lo anterior sugiere que si las condiciones de las personas son adecuadas, la población podrá desempeñarse con eficiencia, elevando así los indicadores macroeconómicos de ingreso, empleo, producción, etcétera, que notablemente llevará a un aumento de su calidad de vida, es por tanto, prescindible la atención que los gobernantes deben poner a tal sector. Adicionalmente, esta investigación justifica la creación de instrumentos como la Cuenta Satélite, pues en ella se aplican las bases de la teoría macro y microeconómica en un espacio regional.

En la presente investigación, se tiene como objetivo principal la creación de una Cuenta Satélite de Salud para la entidad en el año 2003. Entendiendo como Cuenta Satélite el instrumento que amplía la capacidad analítica de un sector, en este caso el sector salud, para proporcionar información intrasectorial, medir los costos y beneficios de las actividades integradas a la Cuenta y vincular los flujos monetarios con el

análisis de gasto por agentes, que permita crear las bases de indicadores, estimaciones, estadísticas y análisis del sector salud en la entidad para generaciones presentes y futuras.

Se ha elegido el año 2003 en virtud de su vínculo con el año base de la Matriz Insumo-Producto de Tabasco, la cual fue realizada como una iniciativa del Gobierno del Estado, cuya metodología se basa en el método directo de recopilación de información, de acuerdo a las recomendaciones del Sistema de Cuentas Nacionales de 1993 de la ONU. En dicha matriz se reconocieron y agruparon 17 actividades principales de la economía de Tabasco, siendo una de ellas el sector salud.

Ante este hecho, se contó con información pública de los organismos federales y estatales de salud pública, así también con la información proveniente del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, la parte inicial de la codificación y tratamiento de la información fue desarrollada en el proceso previo de la MIP Tabasco, durante esta segunda etapa se dedicó mayor detalle al sector salud, mediante la incorporación de nuevos productos que en la primera etapa no estuvieron contemplados.

Un objetivo adicional es ofrecer un apartado metodológico para dicha cuenta de salud. Tal metodología obedece a las recomendaciones del Sistema de Cuentas Nacionales 1993, también a las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud. Asimismo, se revisaron diversas Cuentas Satélite que ofrecieron un panorama más amplio a la presente cuenta. Otro de los objetivos particulares que se ha planteado es ofrecer una solución a la estimación y análisis del gasto privado en salud, que como se ha referido, constituye un problema en el estado.

Se identificaron 12 servicios principales de salud, entre los más importantes están los servicios de hospitalización general, consulta general y laboratorios clínicos. También se lograron estimar las actividades y servicios relacionados con la gestión administrativa de salud (un total de cuatro), entre las que destaca el Sistema de Seguro Popular de

la entidad. Adicionalmente, se pudieron integrar dos actividades complementarias de salud como la de productos farmacéuticos y seguros médicos.

Los resultados obtenidos mostraron un mayor nivel de gasto para el Gobierno a diferencia de los gastos realizados por las familias en la atención a la salud, siendo las familias ubicadas en los quintiles más altos los mayores demandantes de dichos servicios. En cuanto a la compra de medicamentos, la tendencia no fue la misma, pues los hogares con menos ingresos destinaron mayor parte de su gasto a la compra de medicamentos que los hogares más ricos. Se realizó una estimación que indicó que los gastos en salud no fueron catastróficos en la entidad durante dicho año de estudio, pues las familias destinaron mayor gasto a otros bienes y servicios como transporte, servicios inmobiliarios y de alquiler y productos manufacturados. Finalmente, también fue posible comparar el sector salud con el resto de la economía de la entidad, de donde se desprende que el gasto en servicios de salud fue de tan sólo el 3.5 por ciento del gasto total que las familias realizaron, mientras que cuando se agrupan el gasto en salud y el gasto en medicamentos, dicho gasto representó el 6 por ciento del PIB Estatal. Por último, se ofrece un apartado para indicadores no monetarios.

Este trabajo está dividido en tres capítulos, el primero de ellos trata sobre los antecedentes de la Cuenta Satélite, el antecedente teórico mejor vinculado está en los desarrollos de los esquemas Insumo-Producto, por tanto se referirá a Francois Quesnay, Carlos Marx y Wassily Leontief, también está vinculado al Sistema de Cuentas Nacionales. Por otra parte, tiene antecedentes en las Cuentas Satélite de Salud de los países latinoamericanos, revisándose las Cuentas Satélites de Perú, Ecuador, Colombia, Brasil y Chile, una aproximación en México es la Cuenta Satélite de Turismo, pues en nuestro país se carece de herramientas de este tipo para el sector salud. También se ofrece un apartado para la presentación del Sistema de Salud de México.

En el capítulo dos se presenta detalladamente el proceso metodológico de la creación de la Cuenta Satélite, desde las definiciones, las fuentes de información, los instrumentos

usados, el conjunto de Cuentas Económicas Integradas, así como también los diversos clasificadores que hacen posible que las transacciones sean registradas dentro del sistema contable del sector. Desde luego, se especifica el tratamiento realizado para el manejo de las bases de datos por el lado de los oferentes y demandantes de salud.

En el tercer capítulo se presentan los cuadros de Cuentas Económicas Integradas, Cuadros de Oferta y Utilización, Matriz de Producción, Cuadros de Valor Agregado, Cuadros de Gasto por Tipo de Servicio y Quintil de Ingreso. Se realiza una sección para las actividades administrativas de salud y las actividades relacionadas con la técnica médica. Se integra un apartado de sectores complementarios que involucra a los productos farmacéuticos y los seguros médicos y se realizan diversos esquemas gráficos para facilitar la comprensión de los datos.

Finalmente, se concluye la investigación y se ofrece un apartado de anexos en la que pueden verse los resultados de la Cuenta Satélite con mayor detalle.

# Capítulo 1

## Antecedentes de las Cuentas Satélite

Como primer capítulo se abordan tres cuestiones básicas: ¿Cómo se iniciaron las Cuentas Satélite?, ¿Cuántas hay en existencia? y ¿Cómo está el sector que se estudia? Los tres aspectos serán abordados en tres secciones.

La primera sección, muestra las aportaciones que dieron origen a las Cuentas Satélite, la cual parte de las aportaciones de Francois Quesnay, después se presenta la reproducción ampliada de Carlos Marx y finalmente la matriz Insumo-Producto de Leontief. Posteriormente, se menciona la aportación de Richard Stone al Sistema de Cuentas Nacionales, dicho sistema es el que origina las Cuentas Satélite. Se incluye también la historia del sistema en México y se conceptualiza la Cuenta Satélite.

La segunda sección revisa las Cuentas Satélite de Salud para los distintos países latinoamericanos como Perú, Colombia, Ecuador, Brasil y Chile, asimismo el antecedente de Cuenta Satélite en México.

Finalmente, en la última sección se propone un bosquejo general de cómo funciona el

Sistema de Salud de México, donde se resumirá la descentralización del sector hacia las entidades federativas, así también las características del sistema de salud y por último se presenta el Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud.

## **1.1. Aportaciones teóricas sobre Insumo-Producto**

En esta primera sección se abordarán los cuadros Insumo-Producto y las Cuentas Nacionales, debido a que la realización de las Cuentas Satélite ha permanecido fuertemente vinculada a ambas.

### **1.1.1. Tableau économique de Francois Quesnay**

De acuerdo con la interpretación que hace (Gómez 2005) del fisiócrata Francois Quesnay en su *Tableau économique* (1758), los cuadros Insumo-Producto parten del análisis de la distribución de la riqueza considerando 3 clases sociales:

1. La productora: constituida principalmente por agricultores.
2. La propietaria: representada por los que poseen la propiedad del suelo como por los que ejercen la soberanía sobre la misma.
3. La estéril; formada por la industria, el comercio, las profesiones y la servidumbre.

La clase productora constituye la única fuente de riqueza a través de la cual las demás se alimentarían. La propietaria, además de recibir los beneficios de la propiedad mediante una renta que es pagada por la clase productora, tiene también el encargo de conservar el uso de las tierras para asegurar su producción. Por otra parte, la estéril

recibe dicho nombre por el hecho de que los bienes producidos no poseen ningún valor, sino simplemente transforman la materia.

Quesnay elabora una estructura analítica donde las clases participan creando flujos separados en etapas, de manera que primeramente se obtiene el producto agrícola, el cual puede contener granos, frutas, verduras, materias primas, etc.; la segunda etapa es la retención de una parte del producto como autoconsumo del agricultor; la tercera etapa es la venta del excedente del agricultor a cualquiera de las otras clases; la cuarta etapa está caracterizada por el pago de rentas y compra de insumos a la industria; la quinta etapa consiste en la parte del dinero que recibe la industria y que utiliza para comprar sus insumos a otras industrias y comprar alimentos; finalmente, mientras las etapas dos a la cinco se llevan a cabo, el agricultor está preparando una nueva cosecha y así reiniciar el ciclo.

Es así como Quesnay nos muestra el denominado cuadro económico como un esquema de análisis de la economía que está basado en la agricultura como eje principal de la actividad económica.

### **1.1.2. Esquemas de Reproducción Marxista**

Marx, utilizando el cuadro económico de Quesnay hace un análisis en el *Capital* y en la *Historia crítica de la teoría de la plusvalía*, señala que la escuela fisiócrata legó una forma clara de entender el flujo entre la producción y la circulación de la riqueza de un país (Karataev et al. 1964). Sin embargo, hay diferencias notables entre ambos autores, Quesnay afirmaba que sólo en la agricultura se generaba el producto neto, mientras que Marx mencionaba que todo trabajo productor de mercancías, de origen agrícola o industrial era creador de valor y por tanto de plusvalor (Mariña 1993).

En el *Capital*, la producción total de la sociedad se divide en dos grandes sectores

(Marx 1999):

I) Medios de producción: mercancías vinculadas con el consumo productivo.

II) Medios de consumo: mercancías destinadas al consumo individual de la clase capitalista y de la clase obrera.

En el sector I está agrupada la producción de medios de producción y en el sector II la producción de bienes de consumo (necesarios y de lujo). Teniendo presente que toda mercancía producida tiene en su composición de valor,  $c$  (capital constante),  $v$  (capital variable) y  $p$  (plusvalor).

En ambas reproducciones se tiene que:

$$I_i : c_i + v_i + p_i$$

$$II_j : c_j + v_j + p_j$$

En la reproducción simple suceden tres cosas:

a) La parte  $v_j$  y  $p_j$  de los capitalistas del sector II se invierten en medios de consumo, es decir, se cambian en este mismo sector por productos de II.

b)  $v_i$  y  $p_i$  del sector I se invierte en medios de consumo, es decir, en productos del sector II, cumpliéndose que  $v_i + p_i = c_j$ .

c) El restante  $c_i$  que consiste en medios de producción que sólo puede emplearse en el sector I para reponer el capital constante consumido y, por tanto, mediante el mutuo cambio entre los distintos capitalistas del sector I, se agota de la misma manera que la descripción a).

En el caso de la reproducción ampliada, sucede que la relación mencionada como b) cambia, quedando determinada como:  $I_v + I_p > II_c$ , lo que da lugar al atesoramiento del plusvalor obtenido o bien el retiro de la circulación de la mercancía que realizan los

capitalistas en ambos sectores.

### 1.1.3. Matrices Insumo-Producto tipo Leontief

En 1941, Wassily Leontief presenta su obra *The Structure of American Economy*, inspirado en el análisis realizado por Quesnay (Leontief 1936) y posteriormente Marx, así como las aportaciones de León Walras sobre el Equilibrio General, dando alcance al nuevo desarrollo de cuadros Insumo-Producto como método de sistematización de relaciones de diferentes sectores de un sistema económico.

El sistema económico al que se aplica puede ser tan grande como una nación o incluso la economía mundial, o una entidad tan pequeña como la economía de una ciudad o una empresa. En tal caso, los sectores de producción de cada proceso están representados por un vector de coeficientes que describe en términos cuantitativos, la relación entre los insumos que absorbe y la producción que se produce.

En general, un cuadro de Insumo-Producto describe el flujo de bienes y servicios entre todos los sectores de la economía nacional durante un período de tiempo (Leontief 1985, 20).

Para facilitar la comprensión de los cuadros Insumo-Producto se puede esquematizar la interacción de los sectores y los componentes del análisis (ONU 2000) en el siguiente cuadro 1.1.

En el esquema se nota un registro de doble entrada en donde cada sector productivo se presenta en filas y columnas. Las columnas muestran las compras de insumos que los sectores realizan para el proceso de elaboración de bienes y servicios. En las filas, las ventas que los sectores hacen tanto para el consumo intermedio como para el consumo final, tal consumo final es realizado por hogares, gobierno o hacia el exterior. La suma de ambos consumos (intermedio y final) de los bienes y servicios de cada sector representa

Cuadro 1.1: Esquema simplificado de Insumo-Producto

	Sectores	Demanda final	Producto total
Sectores	A	D	X
Valor Agregado	V		
Insumo Total	X		

Fuente: Elaboración propia

el valor de la producción de dicho sector.

#### 1.1.4. Richard Stone y las Cuentas Nacionales

Conforme se fue evolucionando en el desarrollo de las matrices Insumo-Producto también se fue dando la necesidad de contabilizar la producción (o riqueza) de un país, trabajos como los de Petty, Fray Luca Pacioli y Le Pesant, entre otros, hicieron aproximaciones sobre la contabilidad de una nación. Sin embargo, sucesos importantes destacaron su conformación, en primer lugar las aportaciones notables de Keynes al conceptualizar las variables macroeconómicas del ingreso nacional y, por otra parte, la formación de la ONU, ambos dieron origen a trabajos pioneros de conformación de estadísticas de ingresos nacionales para varios países, de tal manera que fuera posible su comparación. Es ahí que el trabajo pionero de Richard Stone, así como James Meade, Ed Van Cleef, Simon Kuznet, Ragnar Frish y Richard Ruggle, por mencionar algunos, se hizo presente (INEGI 2003).

Stone realiza un reconocimiento de los requisitos de coherencia que deberían de existir dentro del sistema matricial de las cuentas, dándole una solución científica al hecho de registrar una misma transacción desde la óptica del débito y el crédito sin que existieran duplicaciones, creando así un sistema armonizado de cuentas (Raa 2004).

En 1953 la ONU publica el primer Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), el cual presentaba las estadísticas de producción, consumo, acumulación y comercio exterior de cada país (Mariña 1993, 43). Sin embargo, carecía de vinculación entre el SCN y las cuentas Insumo-Producto debido a que cada cual contaba con diferentes clasificaciones. Para 1968 se publica de nuevo el SCN, con una clasificación única para así obtener de manera más fácil los cuadros Insumo-Producto. A partir de esa fecha la ONU ha logrado unificar las clasificaciones y la metodología para el cálculo de las cuentas nacionales, las matrices de Insumo-Producto y una variedad de instrumentos en los que se destacan las Cuentas Satélite para los países que buscan estimar y contar con instrumentos de esta índole para la toma de decisiones.

### **1.1.5. El Sistema de Cuentas Nacionales para México**

Las primeras estimaciones del ingreso nacional en México se iniciaron a finales de la década de los años treinta, el primero en hacerlas fue Emilio Alanís Patiño (INEGI 2003), que las publicó en 1938, preparadas con base en sus propias estimaciones de la riqueza nacional de 1929 a las que aplicó un coeficiente de 0.20 a fin de procurar una estimación del ingreso nacional.

De 1940 a 1955 se llevó a cabo el período de arranque de la contabilidad nacional: cálculos del ingreso y el producto nacional en series históricas, la primera matriz de insumo producto y el fomento a estadísticas económicas proveedoras de la contabilidad nacional, todas realizadas por el Banco de México (INEGI 2003).

Después de la primera publicación del Sistema de Cuentas Nacionales de la ONU, el Banco de México tomó la decisión de invitar a expertos como Martín Ekker y Cornelius Oomens para que hicieran una profunda revisión de las estadísticas y, a sugerencia de ellos, se realizó la primera matriz de Insumo-Producto con base 1950, dicha matriz se publicó en el volumen *La estructura industrial de México en 1950*.

Con base en la información de 1960, se preparó la nueva versión de la contabilidad nacional, cuyo eje principal de nuevo era la matriz de Insumo-Producto concluida en 1967, el cuadro contenía las 45 ramas de la actividad económica. La matriz de Insumo-Producto con base 1970 se publicó en 1979 ya por el INEGI. Entre las innovaciones presentadas se calculó a precios de productor, las ramas pasaron de 45 a 73 y se adoptó el Clasificador Industrial Internacional Uniforme (CIIU). En 1979 dio inicio la correspondiente a 1975 y a la integración del Sistema de Cuentas Nacionales 1970-1978, que ya incluía las cuentas de producción, consumo y formación de capital. En 1980 concluyó la matriz para 1975 con proyección a 1978 y se programó la preparación de las cuentas financieras por sectores institucionales. El sistema de Cuentas Nacionales con año base 1980 existió hasta 1987, con reordenamiento de actividades (INEGI 2003).

Con la descentralización del INEGI en 1995 se procuró cambiar el año base del SCN a 1993, dado que existía normalidad en las condiciones de mercado, crecimiento económico, información abundante y cierta uniformidad en las variaciones de precios, ésta se realizó publicándose en 1996. Después de la firma del tratado del TLCAN, las reuniones entre representantes de Canadá, Estados Unidos y México, concluyeron con la elaboración de un codificador de actividades que cubriera las necesidades de información de los tres países y les obligara a presentar sus estadísticas usando los mismos criterios. Así nació el Sistema de Clasificación Industrial para América del Norte (SCIAN) que en el año 2002 se revisó y se adoptó para todas las estadísticas que elabora el INEGI. Ante este hecho, se realizaron cambios adoptando el 2003 como el nuevo año base y estimándose de nuevo todos los indicadores de ingreso y cuentas nacionales (INEGI 2003).

### **1.1.6. ¿Qué es una Cuenta Satélite?**

Los Sistemas o Cuentas Satélite se enmarcan en el SCN 1993 cumplen la necesidad de ampliar la capacidad analítica de la contabilidad nacional a ciertas áreas sociales, sin distorsionar el sistema central de la economía (ONU 1993). Las cuentas permiten:

- Proporcionar información funcional o intrasectorial sobre aspectos sociales.
- Ampliar la cobertura de los costos y beneficios de las actividades.
- Ampliar el análisis de los datos mediante indicadores y agregados.
- Vincular las fuentes y el análisis de datos físicos con el sistema contable.

## **1.2. Revisión de Cuentas Satélite de Salud**

En la presente sección se pone atención a los aspectos relacionados con las Cuentas Satélite, se dedica un apartado breve y general sobre los primeros estudios en Salud en el ámbito internacional, posteriormente la sección se divide para mostrar experiencias de cuentas de dicha índole: primero se hace un revisión de las Cuentas Satélite en los países latinoamericanos, ya que son estos países los que han formulado dichas cuentas en los años recientes y la mayoría se apega a los procedimientos del SCN 1993 con recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL); la segunda parte presenta el único caso mexicano en materia de Cuentas Satélite, presentándose la Cuenta Satélite de Turismo 2004 como el mejor acercamiento en este tipo de instrumentos.

### **1.2.1. Los Primeros Análisis en Salud**

En materia de salud se inició con estudios sobre el gasto en salud, la OMS fue la primera en llevar a cabo los primeros estudios comparativos de gastos en salud, este primer estudio incluyó a Sri Lanka y Chile. Durante la década de 1970 la OMS estableció la metodología para este tipo de estudios, debido al notable interés de contar con este tipo de información, los gobiernos e investigadores hicieron más frecuente las evaluaciones del gasto en salud, muchas veces impulsados por organizaciones internacionales como el Banco Mundial, la propia OMS y otras organizaciones (Berman 1996).

En todo el continente Americano, la realización de análisis del Sector Salud se ha venido impulsando desde la década de 1970. No obstante, durante dicho período, las propuestas para el estudio del sector salud se concentraron en diagnósticos de la situación de salud y/o diagnósticos institucionales. A menudo, los estudios efectuados solían ofrecer alcances, contenidos y caracterizaciones derivados del enfoque utilizado por la institución promotora. No es sino en la década de 1990 que los cuerpos directivos de la OPS y OMS destacaron la necesidad de fortalecer en los países miembros la capacidad de análisis del sector salud, de sus recursos y de su operación (OPS 2006).

Actualmente se ha recomendado hacer estudios sobre la salud desde la perspectiva macroeconómica integrada y comparable con otros sectores de la economía que por ende compartan la metodología del Sistema de Cuentas Nacionales.

### **1.2.2. La Propuesta de la Organización Panamericana de la Salud**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso en el 2005 el Manual de Cuenta Satélite de Salud, cuya finalidad es mostrar y ampliar los argumentos metodológicos que fueron mencionados en el SCN 1993, en él se encuentran temas sobre

frontera de producción en salud, clasificaciones de productos y actividades, cuentas contables, reglamentos contables, cuadros de oferta y utilización.

Algunos aspectos relevantes que trata el manual propuesto están relacionados con el énfasis a la apertura y tratamiento de actividades-productos<sup>1</sup> al mencionar que pueden ser divididos en: actividades características,<sup>2</sup> conexas<sup>3</sup> y auxiliares.<sup>4</sup>

Se recomienda, también, considerar los datos no monetarios que permitan integrar posteriormente un análisis amplio, tal como el tamaño de establecimientos, unidades físicas en activos fijos utilizados y también datos sobre personal ocupado (OPS 2005). Dicho documento ha aportado mucho en el desarrollo de Cuentas Satélite en Latinoamérica, tales cuentas difieren por la características propias de cada economía.

### **1.2.3. Cuentas Satélite en Países Latinoamericanos**

En cuanto a los países latinoamericanos se ha realizado un esfuerzo notable en la elaboración de dichos instrumentos en las recientes décadas. Las Cuentas Satélite que a continuación se tratarán presentan aspectos de la metodología empleada, resúmenes de los resultados obtenidos y comentarios generales. Se incluyen Cuentas para Perú, Colombia, Brasil, Ecuador y Chile.

---

<sup>1</sup>Se hace referencia a ambas debido a que utilizan el mismo nombre genérico en las presentaciones en cuadros, sin embargo, sí debe diferenciarse entre la industria generadora y el bien utilizado.

<sup>2</sup>Actividades relacionadas con la prestación de servicios de salud: hospitalización, consultas, etcétera.

<sup>3</sup>Su producción no está relacionada con la producción propia del sector, como son: fabricación de productos farmacéuticos, de equipo médico, construcción de hospitales, etcétera.

<sup>4</sup>Cuando los servicios prestados están ofrecidos dentro de los establecimientos prestadores de servicios de salud y son gratuitos: laboratorios clínicos, radiológicos, etcétera.

## Cuentas Nacionales de Salud en Perú

El Sistema de Cuentas de Perú se interpreta como el conjunto de tablas interrelacionadas que describen las estructuras de financiamiento y gasto del sector salud, de sus principales agentes e instituciones en cuanto a la producción y a la utilización de servicios de salud, comprende dos décadas de datos y análisis para la salud (1995-2005), tiene objetivos claros en cuanto a la presentación de información e indicadores sobre la situación del sector salud, considerando básicamente a los servicios de salud y dejando de lado aquella información que la institución central encargada de la salud realiza en actividades de educación, nutrición, saneamiento y medio ambiente (MINSA 2008).

Comprende información pública proveniente de tres niveles: nacional, regional y local, inclusive información estratégica de Fuerzas Armadas, también información privada de los hogares y ONG's, fondos de aseguramiento, seguros y autoseguros privados. La metodología empleada está en línea con el SCN, la presentación de las tablas difiere de la tipología de Cuentas Satélite, la cual no está planteado como un objetivo en sí, en la mayoría de los casos los conceptos y denominaciones del SCN han sido respetados.

Los cuadros están dados como:

- Flujos Financieros: Principales indicadores de gasto en salud, precios en la atención de salud, financiamiento de los servicios de salud, fondos de financiamiento y matriz de flujos financieros.
- Utilización y aseguramiento de servicios de salud.
- Estructura de gasto de prestadores de servicios de salud.
- Financiamiento y descentralización pública.
- Mercado de medicamentos e insumos médicos.

La cuenta presenta el detalle de utilización de servicios médicos por quintiles de ingreso, también integra la demanda de seguros médicos. Adicionalmente, se estudia el mercado de medicamentos y se presentan datos sobre el total de importaciones de dichos productos, lo que constituye una ventaja al país.

## **La Cuenta Intermedia de Salud para Colombia**

La Cuenta Intermedia se presenta para analizar el financiamiento de los gastos en servicios de salud realizada por los hogares, sobre todo, el impacto de las reformas a la ley 100,<sup>5</sup> también se incorporan organismos y mecanismos que tienen relación con la seguridad social, tales como: seguros privados y salud pública proporcionada a precios no de mercado.

Tiene recomendaciones del SCN, sin embargo, se conservaron los términos impuestos al Sistema de Seguridad Social, como son: la UPC<sup>6</sup> (Unidad de pago por capitación) o el POS (plan obligatorio de salud), gastos en promoción y prevención, etc., debido a esto se le denominó Cuenta Intermedia de Salud. Un objetivo posterior era incorporarla a una cuenta que se denominaría “Cuenta Satélite de Salud y los Seguros Sociales”, donde quedarían integrados todos los marcos conceptuales del SCN (DANE 2008).

Los datos tienen como base el año 2000, dado que, para tal año se contaba con mayor información desglosada por subfunciones de las instituciones prestadoras de servicios

---

<sup>5</sup>La ley fue proclamada en 1993 y realiza una reforma al Sistema de Seguridad Social Integral (SSI), crea una división funcional entre la administración de salud y la atención a la salud, básicamente tres cuestiones importantes: la desmonopolización de la seguridad social en salud para los trabajadores del sector privado al brindarle a todos los asalariados la opción de elegir la entidad que les preste el servicio; la presencia del sector privado como una opción adicional al Instituto de Seguridad Social y la aparición de un sector subsidiado que brinda servicios a sectores rezagados de la población.

<sup>6</sup>Corresponde al valor que anualmente se reconoce como valor suficiente para cubrir la prestación de los servicios del POS, por cada afiliado al Sistema de Seguridad Social, es diferente de la cotización que aportan mensualmente los afiliados.

de salud, además ya era estable la reforma a la Ley 100, por otra parte, se concilió la información proveniente de oferentes y datos de adquisición (hogares).

La cuenta intermedia se presenta en una serie de cuadros que contiene:

- Datos correspondientes al sistema contributivo que operan como Entidades de Promoción de la Salud (EPS) privados y públicos.
- Datos del sistema subsidiario: Administradores del Régimen Subsidiados, datos consolidados y totales.
- Datos correspondientes a otros agentes del sistema: regímenes especiales, entidades adaptadas, riesgo profesional y seguros privados.
- Datos de ingresos y gastos de los prestadores de servicios de salud de mercado: públicos, privados y otros prestadores (actividades secundarias).
- Finalmente se incorporaron cuadros con variables no monetarias (número de afiliados, de cotizantes, de beneficiarios) así como de indicadores como la densidad familiar (relación entre número de afiliados y número de cotizantes), la densidad salarial (valor promedio de la cotización, expresada en términos de números de salarios mínimos legales vigentes) y gráficos.

### **Perspectiva Macroeconómica de la Salud en Brasil**

La Cuenta Satélite de Salud para Brasil comprende el período 2000-2005, se le denomina Perspectiva Macroeconómica de la Economía de Salud, en ella se presentan una visión general de los recursos y usos de los servicios de salud, la participación de cada actividad dentro del conjunto de la economía. El objetivo es el análisis de los agregados para sustentar la formulación, ejecución y seguimiento de las políticas sectoriales, es decir,

proporcionar información sobre el sector en cuanto a puestos de trabajo, tamaño de la industria farmacéutica, número de establecimientos y cantidad de equipos médicos.

Se contó con las recomendaciones del SCN y se obtuvo información del Sistema de Cuentas Nacionales de Brasil publicado por el IBGE para el 2007, datos de encuestas anuales sobre industrias y comercio, datos de la Asistencia Médica Sanitaria, el Sistema de Información del Seguro Nacional de Salud y datos de la Encuesta de Gastos del Consumidor (IBGE 2008).

Un comentario importante al respecto es la valoración de los gastos de salud pública, en la cual no se incluyeron los gastos de los hospitales militares, hospitales de las cárceles y hospitales universitarios.<sup>7</sup>

También se hace una división notable entre los servicios de salud humana y servicios prestados socialmente (actividades a centros de rehabilitación para drogadictos y alcohólicos y actividades de servicios veterinarios).

Otra característica relevante es que la desagregación de los datos de servicios públicos es menor que la de los servicios privados, por tanto, al no ser comparables su clasificación se realizó a nivel agregado. Se incluye dentro de los servicios característicos de salud al comercio de productos farmacéuticos, médicos, ortopédicos y dentales, así como el comercio de materiales médicos y quirúrgicos; hospitalarios y de laboratorio. Finalmente, tienen un peso importante los planes y seguros de salud.

Las cuentas están presentadas como:

1. Tablas de Oferta y Utilización por cada año.
2. Cuentas Económicas Integradas.

---

<sup>7</sup>Los cuales se reportan en los presupuestos del Ministerio de Educación, Departamento de Defensa y de Educación y Seguridad.

## **La Cuenta Satélite semidefinitiva de Salud para Ecuador**

La Cuenta Satélite de Salud para Ecuador del 2003-2005, tiene la finalidad de proporcionar información oportuna, a la vez coherente y compatible con las Cuentas Nacionales, así como cuantificar los recursos destinados a salud, detallar las transferencias y gastos en consumo de bienes y servicios de salud, inversiones en infraestructura, maquinaria y equipos relacionados con el sector salud.

Se integró información de los gastos públicos en salud, gastos privados de instituciones con fines de lucro y sin fines de lucro, gastos en consumo de bienes y servicios que realizan agentes fuera de la frontera nacional y gastos de bolsillo realizado por los hogares (INEC 2006). Las cuentas presentadas fueron denominadas semidefinitivas, ya que se pretende incorporar posteriormente estudios sobre el Stock de Capital y Consumo de Capital Fijo.

En resumen las tablas presentadas dentro de la cuenta satélite son:

- Cuentas de Sectores Institucionales: Economía Total, Sociedades No Financieras, Sociedades Financieras, Gobierno General, Gobierno Central, Gobierno Local, Fondos de Seguridad Social, Instituciones Sin Fines de Lucro y Hogares.
- Oferta y Utilización de productos específicos de salud por cada año; Oferta y Utilización Total de productos específicos, por cada producto y por cada año.
- Cuadros de Producción, Consumo Intermedio, Valor Agregado, Financiamiento y Gasto de la Salud, Gasto de Consumo Final y Consumo Final Efectivo de la Economía en Salud.
- Finalmente, indicadores económicos: Valor Agregado de las Industrias de Salud/PIB; Gasto de Consumo Final de los Hogares en Salud respecto al Gasto de Consumo Final Privado; Consumo Final Efectivo de los Hogares en Salud respecto del Consumo Final Efectivo total de los Hogares, entre otros.

Tal Cuenta Satélite a diferencia de las anteriores, presenta una cobertura mayor dado que incorpora información de las Instituciones Sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares (ISFLSH), asimismo un aporte significativo se hace al final al presentar una sección dedicada a la presentación de indicadores macroeconómicos.

## **La Experiencia de Cuenta Satélite en Chile**

El Ministerio de Salud de Chile puso a disposición de sus ciudadanos los principales resultados de la Cuenta Satélite de Salud para la cohorte 2003-2007, correspondiente a la información del sistema de salud del Estado y las Municipalidades, así también la información del sistema privado de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

Está basado en las recomendaciones del SCN y en las especificaciones que contiene el Manual de la OPS, el objetivo es medir el impacto que tienen los gastos en salud sobre la toma de decisiones, en particular para medir reformas realizadas durante esos años al sistema de salud. La publicación considera todos los proveedores de servicios de Salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y de atención municipalizada, de igual manera la población beneficiada por el Fondo Nacional de Salud, todas las instituciones del ISAPRE que operan en forma de aseguramiento privado de Salud. Finalmente, se consideran los organismos de Gobierno Central responsables de acciones de Salud Pública, la Autoridad Sanitaria Nacional y Regional y de Fiscalización (MINSAL 2009).

La Cuenta se presenta en los siguientes cuadros:

- El conjunto de cuentas por unidad institucional y resumen de las cuentas corrientes y de acumulación de capital, las clasificaciones cruzadas por actividades económicas y por cada sector institucional del Gobierno General y el ISAPRE.
- Desagregación por producto del Consumo Intermedio y Formación Bruta de Ca-

pital Fijo, Transferencias Corrientes y Gasto en Consumo Final desagregado por cada concepto del Gasto.

- Cuentas Económicas Integradas para cada uno de los 28 servicios del SNNS por Servicio de Salud.
- Desagregación del Consumo Intermedio, otras transferencias corrientes, Formación Bruta de Capital Fijo y Gasto de Consumo Final para el SNNS por Servicio de Salud.
- Principales cuentas y variables para la Administración Pública Municipalizada desagregada por Servicio de Salud, para cada una de las 345 comunas del país agrupadas por servicios de salud.
- Desagregación del Consumo Intermedio y Otras Transferencias corrientes para la Administración Pública Municipalizada y las 354 comunas.

En la presentación de la Cuenta Satélite se reconocen algunos aspectos básicos: la primera es la argumentación sobre la totalidad de los datos, los cuales parten de información Institucional valorada por el lado de la Oferta, así también la consideración de incorporar los gastos relacionados con la administración de los servicios de salud como gastos en salud. Otro detalle es la presentación que se hace por cada comuna, lo que significa que se cuenta con información más detallada. Finalmente, se tiene que considerar que la presentación de estas cuentas son entregadas en una denominada primera etapa, pues se pretende posteriormente incorporar mayor información referente a Organizaciones Sin Fines de Lucro.

#### 1.2.4. Evidencias en México

En México no se cuenta con estimaciones de Cuentas Satélite de Salud, sin embargo, se ha realizado una propuesta metodológica para estimar una Cuenta Satélite del Subsector informal de los Hogares hecha por el INEGI, la cual ha quedado como un documento teórico, sin embargo se carece de los resultados.

Un trabajo con mayor resultado ha sido estimar *La Cuenta Satélite de Turismo en México 1998-2004*, en ella se vincula un trabajo arduo sobre identificación de los bienes, servicios, agentes y transacciones que intervienen en los servicios turísticos en el país. Dicha Cuenta constituye el mejor acercamiento en nuestro país para la creación de éste tipo de instrumentos por lo que se presentarán los rasgos generales de dicha herramienta.

#### Cuenta Satélite de Turismo

La Cuenta Satélite para el 2004 identifica tres tipos de turismo: turismo interno o doméstico, turismo receptivo o de entrada y turismo egresivo o de salida (INEGI 2004).

El sistema identificó bienes y servicios característicos como: artesanías, ropa de playa, trajes de baño y otros y maletas. Los servicios de alojamiento, transporte, agencias de viajes y operadores de tours. Así, también, los bienes y servicios no característicos identificados fueron: ropa y calzado, periódicos, revistas y libros, productos farmacéuticos y de aseo personal, películas para fotografía y otros, así como, servicios de restaurante y bares, transporte, recreación y otros servicios. En el Apéndice A.1 puede verse el Cuadro de Oferta y Utilización de dicha Cuenta.

## **1.3. El Sistema de Salud de México**

Se presenta el antecedente de la descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas, con el objetivo de tener una concepción general de estos procesos y su presupuestación. Posteriormente, se muestran las características del sistema de salud en México. También se abre un apartado especial para el Sistema de Cuentas Estatales y Nacionales de Salud, dicho sistema es un acercamiento a la clasificación de transacciones en salud, creado por la Fundación de Salud de México.

### **1.3.1. La Descentralización del Sector Salud**

El Sistema de Salud en México está marcado por tres reformas principales que se realizaron: la creación del IMSS y la Secretaría de Salud, la descentralización de los servicios de salud hacia los Estados y la creación del Seguro Popular de Salud (Frenk & Sepúlveda 2003).

En 1943, se registran dos acontecimientos fundamentales en la historia del Sistema de Salud actual: el 19 de enero se promulgó la Ley del Seguro Social que da origen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el 15 de octubre se expidió el decreto que crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, mediante la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad Pública (Vazqu ez, Merino & R. 2006).

En la década de los ochenta el sector Salud en México presentó varios procesos de reforma que incluyeron, durante el periodo 1985 y 1987, la descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salud a los estados de Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Quintana Roo y Aguascalientes. La crisis económica del año 1986 obligó a reducir la dotación de nuevas plazas, interrumpiendo así el proceso de descentralización (Avila, Cahuana et al. n.d.).

Durante la etapa de descentralización existieron limitaciones en las restricciones impuestas al presupuesto y al patrimonio de las recientes unidades al seguir dependiendo de la Federación (Arredondo, Parada & Cuevas 2003), sin embargo, se les fue concediendo parte de autonomía financiera sobre la decisión del financiamiento de sus gastos solventados en sus propios recursos durante la década de los ochenta (Merino 2003). La desconcentración<sup>8</sup> de la gestión administrativa de salud se llevó a cabo durante el periodo 1988-1994 logrando así mayor capacidad de las unidades locales.

En el periodo 1995-2000 la federación decidió retomar ese proceso de descentralización para incrementar definitivamente la eficiencia en la atención a la población abierta, por lo cual se extendió la descentralización a los restantes 18 entidades federativas. En la segunda fase del proceso descentralizador se acordaron firmas de coordinación entre la Secretaría de Salud y cada una de las entidades, en cada acuerdo se convino la transferencia de recursos federales hacia los estados, creándose así el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33, lo que permitió a las entidades mayor autonomía y libertad presupuestaria (Merino 2003). De esta manera la federación sólo funciona como evaluador de los recursos otorgados y las entidades reportan los gastos de tales transferencias a los congresos locales.

En el 2003 se planteó una nueva reforma del sistema de salud mexicano: el Sistema de Protección Social en Salud que tiene como medio operativo al Seguro Popular de Salud (Frenk & Sepúlveda 2003). Tal reforma fue introducida con el fin de extender la cobertura del aseguramiento mediante el otorgamiento de un seguro público de carácter voluntario dirigido a las familias sin acceso a la seguridad social, principalmente aquellas ubicadas en los 6 primeros deciles de ingreso. Su financiamiento es tripartito proveniente de recursos federales, estatales y aportaciones anticipadas de la población, según su nivel de ingreso. El manejo de estos recursos y la prestación de los servicios es de competencia

---

<sup>8</sup>Al interrumpirse el proceso de descentralización y debido a las restricciones impuestas, las unidades quedaron sólo como entidades desconcentradas de la Federación.

estatal (Knaul, Arreola et al. 2003).

### **1.3.2. Características del Sistema de Salud**

A nivel nacional, el Sistema de Salud está compuesto por dos sectores: el público y el privado. El primero está integrado por instituciones que dan servicios a la población asegurada y no asegurada. La población asegurada acude a las instituciones de seguridad social y la población no asegurada puede asistir a los servicios públicos, sin embargo, ambos grupos pueden acudir a servicios privados (SNIS 2003, 13).

Las instituciones que proporcionan servicios de seguridad social son:

1. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
3. Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA).
4. Petróleos Mexicanos (PEMEX).
5. Secretaría de Marina (SEMAR).

De las cinco instituciones de seguridad social, SEDENA y SEMAR son instituciones gubernamentales que no tienen la facilidad de proporcionar información por motivos de confidencialidad. Por su parte, la población no asegurada recibe servicios en los establecimientos públicos de la Secretaría de Salud y los gobiernos estatales. Recientemente, como se mencionó antes, se ha incorporado el programa del Seguro Popular de Salud que cubre a la población con bajos niveles de ingreso, que no cuente con seguridad social.

Para el sector privado existen dos tipos de instituciones: las lucrativas y las no lucrativas. Las primeras ofrecen servicios a los individuos con capacidad de pago, es decir, el esquema de financiamiento está basado en el denominado pago de bolsillo. Existe también el esquema de prepago, cuyo servicio es el seguro médico. En las instituciones no lucrativas se encuentran las Instituciones Sin Fines de Lucro (ISFL) que brindan atención a la población no asegurada a precios no significativos.<sup>9</sup>

### **1.3.3. El Sistema de Cuentas de Salud de México**

La Secretaría de Salud presentó en el 2004 el Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud en México (SICUENTAS), como una herramienta que permita la realización de estimaciones sobre gastos de salud, sin embargo, el sistema da mayor importancia a los gastos realizados por las instituciones gubernamentales federales y estatales, cuenta con sugerencias de la OCDE y la OPS, pero difiere de la forma de presentación de todas las demás Cuentas o Sistemas Satélite ya revisados.

La característica peculiar del sistema es que propone una clasificación de las cuentas de salud en cuatro apartados: fuentes de financiamiento, agentes financiadores, proveedores y funciones (SNIS 2003).

1. Fuentes de Financiamiento: responde a la procedencia de la financiación de los gastos en salud, como son los fondos públicos de los gobiernos estatales o federales, fondos privados, fondos del empleador, hogares e ISFLSH.
2. Agentes Financiadores: son instituciones o entidades encargadas de acumular los fondos monetarios suministrados por las fuentes de financiamiento, el Gobierno

---

<sup>9</sup>Se entienden como precios no significativos aquellos valores que se proporcionan a costos inferiores al de su producción. Por ejemplo, los aplicables a los servicios de salud y educación.

Federal, Estatal, Secretaría de Salud, instituciones públicas y pago de bolsillo de hogares.

3. Proveedores: son unidades o establecimientos que se encargan de brindar los bienes y servicios de atención a la salud, como hospitales generales, especiales y clínicas. etc.
4. Funciones: son los bienes y servicios de atención a la salud prestados por los proveedores; tales como la atención curativa, la rehabilitación hospitalaria, el laboratorio clínico y los medicamentos recetados.

El manual presenta claramente una estructura clasificada por funciones del gasto, responde pues, a una clasificación programática del gasto que pueda aportar indicadores típicos de salud. Sin embargo, tiene carencias como: ¿Qué tipo de insumos se utilizan en el proceso de producción? ¿Qué actividades son las primarias en salud y cuáles son actividades complementarias?, es decir, no proporciona información de la utilización intermedia, ni cuánto valor agregado se genera, como por costumbre lo presenta un marco analítico del SCN o de las Cuentas Satélite.

En el capítulo se presentaron los aspectos teóricos y evidencias sobre matrices de insumo-producto, cuentas nacionales y las propuestas de Cuentas Satélite más importantes de Perú Colombia, Brasil, Ecuador, Chile. En la parte nacional se mencionan los antecedentes de la descentralización, se presentaron las características del sistema de salud, por instituciones públicas y privadas. Se revisó el SICUENTAS como estructura programática y, desde luego, se presentó la única Cuenta Satélite existente en México.

En el siguiente capítulo se abordará el marco metodológico para la construcción de la Cuenta Satélite de Salud para Tabasco cuyo año base es 2003, se especificarán definiciones, clasificaciones, procedimientos y valoraciones de cuentas y transacciones que estuvieron relacionados con el Sector Salud en la entidad.

## Capítulo 2

# Metodología para la Integración de la Cuenta Satélite de Salud

En este segundo capítulo se señala en seis secciones el proceso metodológico de la creación de la Cuenta Satélite de Salud de Tabasco con año base 2003. Comprende un marco general en el que se define el concepto del gasto en salud, seguido de la numeración de las fuentes de información, posteriormente una descripción teórica de las cuentas del sistema contable nacional, así como el esquema representativo de cada cuenta.

En las secciones siguientes, se muestran los clasificadores utilizados para valorar las transacciones económicas, el detalle del proceso metodológico adoptado para valorar cada una de las bases de datos de salud y del gasto de los hogares.

Finalmente, los esquemas conceptuales del Cuadro de Oferta y Utilización de la cual se desprende la Cuenta Satélite, asimismo se definen los servicios de salud que contendrá la Cuenta.

## **2.1. Marco General**

### **2.1.1. Conceptualizar el gasto en salud**

En esta investigación el gasto en salud se usará a la par de la definición del SICUENTAS como: todas las erogaciones de las actividades cuyo objetivo esencial sea el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y protección de la salud en un país o entidad federativa (SNIS 2003) y de acuerdo a la frontera de producción del SCN 1993 el gasto será correspondiente al año 2003 dentro del Estado de Tabasco por las instituciones estatales, federales, privadas y los hogares.

## **2.2. Fuentes de Información**

Las fuentes de información utilizadas comprenden básicamente dos niveles gubernamentales: instituciones prestadoras de servicios de salud durante el 2003 pertenecientes al gobierno estatal e instituciones de orden federal. Así como información del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) para el sector privado y los hogares.

- Presupuesto de Egresos del IMSS para el año 2003, por unidades administrativas, capítulo del gasto y partidas.
- Presupuesto de Egreso del ISSSTE 2003, por unidades, capítulos y partidas.
- Presupuesto de Egreso de PEMEX, por unidades, capítulos y partidas para el año 2003.
- Presupuesto Ejercido por el Programa Seguro Popular por partidas para el 2003.

- Presupuesto de Egreso de la Secretaría de Salud para el año 2003, por dependencias, programas, proyectos, capítulos y partidas.
- Presupuesto de Egreso del ISSET 2003, por unidades, capítulos y partidas.
- Censos Económicos 2004, sector 62 de Servicios de Salud del SCIAN, INEGI.
- Encuesta Ingreso y Gasto de los Hogares de Tabasco (EIGHT) 2005, INEGI.
- Índice de Precios al Consumidor (IPC), Banco de México.

### 2.3. Descripción de las Cuentas

Para identificar las transacciones características provenientes tanto de establecimientos e industrias como de unidades y sectores institucionales,<sup>1</sup> Es necesario contar con un esquema contable: el sistema de la contabilidad nacional, el cual identifica si dicha transacción pertenece a un empleo o débito (D), así como a un recurso o crédito (H), (Seruzier 2003).

Para tales fines, se estable un conjunto de cuentas denominadas Cuentas Económicas Integradas que se centran en agentes institucionales, los cuales se vinculan entre sí mediante un conjunto de transacciones que conllevan flujos de recursos monetarios y que como un sistema, las cuentas siguen una secuencia lógica que lleva a saldos de cierre de unas cuentas y apertura de otras (Frigolett 2005). Por tal motivo, aquí se presentan dichas cuentas con su respectivo esquema contable.

---

<sup>1</sup>En lo sucesivo se referirá sólo a unidad o unidades, entendiéndola como personas físicas o morales constituidas en sociedad que realizan actividades no en nombre propio y las actividades económicas que se realizan en nombre propio. En particular abarca: sociedades no financieras, sociedades financieras, gobierno general, hogares e instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares.

- La Cuenta de Producción
- La Cuenta de Distribución Primaria del Ingreso
- La Cuenta de Distribución Secundaria del Ingreso
- La Cuenta de Utilización del Ingreso
- La Cuenta de Capital
- La Cuenta del Resto del Mundo

### **2.3.1. La Cuenta de Producción**

La cuenta de producción es la primera de las cuentas que debe elaborarse para todas las unidades. Contiene únicamente tres partidas y un saldo contable, las cuales pueden desagregarse sucesivamente en otras, las partidas son: la producción, el consumo intermedio y la cuenta de consumo de capital fijo. El saldo contable de la cuenta es el valor agregado bruto o neto (ONU 1993, 129).

#### **La Producción**

Se describe como aquella actividad que realiza una unidad utilizando insumos para obtener productos, por tanto sólo hay dos clases de productos: los bienes y los servicios.

Para entender entre bienes y servicios y, en general, entre actividades que dan como resultado una producción, es necesario establecer una frontera de producción, es decir, en el proceso de producción la actividad a realizar está bajo control o responsabilidad de alguna unidad que es la que utiliza la mano de obra, el capital, los bienes y servicios para crear otros bienes o servicios, esa unidad es la que asume la responsabilidad de la

producción, no puede, por tanto, haber producción sin determinar la responsabilidad de la unidad. (ONU 1993, 131). Para fines prácticos se reconocen fronteras de producción sobre las actividades de prestación de servicios de salud dentro del territorio estatal.

Las actividades que se consideran producción son:

- Producción de todos los bienes y servicios individuales y colectivos que se suministran a unidades distintas de las que la producen.
- Producción por cuenta propia de todos los bienes que sus productores destinan para autoconsumo o autoformación bruta de capital.<sup>2</sup>
- Producción por cuenta propia de los servicios de viviendas realizada por los miembros del hogar y servicios domésticos y personales realizados por personal doméstico remunerado.

Se distinguen tres tipos de producción: de mercado, para uso final propio y no de mercado (ONU 1993, 137).

De mercado:

Es la producción destinada a su venta en el mercado a un precio económicamente significativo y es generada principalmente por empresas constituidas como sociedad.

Uso Final Propio:

Es la producción no transada en el mercado, destinada a uso propio. Por ejemplo, la producción de autoconsumo agrícola, las obras de construcción efectuadas por quienes las utilizarán, los servicios domésticos remunerados para autoconsumo de los hogares.

---

<sup>2</sup>La producción por cuenta propia que los servicios domésticos y personales que los miembros del hogar destinan para autoconsumo final queda excluido del sistema.

De No Mercado:

Está constituida por los bienes y servicios generados principalmente por el gobierno o instituciones sin fines de lucro, la cual es destinada a ser distribuida gratuitamente o a precios no significativos.

### **Consumo Intermedio**

Consiste en el valor de los bienes y servicios consumidos como insumos en el proceso de producción, excluyendo los activos fijos cuyo consumo se registra como consumo de capital fijo. El consumo intermedio se registra en el momento en que el bien o servicio entra en el proceso productivo y se valora normalmente al precio del comprador, en tal caso el precio comprador se compone de tres elementos (ONU 1993, 154):

- El precio básico recibido por el productor del bien o servicio.
- Los costos de transporte pagados por el comprador y márgenes de comercio.
- Cualquier impuesto deducible (menos subvenciones) por pagar sobre el bien o servicio cuando fue producido hasta llegar al consumidor.

#### Valoración de la Producción y el Consumo Intermedio

Para valorar la producción se utilizan dos precios: básico y productor, mientras que el consumo intermedio está valorado a precios comprador como se ha mencionado (ONU 1993, 165).

1. El precio básico es el monto a cobrar por el productor al comprador por cada unidad de bien o servicio producido, menos cualquier impuesto por pagar, más subvenciones por cobrar. No incluye los gastos de transporte.

2. El precio productor es el monto a cobrar por el productor al comprador por un bien o servicio producido, menos el IVA u otro impuesto deducible facturado al comprador. No incluye los gastos de transporte.
3. El precio comprador es la cantidad pagada por el comprador, excluyendo el IVA u otro impuesto deducible. Incluye los costos de transporte.

### **Consumo de Capital Fijo**

Es un costo de producción definido como la disminución del valor corriente de los stocks de activos fijos que posee y/o utiliza un productor. Su estimación es similar a la depreciación de los activos. Sin embargo, el sistema recomienda agregar estudios que incluyan formación bruta de capital fijo para poder estimarla correctamente (ONU 1993, 158).

### **Valor Agregado**

El Valor Agregado es el saldo contable de la cuenta de producción, mide el valor creado por la producción y puede calcularse de dos formas (ONU 1993, 165):

1. Valor Agregado Bruto: Se define como el valor de la producción menos el consumo intermedio.
2. Valor Agregado Neto: Es el valor agregado de la producción menos el consumo intermedio y el consumo de capital fijo.

Figura 2.1: Cuenta de Producción

<b>Empleos</b>	<b>Recursos</b>
Consumo Intermedio	Producción
Valor Agregado Bruto	
Consumo de Capital Fijo	
VALOR AGREGADO NETO	

Fuente: SCN 1993

### 2.3.2. La Cuenta de Distribución Primaria del Ingreso

Está representada por dos cuentas consecutivas: La Cuenta de Generación del Ingreso y la Cuenta de Asignación del Ingreso Primario. Su finalidad es mostrar la distribución del ingreso primario entre las unidades y sectores institucionales (ONU 1993, 169).

#### La Cuenta de Generación del Ingreso

Se elabora para las unidades institucionales residentes en su condición de productoras de bienes y servicios. Se registran al lado derecho de esta cuenta el Valor Agregado y en el lado izquierdo dos clases de cargos: las Remuneraciones de los Asalariados por pagar a los trabajadores y cualquier Impuesto menos Subvenciones sobre la producción por pagar o cobrar. El saldo contable de la cuenta se denomina Excedente de Explotación o Ingreso Mixto (ONU 1993, 169).

#### La Cuenta de Asignación del Ingreso Primario

Se centra en las unidades o sectores institucionales residentes en su condición de receptoras de ingresos primarios, incluye el monto de las rentas de la propiedad a cobrar y

pagar (ONU 1993, 175).

En el lado derecho de la cuenta se registran dos tipos de ingresos: La primera es el Ingreso Primario a cobrar por las unidades o sectores residentes:

- La Remuneración de los Asalariados a cobrar por los hogares.
- Los Impuestos (menos Subvenciones) sobre producción o importaciones a cobrar (o pagar) por unidades gubernamentales.
- El Excedente de Explotación, o Ingreso Mixto de las empresas que proviene de la cuenta de Generación del Ingreso.

La segunda clase de ingreso comprende las rentas de la propiedad a cobrar por la posesión de activos financieros o de activos tangibles no producidos (tierras y terrenos o activos del subsuelo):

- Los intereses, dividendos y rentas análogas a cobrar por propietarios de activos financieros
- Las rentas a cobrar por propietarios de tierras y terrenos o de activos del subsuelo arrendados a otras unidades.

En el lado izquierdo de la cuenta se registran las rentas de la propiedad a pagar por las unidades institucionales a los correspondientes acreedores, accionistas, propietarios de tierras y terrenos, etcétera. El saldo contable es denominado saldo de Ingreso Primario.

Figura 2.2: Cuenta de Distribución Primaria del Ingreso  
*Cuenta de generación del ingreso*

<b>Empleos</b>	<b>Recursos</b>
Remuneración de los Asalariados	VALOR AGREGADO
Impuestos sobre la Producción e importaciones	
Subvenciones (-)	
Excedente de Explotación o Ingreso Mixto	
<i>Cuenta de asignación del ingreso Primario</i>	
Renta de la propiedad	Excedente de Explotación o Ingreso Mixto
	Impuestos sobre la Producción e importaciones
	Subvenciones (-)
	Renta de la Propiedad
INGRESO PRIMARIO	

Fuente: SCN 1993

### 2.3.3. La Cuenta de Distribución Secundaria del Ingreso

Muestra como se transforma el saldo de Ingreso Primario de una unidad en Ingreso Disponible mediante la percepción y el pago de transferencias corrientes, excluyendo las transferencias sociales en especie (ONU 1993, 199).

En la cuenta se distinguen tres tipos de transferencias corrientes:

1. Impuestos corrientes sobre el ingreso, la riqueza, etcétera: son aquellos que gravan los ingresos de los hogares o beneficios de la sociedad u otros que se pagan con cierta periodicidad fiscal.
2. Contribuciones y prestaciones sociales: son transferencias corrientes que reciben los hogares para que puedan atender a las necesidades derivadas de ciertos sucesos como por ejemplo: enfermedades, desempleo, jubilación, vivienda, etcétera.
3. Otras transferencias corrientes: incluye varias clases de transferencias, por ejemplo, primas netas e indemnizaciones de seguros de no vida. Otras transferencias

corrientes que tienen lugar entre los distintos niveles de gobierno.

El saldo contable de la cuenta es el ingreso disponible (ONU 1993, 202), el cual se obtiene:

- Sumando todas las transferencias corrientes, excepto las transferencias sociales en especie, a recibir por la unidad.
- Restando todas las transferencias corrientes, excepto las transferencias sociales en especie, a pagar por esa unidad.

Figura 2.3: Cuenta de Distribución Secundaria del Ingreso

<b>Empleos</b>	<b>Recursos</b>
Impuestos corrientes sobre ingresos, la riqueza, etc.	INGRESO PRIMARIO
Contribuciones Sociales	Contribuciones Sociales
Otras Transferencias Corrientes	Otras Transferencias Corrientes
<b>INGRESO DISPONIBLE</b>	

Fuente: SCN 1993

### 2.3.4. La Cuenta de Utilización del Ingreso

Tiene como finalidad mostrar la forma en que los Hogares, las unidades de Gobierno y las Instituciones Sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares (ISFLSH) reporten su Ingreso Disponible entre Consumo Final y el Ahorro (ONU 1993, 223).

Contiene tres elementos contables: el Ingreso Disponible que proviene de la Cuenta de Distribución Secundaria del Ingreso registrada en el lado derecho y en el lado izquierdo la Cuenta de Gasto por Consumo Final. Su saldo contable es el Ahorro.

La cuenta de Consumo Final proviene tanto del Gobierno General, las ISFLSH y los Hogares, distinguiéndose dos tipos de consumo (ONU 1993, 230):

1. Consumo Final Efectivo de Hogares: incluye gastos que realizan los hogares comprando bienes y servicios, transferencias sociales en especie que reciben de las ISFLSH y transferencias sociales en especie del gobierno general.
2. Consumo Final Efectivo del Gobierno: es el valor de los servicios de consumo colectivo prestados por el gobierno general a la comunidad.

Figura 2.4: Cuenta de Utilización del Ingreso

<b>Empleos</b>	<b>Recursos</b>
Gasto por Consumo Final	INGRESO DISPONIBLE
AHORRO	

Fuente: SCN 1993

### 2.3.5. La Cuenta de Capital

Finalmente, la Cuenta de Capital registra el valor de los activos no financieros que las unidades residentes adquieren o disponen mediante transacciones y muestra también la variación del valor neto debido al ahorro y a las transferencias de capital. En el lado derecho de la cuenta se registran los recursos disponibles: Ahorro Neto proveniente de la Cuenta de Utilización del Ingreso y las Transferencias de Capital por cobrar o pagar (con signo negativo). En el lado izquierdo se registran las Variaciones de activos no financieros que pueden distinguirse: La Formación Bruta de Capital Fijo, el Consumo de Capital Fijo, Variación de Existencias, Adquisiciones menos Disposiciones de objetos valiosos y Adquisiciones menos Disposiciones de Activos no Financieros no producidos. El saldo neto de la cuenta se denomina Préstamo Neto o Endeudamiento Neto (ONU 1993, 239).

Figura 2.5: Cuenta de Capital

<b>Empleos</b>	<b>Recursos</b>
Formación Bruta de Capital Fijo	AHORRO
Consumo de Capital Fijo	Transferencias de capital por cobrar\
Variación de Existencias Adquisiciones menos disposiciones de objetos valiosos	Transferencias de capital por pagar
Adquisiciones menos disposiciones de activos no financieros no producidos	
<b>PRÉSTAMO O ENDEUDAMIENTO NETO</b>	

Fuente: SCN 1993

### 2.3.6. La Cuenta de Resto del Mundo

La Cuenta del Resto del Mundo comprende las categorías de las cuentas que captan las transacciones que tienen lugar entre la economía total (unidades residentes) y el resto del mundo. Incluye: Cuenta de bienes y servicios con el exterior, la cuenta de ingresos primarios y transferencias corrientes con el exterior, la cuenta de acumulación con el exterior y la cuenta de activos y pasivos con el exterior<sup>3</sup> (ONU 1993, 345).

Figura 2.6: Cuenta de Bienes y Servicios con el Exterior

<b>Empleos</b>	<b>Recursos</b>
Exportación de bienes y servicios	Importación de Bienes y Servicios
Saldo de bienes y servicios con el exterior	

Fuente: SCN 1993

<sup>3</sup>Para los propósitos de este documento sólo se mostrará la cuenta de bienes y servicios con el exterior.

## 2.4. Clasificadores

Dada la importancia de la tarea de realizar una estimación como la que aquí se hace, es necesario contar con un sistema armonizado de clasificadores definidos como un conjunto de códigos que permitan identificar un producto característico vinculado a la vez a una actividad, así como a un agente, una transacción, etcétera, a fin de hacer eficientes las bases de datos (Seruzier 2003).

Los tipos de clasificadores utilizados son:

- Clasificador de Actividades Económicas
- Clasificador de Productos
- Clasificador de Agentes Institucionales
- Clasificador de Cuentas
- Clasificador de Transacciones
- Clasificador de Valoraciones

Los clasificadores mencionados son parte importante del SCN 1993 y al mismo tiempo corresponden a una homologación internacional: la Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU) que es la raíz de todos los clasificadores de actividades económicas que se utilizan en los diversos países. En el caso de los productos, los clasificadores del comercio internacional son los de más larga tradición, siendo el Sistema Armonizado de Codificación de Mercancías Aduaneras (SA) el actualmente vigente en aplicación por la Organización Mundial de Comercio (OMC) y que ha servido de referencia para el Clasificador Central de Productos (CCP) que clasifica productos de naturaleza transable o no transable (ONU 1993).

El sistema de clasificaciones adoptado para el presente trabajo parte de la homologación realizada entre el SCIAN-CIIU-CPC<sup>4</sup> para actividades y productos.

### **2.4.1. Clasificador de Actividades**

El clasificador de actividades para nuestro propósito se define como: Clasificador de Actividades Económicas (CAE), es un clasificador de homologación CIIU-SCIAN, corresponde a 10 dígitos, fueron identificadas 582 actividades en toda la economía de los cuales 12 son de servicios de salud, 4 de gestión administrativa de salud y 2 sectores complementarios.

### **2.4.2. Clasificador de Productos**

Para el caso de la clasificación de productos, se recurrió a la homologación de CIIU, SCIAN y CPC para denominar el Clasificador Único de Productos (CUP) en el cual se identificaron 2,015 productos en total, de los cuales para la Cuenta Satélite se tomaron 12 servicios característicos, 4 de administración de salud y 2 bienes complementarios.

### **2.4.3. Clasificador de Agentes Institucionales**

El clasificador de agentes institucionales es utilizado conforme al marco de SCN para identificar al agente que realiza la transacción, se identificaron 37 agentes institucionales, sin embargo, los más utilizados fueron: Sociedades No Financieras Privadas, Sociedades

---

<sup>4</sup>El SCIAN tiene sus raíces en el CIIU, en la adaptación para Tabasco se incluyeron productos característicos de México y sobre todo del estado.

Financieras, Bancos y Otras Instituciones, Uniones de Crédito, Seguros, Fianzas, Gobierno Federal, Gobierno Estatal, Hogares, Resto del Mundo y Resto del País (Véase Apéndice B.1).

#### **2.4.4. Clasificador de Cuentas**

Cada transacción registrada permite reconstruir los Cuadros de Oferta y Utilización. Dichas transacciones están vinculadas además a una Cuenta Económica del SCN y, por tanto, cada registro de la base de datos tiene dos coordenadas principales: la transacción de Insumo-Producto a la que corresponde y la cuenta del SCN a que pertenece dicha transacción. Asimismo, cada transacción representa un débito o un crédito para la cuenta (ONU 1993). Las relaciones entre cuentas y transacciones, así como el tipo de registro de la transacción (débito o crédito) se muestra en el Apéndice B.2, mientras que en el Apéndice B.3 se muestra el Clasificador de Cuentas utilizado para el registro de transacciones en la base de datos económica.

#### **2.4.5. Clasificador de Transacciones**

El Clasificador de Transacciones permite identificar la transacción de Insumo-Producto que se ha registrado en la base de datos económica. Para este estudio se creó una expresión detallada que es Cod-Trans y la más agregada corresponde a Cod-Trans-Fam (Ver Apéndice B.4).

#### **2.4.6. Clasificador de Valoraciones**

El Clasificador de Valoraciones nos muestra dos atributos de los registros de la base de datos: 1) el tipo de transacción que se ha registrado y 2) la valoración de esa transacción.

En el cuadro 2.1, se muestra el Clasificador de Valoraciones.

Cuadro 2.1: Clasificador de Valoraciones

Categoría	División	Grupo	Clase	Descripción	Cod-VAL
Tipo de Transacción					
T	1	1	0	De Mercado	T110
T	1	2	0	Uso Final Propio	T120
T	1	3	0	No de Mercado	T130
Valoración					
V	1	1	0	Precio Básico	V110
V	1	2	0	Precio Productor	V120
V	1	3	0	Precio Comprador	V130

Fuente: Elaboración propia

En términos generales, las transacciones registradas en la base de datos como oferta se encuentran a precios básicos, con excepción de las importaciones. Las transacciones de utilización se registran a precios usuarios, comprador o de mercado.

La codificación descrita en las secciones anteriores tiene asociadas transacciones para cada cuenta, las cuales no pueden incluirse en otras cuentas. En otras palabras, se debe seguir la norma de las relaciones entre cuentas y familias de transacciones mostrada en el Apéndice B.5.

## **2.5. Proceso Metodológico**

### **2.5.1. Valoración y Procedimiento de la Oferta**

La siguiente presentación corresponde a la metodología y proceso utilizado para las bases de datos y criterios de la Cuenta Satélite, aunque la variación entre las bases públicas y privadas es pequeña, se señala una separación a fin de aclarar los procedimientos adoptados.<sup>5</sup>

#### **Producción Bruta**

Debido a que los servicios de salud pública fueron proporcionados a precios económicos no significativos, se consideran bajo esta metodología que la estimación de sus costos es igual a la producción bruta propia del sector. Para el caso de los servicios de salud prestados por organismos particulares, se procedió al tratamiento de la producción en base a la información proporcionada por los Censos Económicos para dicho sector, mediante el monto de ingresos dado por clases SCIAN proporcionados por la base correspondiente a “Servicios”.

#### **Consumo Intermedio y Valor Agregado**

Se estimó para todas las bases de datos de acuerdo al catálogo presupuestario y al manual de programación y presupuestación de todas las instituciones el Consumo Intermedio. La codificación correspondió de la siguiente manera: capítulo de Materiales y Componentes (2000), Servicios Generales (capítulo 3000), capítulo 4000 de Fomento a

---

<sup>5</sup>En ambos casos se consideró que los oferentes de servicios de salud tienen una estructura similar de costos.

la producción de bienes y prestación de servicios,<sup>6</sup> capítulo 5000 de Infraestructura para el desarrollo, así como el capítulo 6000 de Bienes Muebles e Inmuebles,<sup>7</sup>. Por último el capítulo 7000 Transferencias y Subsidios<sup>8</sup> de acuerdo a la tabla de equivalencias y valorado a precios de mercado, para más detalles ver Apéndice B.6.

Todo el capítulo 1000 denominado Servicios Personales donde se establecen todas las remuneraciones al factor humano y el capítulo 8000 del Institución de Seguridad Social de Tabasco (ISSET), fue valorado como Valor Agregado.

Para el caso de los servicios de salud privada, el Consumo Intermedio y Valor Agregado de todas las clases SCIAN reportadas como servicios de salud, fueron clasificados y valorados de acuerdo al formulario denominado “Gasto por consumo de bienes y servicios” (INEGI 2005), donde la clasificación se hizo en base a los códigos de pregunta de dicho formulario.

## **Procesamiento de las bases de datos**

En salud pública se agruparon las diferentes bases proporcionadas por las instituciones en una base única de salud, lo que permitió criterios generales para cada institución y tomar en consideración únicamente los campos que pueden observarse en el Apéndice B.7.

La valoración de la base para los servicios de salud privada, reportados por los prestadores de tales servicios, fue determinada en un proceso continuo que destaca el establecimiento de una base formulario conformada por una correspondencia de identificadores de cada actividad SCIAN, proveniente de la clasificación de INEGI con una

---

<sup>6</sup>Excepto Becas, Subsidios, Aportaciones y Apoyos.

<sup>7</sup>Excepto la partida 6061 de Obras Públicas por contrato, que fue valorado como Formación Bruta de Capital Fijo.

<sup>8</sup>Únicamente la partida 7303 de adeudos anteriores.

actividad del Clasificador de Actividad Económica (CAE).

Por otra parte, se realizó en el cuadro 2.2 una correspondencia de rangos para determinar los rangos de unidades económicas que varían de acuerdo al total del personal empleado en cada unidad.

Cuadro 2.2: Identificador de rangos para Salud

Rango	Personal Ocupado
AA	0 a 2 personas
AB	3 a 5 personas
AC	6 a 10 personas
AD	11 a 15 personas
AE	16 a 20 personas
AF	21 a 30 personas
AG	31 a 50 personas
AH	51 a 100 personas
AI	101 a 250 personas

Fuente: Matriz Insumo-Producto 2003

De la misma manera se creó la base a nivel micro-dato propia del Censo Económico, que reportó datos a nivel municipal, Clases SCIAN, Rangos, Códigos de Preguntas y datos monetarios, mostrado en el cuadro 2.3.

Por último, la descripción de la base en el cuadro 2.4 muestra la valoración de cada código pregunta de la base de los formularios con los atributos de cuentas nacionales, como el código de cuenta, el código de transacción, tipo de transacción, tipo valoración y tipo de registro. También se le estableció un CUP y un CAE a cada pregunta. Un caso muy específico es la pregunta que reporta los ingresos por servicios prestados, la cual determina la producción principal de cada actividad.

Cuadro 2.3: Base Micro-Dato para Salud

Campos	Descripción
Fuente	Agente emisor de información
Municipio	De 1 a 17 municipios
Rango	AA,AB,AC,AD,AE,AF,AG,AH o AI
SCIAN	Clasificación SCIAN de INEGI
Cod-unico	Pregunta del formulario
Dato	Dato en miles de pesos

Fuente: Matriz Insumo-Producto 2003

Cuadro 2.4: Descripción de los campos de la base de Salud Privada

Campos	Descripción de campos
Cod-Preg	63 Preguntas activas del formulario
Cod-Cuenta	Cuenta de producción, distribución, etc.
Cod-Trans	Producción, Remuneraciones, Consumo Intermedio, etc.
Cod-Val	Precio básico, productor, comprador
Tipo-Trans	De mercado
Tipo-Reg	Debe, Haber
Cod-Cup	Clasificador de productos

Fuente: Elaboración propia

La unificación de las bases anteriores permitió conocer y establecer la producción de cada actividad por clases SCIAN, el proceso se estableció en la base transición y se determinó de igual forma a nivel micro-dato, también se establecen sus consumos intermedios, las remuneraciones y el gasto en otros bienes y servicios, lo que permitió el cálculo del Excedente de Explotación. Posteriormente, se crearon dos bases complemen-

tarias, la base de ajustes<sup>9</sup> y la base del nuevo excedente, que complementaba a la base de transición. Ver Apéndice B.8.

Un paso siguiente fue integrar los reportes de los desgloses de ingresos al interior de algunas clases SCIAN, lo que modificó el tratamiento realizado, pues dichos reportes sólo estaban proporcionados por rangos, esto provocó que se pasara de una base de micro-datos a una base de macro-datos.<sup>10</sup>

## **2.5.2. Valoración y Procedimiento de la Demanda de los Hogares**

Para incorporar la información de la EIGHT, fue necesario ajustar los valores nominales de demanda registrados durante el período de levantamiento de la EIGHT,<sup>11</sup> con el año base 2003. El ajuste de precios se realizó mediante el proceso de deflactación.<sup>12</sup>

Por tanto, el contenido de este apartado es dar una descripción del proceso de tratamiento de la demanda de salud: Asignación de Quintil a cada folio; integración de un único bien (EIGHT-CUP), asignación del índice de precio ponderado, deflactación y expansión anual de la demanda.

---

<sup>9</sup>Para los reportes de excedentes negativos, se realizaron ajustes complementarios para poder estimar adecuadamente su producción, consumo intermedio, remuneraciones, etcétera.

<sup>10</sup>Se le denomina base macro a la que no contiene los rangos, SCIAN y preguntas. Los datos están sumados por códigos de producto y actividad agregada.

<sup>11</sup>Segunda quincena de agosto – primera quincena de noviembre de 2005.

<sup>12</sup>El conjunto de Índices de Precios al Consumidor proviene del portal del Banco de México, el cual utiliza como período base la segunda quincena de junio de 2002 y se computa para la ciudad de Villahermosa únicamente.

## Quintil de Ingreso

La información sobre los gastos de los hogares, en particular, sobre Salud, proviene de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares con representatividad para Tabasco (EIGHT). Los datos de consumo necesarios se encuentran en la tabla “gastos” de la mencionada encuesta, incluye: folio, clave, gasto trimestral y factor.<sup>13</sup>

A cada uno de los folios, es decir, cada hogar de la muestra debía tener asignado uno de los cinco quintiles dependiendo de su nivel de ingreso monetario<sup>14</sup>. Para ello se ordenó los 1,798 hogares representativos en forma ascendente conforme al nivel de ingreso. Cada hogar también debía acompañarse del factor de expansión. Tal factor es el que asocia la proporción de representación del hogar en el espacio poblacional. El valor medio del factor de expansión corregido es de 276 hogares en el universo estatal por cada hogar en la muestra (Armenta et al. 2007).

## Los bienes de la EIGHT y el CP

Posteriormente, se continuó con la agregación de los bienes reportados en la EIGHT, con los códigos de productos denominados CUPs de la clasificación hecha. La agregación presentó como característica la conformación de conjuntos de bienes que compartían atributos similares de la actividad o producto de procedencia en base a la raíz del clasificador o la función que se realiza, de esta manera ambos bienes ahora se agrupaban en un solo código denominado CP.

---

<sup>13</sup>Los factores de expansión se corrigieron para la dinámica demográfica dividiendo el factor de expansión entre el factor de corrección (= 1+tasa de crecimiento poblacional). Este cálculo se realizó utilizando información de CONAPO, a nivel municipal y por tamaño de población. Para Tabasco, el factor de corrección fue de 1.01 entre 2003 y 2005.

<sup>14</sup>La relación que se hace sobre los quintiles es tomada de otra base: ingresos monetarios, los fines fueron deflactar para cada quintil de la muestra y posteriormente usar dicha información sobre indicadores de empleo e ingreso.

## Índices de Precios Ponderados

Al integrar ya los códigos CPs se reportaba una nueva base, aunque, se necesitó identificar para cuales de estos cruces estaba disponible el índice de precios correspondiente,<sup>15</sup> de entre los deflatores recopilados por Banco de México. Debido a la agregación diferenciada, la identificación del bien genérico con el deflactor no siempre fue de uno a uno. En ocasiones un mismo deflactor se utilizó para más de un bien debido a su amplia cobertura, en otros casos se tenía lo opuesto: un bien se tuvo que deflactor con varios índices. En el menor número de casos no se disponía de un deflactor específico para ciertos bienes, lo que implicó utilizar el índice general.

Los deflatores se muestran como:

$$IPP_t^i = \frac{IPC_t^i}{IPC_{sept-oct05}^i} \quad (2.1)$$

donde el  $IPP_t^i$  representa el índice de deflatación de precios ponderado para encontrar la demanda a precios de 2003 que se utiliza para el  $CP_i$  y el trimestre  $t$ .

Al  $IPP_t^i$  se le añadió el atributo de quintil de ingreso, esto es, se calculó la composición de los CP por quintiles. La expresión final incorpora el subíndice  $Q$  respectivo para los quintiles

$$IPP_{Qt}^i = \frac{IPC_{Qt}^i}{IPC_{Q,t=sept-oct05}^i} \quad (2.2)$$

Con  $Q=1,2,3,4$  y 5 quintiles

Cada uno de los  $IPP$  calculados tenía asociado un nivel de gasto de demanda específico en un cierto trimestre, para un determinado quintil y para un CP dado.

---

<sup>15</sup>La frecuencia de los índices de precios recopilados por Banco de México presenta periodicidad mensual por lo cual se calculó, por un lado, el valor medio del índice de precio de septiembre-octubre 2005. Por otro lado, en lugar de promediar el valor medio anual de 2003, se calcularon los promedios trimestrales para estimar de mejor manera la variabilidad inflacionaria intra anual.

El proceso de deflactación para obtener el gasto de demanda real se indica en la ecuación 2.3.

$$D_{Q,t}^i = \frac{Dnom_{Q,t}^i}{IPP_{Q,t}^i} \quad (2.3)$$

donde el lado izquierdo de la igualdad  $D_{Q,t}^i$  es el gasto de demanda a precios de 2003 y, del lado derecho,  $Dnom_{Q,t}^i$  es el valor proveniente de la demanda nominal, ambos términos utilizan los mismos índices  $Q$ ,  $i$ , y  $t$ , que respectivamente son quintil, CP y trimestre.

El total de la demanda trimestral es el resultado de la suma de los gastos de todos los  $CP_i$  indicado en la ecuación 2.4.

$$D_{Q,t} = \sum_{i=1}^{102} D_{Q,t}^i \quad (2.4)$$

## **Demanda anual expandida**

Como último paso se encuentra la expansión de los valores de demanda del nivel muestral que maneja la base de EIGHT a los niveles correspondientes al total estatal, esto se logra multiplicando la demanda deflactada por el factor de expansión corregido. La expansión de la demanda se realizó a nivel de folio y se obtiene multiplicando el factor de expansión corregido geográficamente por la demanda anual a nivel de CP (Armenta et al. 2007).

Finalmente, todo el procedimiento se integra en una base, que al igual que el tratamiento de la oferta, muestra los campos detallados para cada folio de hogar, la cual se aprecia en el Apéndice B.9.

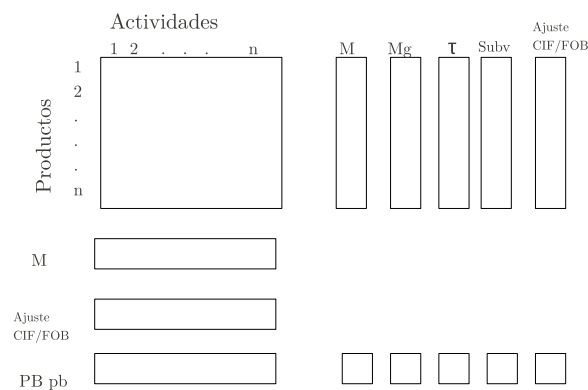
## 2.6. Cuadros de Oferta y Utilización

Los Cuadros de Oferta y Utilización (COU), se presentan básicamente en dos cuadros armonizados conjuntamente, el primero de ellos es el Cuadro de Oferta de productos y el segundo la utilización de productos y cuentas de producción y generación del ingreso (ONU 1993).

### Cuadro de Oferta

El Cuadro de Oferta ofrece información sobre bienes y servicios, en las filas se muestra información sobre las industrias o sectores de la economía, adicionalmente se incluyen filas sobre ajuste de precios cif/fob sobre importaciones y otra para compras directas del exterior. En las columnas también se muestran los sectores de la economía, importaciones (M) y una columna adicional para los márgenes de comercio y de transporte (Mg), así como para impuestos ( $\tau$ ) y subvenciones (Subv) y finalmente una columna más para el ajuste cif/fob (ONU 1993).

Figura 2.7: Cuadro de Oferta



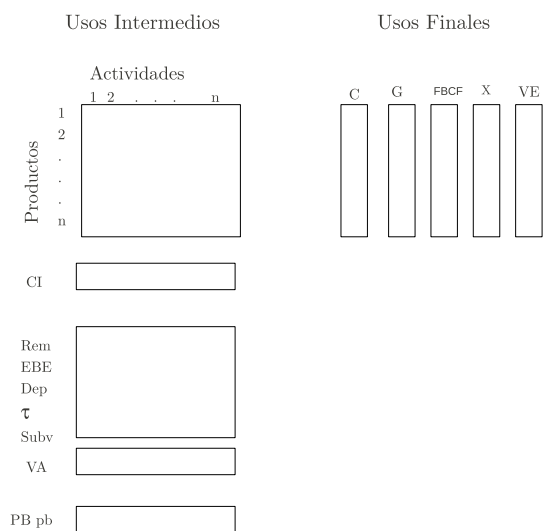
Fuente: Elaboración en base al SCN 1993

## Cuadro de Utilización

El Cuadro de Utilización ofrece información sobre los usos de los bienes y servicios y sobre las estructuras de costos de las industrias, se integra por tres subcuadrantes: usos intermedios, usos finales y empleos de valor agregado (ONU 1993).

El cuadrante de usos intermedios muestra el consumo intermedio valorado a precios comprador. El cuadrante de usos finales muestra las exportaciones (X), el gasto de consumo final (Hogares C y Gobierno G) y la formación bruta de capital (FBCF) y la Variación de Existencias (VE). Finalmente, el cuadrante de empleos de valor agregado muestra los costos de producción distintos al consumo intermedio, en los que se encuentran: remuneraciones a los asalariados (Rem); impuestos ( $\tau$ ) menos subvenciones (Subv) sobre la producción y las importaciones; consumo de capital fijo (Dep) y excedente de explotación (EBE).

Figura 2.8: Cuadro de Utilización



Fuente: Elaboración en base al SCN 1993

En la realización del COU para integrar la Cuenta Satélite de Salud, se recurrió a

restablecer los clasificadores de actividades y productos, ya mencionados anteriormente, de manera que se abrieron dentro de productos y actividades 12 subgrupos de acuerdo a la raíz de procedencia de los clasificadores o bien a la terminología de uso en la economía, también se clasificaron 4 actividades-productos relacionados con la gestión administrativa de los servicios de salud.<sup>16</sup>

Los 16 subgrupos identificados son:

1. Servicios Hospitalarios Generales
2. Servicios Hospitalarios Especiales
3. Servicios de Consulta en Medicina General
4. Servicios de Consulta en Medicina Especial
5. Servicios de Consulta en Nutrición
6. Servicios de Consulta Odontológica
7. Servicios de Medicina Natural <sup>17</sup>
8. Servicios de Atención Ambulatoria <sup>18</sup>
9. Servicios de Laboratorios y Banco de Órganos
10. Centros de Atención Médica<sup>19</sup>
11. Asistencia Social<sup>20</sup>
12. Guarderías y Cuidados Infantiles

---

<sup>16</sup>Adicionalmente también se identificaron sectores complementarios de salud, como los medicamentos que provienen de la industria farmacéutica y los seguros médicos.

<sup>17</sup>Incluye servicios de naturistas, acupunturistas, parteras, etcétera.

<sup>18</sup>Incluye servicios que no requieren hospitalización: inyecciones, aplicación de sueros, etcétera.

<sup>19</sup>Incluye: atención médica para enfermos mentales.

<sup>20</sup>Incluye: asilos, orfanatos, etcétera.

13. Actividades Administrativas Federales de Salud
14. Actividades Administrativas Estatales de Salud
15. Actividades Administrativas de Instituciones de Seguridad Social Federal
16. Actividades Administrativas de Instituciones de Seguridad Social Estatal

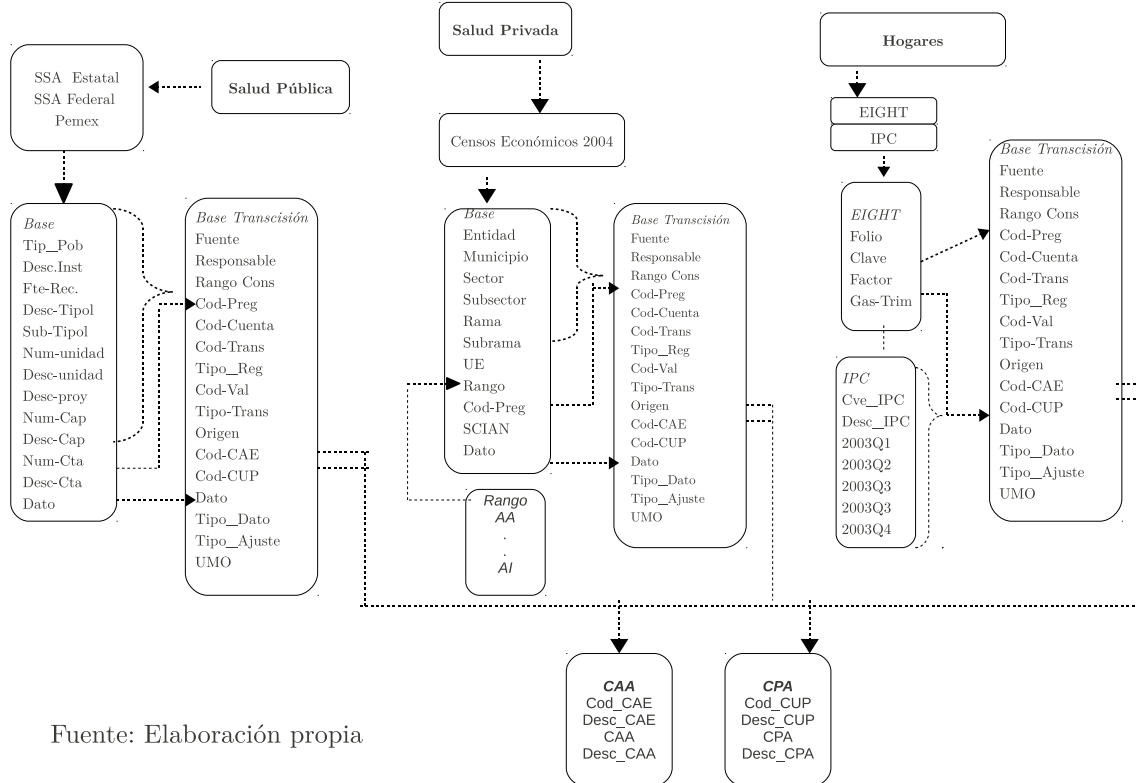
Una vez especificadas las actividades y los productos característicos de la cuenta satélite, se realiza un “mapeo”<sup>21</sup> entre la base de información a nivel macro-dato y los clasificadores para determinar qué transacciones y valores son para cada nuevo producto-actividad de salud. De tal manera que se pasa de la base de transición de macro-datos donde se tiene el total de la información a una base económica que tiene agrupadas las actividades (CAA) y los productos (CPA). El esquema de la figura 2.9 muestra las vinculaciones de las diferentes bases de datos que dan origen a la Cuenta Satélite.

El siguiente punto es encontrar los equilibrios en la Cuenta de Producción, el cual se realiza a nivel de actividad, es decir, se equilibra su producción por un lado y por el otro los insumos y el valor agregado. Posteriormente, se equilibra el Cuadro de Oferta y Utilización, por cada producto reportado en la Cuenta Satélite. Durante este proceso los determinantes de ajustes para el equilibrio fueron la condición de oferta=demanda, en tal caso, se procedió a determinar qué servicios tenían exceso de oferta o demanda y se ajustaron de acuerdo al consumo final (por el lado del producto), el supuesto básico para destinar consumo a los hogares es que éstos, en el mayor de los casos, subestiman sus gastos en servicios de salud. En todos los casos se verificó que los ajustes fueran consistentes y se cuidara el equilibrio de las cuentas, las transacciones, las actividades y los productos. Ambos equilibrios pueden verse en los Apéndices B.10 y B.11.

---

<sup>21</sup>Se entiende por mapeo al hecho de asociar clasificadores entre la base macro-dato y las bases de clasificadores.

Figura 2.9: Reclasificación de Actividades-Productos



Fuente: Elaboración propia

En este capítulo se extendieron los detalles sobre el procedimiento adoptado para la creación de la Cuenta Satélite, de acuerdo con el SCN se crearon clasificadores de productos y actividades, no obstante, se decidió incorporar nuevas clasificaciones para las transacciones, valoraciones, agentes, etcétera, que facilitaran el establecimiento del COU, en todo momento se cuidaron las normas del manual de la ONU y evidentemente los datos recopilados de las unidades de salud. Se explicó a detalle el procesamiento de las diferentes bases de datos y finalmente se ofreció un panorama breve del COU. De tal manera, que con toda la argumentación presentada es posible pasar al tercer y último capítulo de esta investigación para mostrar los diversos resultados de la Cuenta Satélite y ofrecer en la medida de lo posible un análisis de ellas.

## Capítulo 3

# Cuenta Satélite de Salud para Tabasco 2003

Finalmente, en este capítulo se presentan los cuadros y datos que integran la Cuenta Satélite de Salud para Tabasco. De acuerdo al seguimiento que se inició en el capítulo segundo, se presentan los montos correspondientes a las cuentas económicas integradas, posteriormente se menciona la Matriz de Producción desde la perspectiva que cada actividad genera producciones principales, secundarias y otras producciones.

Se prosigue con el Cuadro de Oferta y Utilización, dividiendo ésta última en dos apartados: Utilización Intermedia y Utilización Final, también se incluye el Cuadro de Valor Agregado. Una vez presentados los datos globales de los valores agregados, se abren otras secciones sobre los servicios de la Cuenta Satélite. La administración de salud se estudia aisladamente en sus cuatro componentes o servicios, dentro de los servicios de la técnica médica se dedican secciones especiales para hospitalización, consulta general y laboratorios.

Se requiere, adicionalmente, una sección para sectores complementarios, en la que se identifican sectores que están estrechamente relacionados con la salud, como son la

industria farmacéutica y los seguros médicos.

Finalmente, para terminar el capítulo se dedican unas líneas a la situación que ocupa el sector salud dentro de la economía de Tabasco y se abre un apartado para indicadores adicionales: demográficos, unidades económicas y personal ocupado e indicadores macroeconómicos del gasto público y privado.

### **3.1. Cuentas Económicas Integradas**

En esta sección se presenta, en resumen, el valor aportado del Sector Salud por cada cuenta proveniente del Clasificador de Cuenta. En el cuadro 3.1 se presentan las cuentas de: producción, generación del ingreso, utilización del ingreso disponible y cuenta de capital. Para mayor detalle sobre las cuentas por tipo de servicio de salud puede observarse el Apéndice C.1.

Es posible observar que la producción por cuenta propia que realizan las unidades de salud no tiene un peso determinante. En cuanto a la generación del ingreso la aportación que tienen las remuneraciones por sueldos y salarios es bastante elevada; mientras que, en lo que se refiere al consumo, es evidentemente más alto el consumo colectivo que realiza el Gobierno. En cuanto a la formación de capital fijo, esta cuenta sólo contiene la valoración de esta transacción al respecto de la maquinaria y equipo, construcciones o edificaciones y equipo de transporte que las unidades de salud realizaron, por tanto, la cuenta se mantiene aislada dentro del Cuadro de Utilización Final como se verá más adelante.

Cuadro 3.1: Valor por Cuenta Económica

Cuenta	Nombre	Descripción	Total
100	Producción	Producción	7,875,777
		Por cuenta propia	3,884
		Consumo Intermedio	1,762,810
211	Generación del Ingreso	Excedente Exp.	1,363,727
		Sueldos y Salarios	4,746,681
		Contrib. Soc.	5,558
		Impuestos	124
		Otros Impuestos	835
		Subvenciones	-74
241	Utilización del Ingreso Disponible	Consumo Final Hog.	1,663,445
		Consumo Final Gob.	6,249,592
310	Capital	FBCF	64,209
		Var. Exist	3,131

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

### 3.2. Matriz de Producción de Salud

La Matriz de Producción es uno de los resultados adicionales que proporciona la Cuenta Satélite de Salud. En la diagonal principal se muestran las producciones principales de las actividades de salud, de igual manera se muestran las producciones secundarias, es decir, las producciones que están relacionadas a los servicios de salud y otras producciones. En el último caso, la relación no es directa con los servicios del sector, sino que, su producción está vinculada con los servicios de alquiler de alguna parte del inmueble de la unidad de salud, así también por proporcionar servicios profesionales prestados a otras instituciones, comercio de ciertos bienes, etcétera, lo cual puede apre-

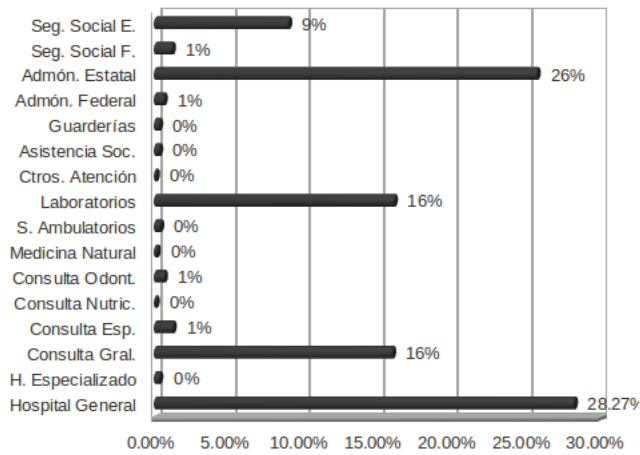
ciarse en el Apéndice C.2 para mayor detalle. Algunas actividades como los Hospitales Especializados dan servicios adicionales a su principal función, como es la consulta especializada, laboratorios y asistencias sociales. Por otra parte, la actividad de Consulta Especializada da también servicios de consultas de nutrición, mientras que los servicios de Asistencia Social proporcionan, adicionalmente, servicios de consultas generales y centros de atención. Los laboratorios, en cambio, dan servicios de hospitalización general y consultas especializadas y, finalmente, los Centros de Atención dan servicios de asistencia social. Las restantes actividades de salud sólo proporcionan sus servicios principales.

### **3.3. Oferta Total de Salud**

La oferta total a precio productor de los servicios de salud, se presenta en la figura 3.1, la oferta total a precio básico, es decir, el precio productor menos los impuestos más las subvenciones, se presenta en el Apéndice C.3.

La producción total del sector salud, considerando todos los servicios, se reporta en mayor medida (a nivel producto) a hospitalización general en un 28 por ciento. El segundo mayor productor, con 26 por ciento, fue la administración de servicios de salud estatal, mientras que en tercer sitio está la producción de laboratorios y también de consultas generales, ambas con 16 por ciento. Con el 9 por ciento de la aportación está la producción de servicios administrativos dedicados a la seguridad social estatal. El resto de los servicios producen entre el 1 por ciento o menos.

Figura 3.1: Oferta Total de la Actividad de Salud



Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

## 3.4. Utilización Total de Salud

Esta sección se presenta en dos partes. La primera de ellas muestra datos de utilización intermedia, en donde se reportan los insumos requeridos por las actividades de salud. En la segunda parte se muestran los datos sobre la utilización final de los productos de salud.

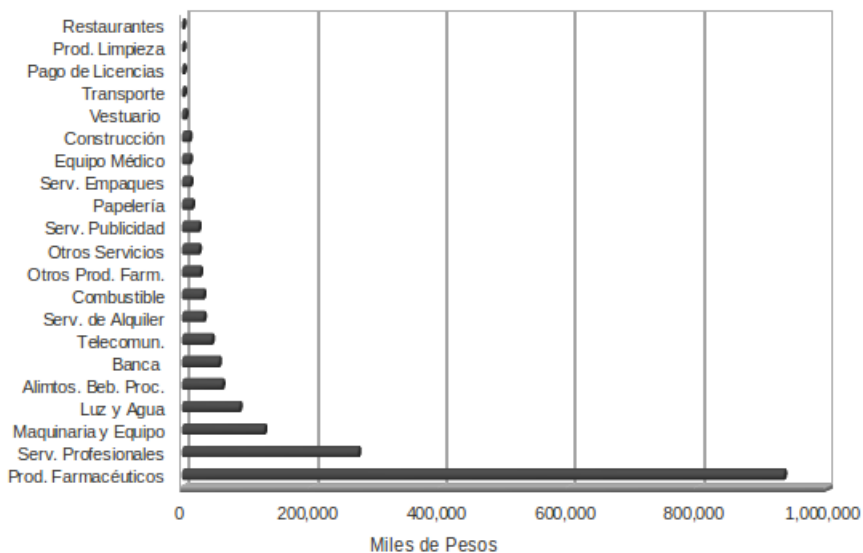
### 3.4.1. Utilización Intermedia de Salud

Los insumos que todas las actividades de salud requieren parten de las clasificaciones mencionadas en el capítulo dos de este documento. Debido a que la integración de la Cuenta Satélite no reporta interacción entre sus mismas actividades, sino que las interacciones o requerimientos pertenecen a productos o servicios del resto de la economía, se reclasificaron los productos y servicios a la vez que se agruparon para finalmente identificar 20 bienes de la economía de Tabasco que sirven de insumos para el sector salud. En el Apéndice C.4 se pueden ver los detalles sobre cada actividad y los productos

que se compran como insumos.

En la figura 3.2 se presentan los insumos utilizados por todas las actividades. El mayor insumo del sector se reporta, como era de esperarse, en la compra de productos farmacéuticos, con un 53 por ciento. Otra compra importante se realiza en servicios profesionales con el 15 por ciento, mientras que una proporción menor (el 7 por ciento) es destinada a la compra de maquinaria y equipo para la producción. Con un 3 por ciento se encuentran las compras de alimentos y bebidas procesadas y los servicios de banca e intermediación financiera. Los restantes insumos son entre menos del 1 por ciento y el 2 por ciento. En cuanto a qué actividad es la que compra más insumos, en la Cuadro de Utilización Intermedia puede verse que los hospitales generales son los mayores compradores de insumos, seguidos de los servicios administrativos de seguridad social estatal, mientras que en tercer sitio se encuentra la administración de salud estatal.

Figura 3.2: Utilización Intermedia de Salud



Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

### **3.4.2. Valor Agregado de Salud**

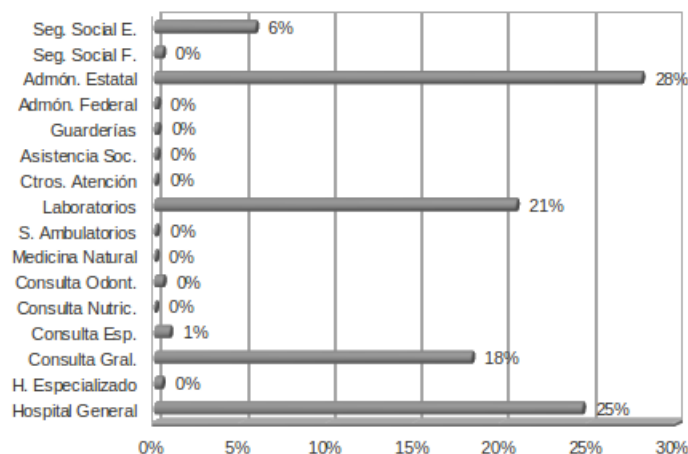
El Valor Agregado es el cuadrante ubicado en la parte inferior del Cuadro de Utilización que, sumado al Cuadro de Utilización Intermedia, da como resultado la producción total por Actividad del Sector Salud. Este componente constituye la suma de las remuneraciones a los asalariados, los impuestos a la producción, el excedente de explotación, los subsidios y otros impuestos a la producción para las actividades de salud. Si se desea ver el valor que aporta cada una de estas actividades será necesario ver el Apéndice C.6.

En términos de aportaciones, el 77 por ciento del Valor Agregado lo constituyen los sueldos y salarios pagados a los asalariados, el 22 por ciento es excedente de explotación y el restante uno por ciento se divide entre los otros componentes. En la figura 3.3 se muestra el comportamiento de cada actividad del sector salud en el Valor Agregado, siendo observable que el 28 por ciento lo aporta la administración de salud estatal, el 25 por ciento lo aportan los hospitales generales, un 21 por ciento los laboratorios, el 18 por ciento los consultorios generales, el 6 por ciento la administración de salud de la seguridad social estatal, las restantes actividades desarrollan entre menos del 1 por ciento. Una observación adicional es que en estas actividades de alto Valor Agregado se encuentran inmersos los oferentes del sector público.

### **3.4.3. Utilización Final de Salud**

La Utilización Final constituye la demanda de los servicios de salud a nivel de productos. En la Cuenta Satélite esta demanda por consumo se repartió en consumo final individual realizada por los Hogares y consumo final colectivo que hace el Gobierno General en cualquiera de sus niveles. En estricto sentido, como la producción del gobierno fue valorada a costos no significativos, su consumo por tanto es de no mercado.

Figura 3.3: Utilización Intermedia de Salud



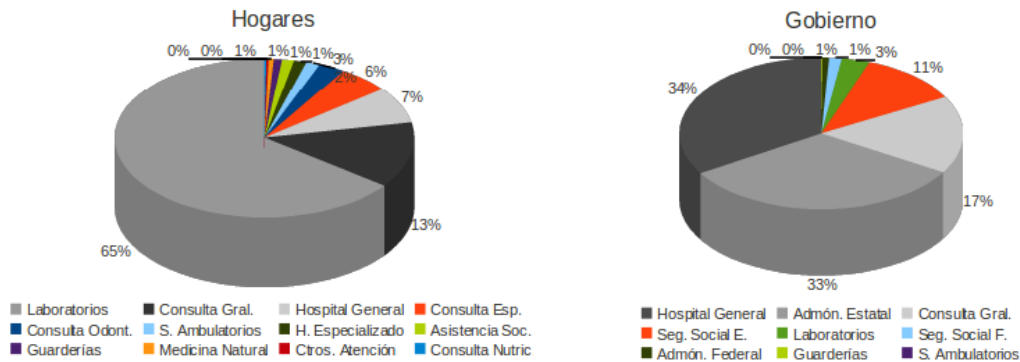
Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

Por otra parte, para el sector salud no se reportó consumo hacia el exterior, tampoco se consideró que el servicio formara parte de la Formación Bruta de Capital Fijo ni que existieran Variaciones de Existencia, que son los otros componentes del Cuadro de Utilización Final que tradicionalmente se encuentran presentes en el lado derecho de la Cuenta de Utilización y que, sumado al Cuadro de Utilización Intermedia, constituye la Producción Total por Producto. La presentación completa de dicho Cuadro se encuentra en el Apéndice C.5.

El consumo colectivo del Gobierno constituyó el 79 por ciento del total de los servicios de salud, el restante 21 por ciento fue consumo individual de los Hogares, este consumo se realizó como se muestra en la figura 3.4.

En el caso del Gobierno, su mayor consumo fue en la administración de servicios de salud estatal con el 34 por ciento, mientras que el consumo de servicios de hospitalización general fue del 33 por ciento. Por su parte, la consulta general fue demandada en un 17 por ciento y el 11 por ciento se realizó a la administración de la seguridad social estatal.

Figura 3.4: Utilización Final de Salud



Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

En cuanto a los Hogares se realizó mayor consumo en laboratorios con un 65 por ciento, el 13 por ciento se gastó en consultas generales, los servicios de hospitalización general constituyeron el 7 por ciento, el 6 por ciento en consulta con especialización y los restantes servicios se encuentran entre menos del 1 y 3 por ciento.

Hasta este momento se han presentando los resultados generales de la Cuenta Satélite, lo cual ha mostrado que algunas actividades son más sobresalientes que otras en Producción por actividad o por servicio, en la Utilización Intermedia y Final, asimismo en la generación del Valor Agregado. El siguiente paso es presentar las actividades más importantes, empezando con las actividades administrativas, la cual se hará para las cuatro actividades. Posteriormente se presentarán algunas actividades de salud, como son hospitales generales, consultorios generales y laboratorios.

Afortunadamente, debido a las anteriores presentaciones globales, se pudo observar que la industria de productos farmacéuticos es importante para las empresas e instituciones como insumos fundamentales, así como para los hogares, pues constituye una parte importante del gasto complementario en salud, por lo que se ha decidido también presentar los datos económicos de esta actividad-producto, también se ha decidido una apertura para los seguros médicos.

## **3.5. Actividades Administrativas de Salud**

En el sistema central, es decir, en la Matriz Insumo-Producto de Tabasco del año 2003, las transacciones realizadas por las instituciones encargadas de la gestión administrativa del sector salud fueron clasificadas y valoradas como actividades de la administración pública, que por ende, quedaron fuera del sector salud. Sin embargo, en este ejercicio se requirió reclasificarlas como actividades de salud, en particular se reconocieron cuatro actividades relacionadas con la administración de las actividades de salud, las cuales se presentarán a continuación. Cada una de ellas tiene importancia por sí misma, pues se refieren a actividades que aportaron una gran cantidad de producción y requerimientos al sector en la Cuenta Satélite, estas actividades son: Actividades administrativas federales de Instituciones de Bienestar Social, Actividades administrativas estatales de Instituciones de Bienestar Social, Actividades administrativas federales de Instituciones de Seguridad Social y Actividades administrativas estatales de Instituciones de Seguridad Social.

### **3.5.1. Administración Federal de la Salud**

Aunque el Seguro Popular de Salud (SPS) venía funcionando desde el año 2002 como un programa piloto de la Federación, con el objetivo de proporcionar servicios a la población abierta ubicada en los primeros quintiles de ingreso (Knaul, Arreola-Orleans, Méndez-Carniado et al. 2007), sólo fue posible identificar su gasto realizado como programa, no teniendo así, detalles que permitan diferenciar el gasto administrativo del gasto en técnica médica. Por tanto, fue agrupado en la categoría de actividades de Bienestar Social Federal.

Como se refirió en el capítulo uno de este documento, el Seguro Popular nace con la reforma al Sistema de Salud de México durante el periodo 2001-2006, en base a

que la situación del sector salud en México presentaba notables carencias de equidad, calidad y cobertura financiera (Lomelí 2010). Debido a la falta de equidad y cobertura en el sistema de salud, la población abierta sin derecho a la seguridad social tenía que financiar sus servicios de salud acudiendo a los servicios privados de salud. En la mayor parte de los casos esto propiciaba un enorme gasto de bolsillo<sup>1</sup> de los hogares más pobres, conduciéndolo a una situación de empeoramiento económico, lo que se denomina injusticia financiera (Knaul, Arreola-Orleans, Méndez & Martínez 2005). En otros casos, la situación se tornaba aún peor creando círculos viciosos de pobreza y empeoramiento de salud. Dada la importancia de este sector dentro del Sistema de Salud, se ha decidido presentar más extensamente los datos económicos que se consiguieron en la Cuenta Satélite, referente al consumo intermedio y el valor agregado que se genera vía sueldos y salarios.

Dentro de la Cuenta Satélite, el SPS reportó como actividad administrativa los siguientes datos en el cuadro 3.2, el consumo intermedio, es decir, la utilización intermedia requerida para que esta actividad operara en el estado fue del 82 por ciento y el restante 18 por ciento fue dedicado al pago de sueldos y salarios.

Cuadro 3.2: Producción Total de Administración Federal

Producción Principal	45,962
Valor Agregado	8,083
Consumo Intermedio	37,879

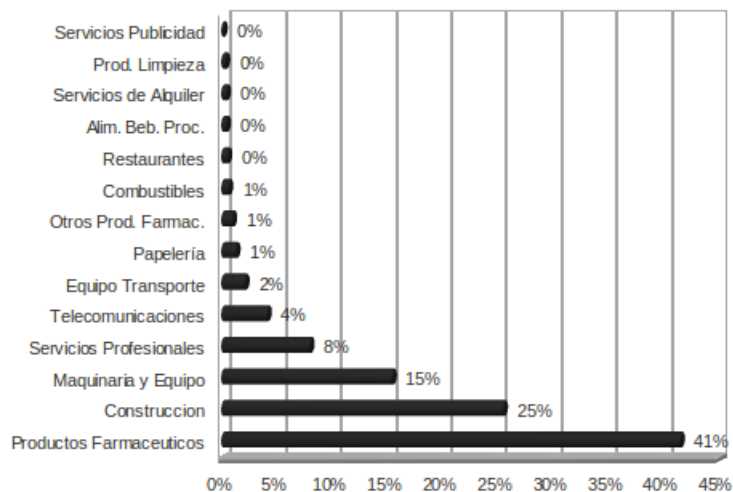
Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

En cuanto a los requerimientos de insumos que el Seguro Popular compró, se muestra en la figura 3.5 el porcentaje de dichas compras. El insumo fundamental del Seguro Popular fue la compra a productos farmacéuticos, la cual representó el 41 por ciento,

<sup>1</sup>Se le denomina gasto de bolsillo a la proporción del gasto que se hace en salud para atención médica, hospitalización y medicamentos.

le siguieron servicios de edificación y construcción (25 por ciento), mientras que con el 15 por ciento se encuentran las compras a maquinaria y equipos, aunque no se especifica si estos equipos han sido médicos o de otra clase. También destinó el 8 por ciento a servicios profesionales y un 4 por ciento al pago de telecomunicaciones. El resto de insumos se encuentra entre menos del 1 y 2 por ciento, algunos de ellos son: publicidad, productos de limpieza, servicios de alquiler, alimentos y bebidas procesadas, restaurantes, combustibles, otros productos farmacéuticos, papelería y equipo de transporte, en ese orden.

Figura 3.5: Utilización Intermedia del Seguro Popular



Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

En esta actividad los registros para Valor Agregado sólo corresponden a sueldos y salarios del personal. Al igual que con consumo final colectivo, sólo se reportó la parte del Gobierno.

En el estado de Tabasco para el año de estudio de la Cuenta Satélite, la afiliación al SPS fue de 87,846 familias (SSA 2004b). Cada familia en el 2002 costó 7,727.46 pesos entre medicamentos, servicios médicos y administrativos, en tanto que el SPS recibió un subsidio de 2.100 pesos y una cuota de 240 pesos por familia (Hernández, y Teran,

Santos & Martínez 2005). Considerando el total de familias afiliadas en el año 2003 y la producción total de este sector dentro de la Cuenta Satélite, el costo por familia afiliada para nuestro año de estudio fue de 523 pesos. En el contexto nacional, según la Secretaría de Salud Federal, el presupuesto público ejercido<sup>2</sup> fue el segundo mayor después de Sinaloa y por encima de Colima y Tamaulipas (SSA 2005), evidentemente para ese año como se ha dicho el SPS no estaba funcionando en todas las entidades del país.

Se ha debatido constantemente si la reforma que originó el SPS ha mejorado la situación de las familias afiliadas en cuanto a la reducción de los gastos catastróficos,<sup>3</sup> se menciona que estos gastos, anteriormente a la reforma, llevaron a las familias a niveles de gasto empobrecedor<sup>4</sup> en salud. A nivel nacional, el gasto empobrecedor pasó de 5.2, en 1992, a 9.9 para 1999, teniendo una caída fuerte de 1.8 en el 2004. En cuanto a gasto catastrófico se pasó del 2.8 al 4.2 y, finalmente, al 2.6 (Knaul, Arreola-Orleans & Méndez 2005). Justamente el año en el que ambos gastos disminuyen está marcado con la entrada en vigor del SPS.

Además de los datos aportados, se puede ofrecer una explicación en base a la teoría mircoeconómica, al decir que aquella población que carecía de seguridad social sustituyó la demanda de servicios privados por demanda de Seguro Popular (García-Rodríguez & Tejero-Vera 2003). Por tanto, el resultado esperado es la caída de sus gastos catastróficos, por lo menos, en aquellos servicios que el cuadro básico de dicho programa permite, destinando posiblemente ese gasto en otras necesidades. De esta manera el subsidio federal puede ser eficaz en la medida que permite a los hogares cierta

---

<sup>2</sup>Incluye Gasto Corriente y de Inversión según Catálogo Programático.

<sup>3</sup>Se le denomina Gasto Catastrófico a la proporción del gasto en salud toda vez que del ingreso disponible se hayan descontado los gastos en alimentación y siempre que sea superior al 30 por ciento.

<sup>4</sup>El gasto empobrecedor es cuando más allá del gasto catastrófico, se pierde patrimonio o activos de las familias por deudas para cubrir los servicios de salud, así como también cubrir gastos de transporte, espera y alimentación por tener un familiar enfermo.

protección financiera, sin embargo, los posibles problemas futuros será la procedencia de esos recursos y su constante disponibilidad.

### 3.5.2. Administración Estatal de Salud

Esta sección está dedicada a la gestión de las actividades realizadas por la Secretaría de Salud de Tabasco y también del Centro Estatal de Hemoterapia. Esta actividad es importante debido a que el presupuesto de la Secretaría es central y es ella la que realiza muchas de las compras que sirven de insumos a las otras unidades públicas, de la misma manera el pago de los salarios muchas veces es centralizado. En el cuadro 3.3 se encuentra la producción de dicha actividad, la cual fue la mayor en comparación con las otras actividades de salud, el consumo intermedio representó el 16 por ciento, mientras que el pago de sueldos y salarios fue el restante 84 por ciento. Ambos constituyen la producción del sector. Tal actividad en particular aporta el mayor porcentaje al Valor Agregado del Sector Salud correspondiente al 28 por ciento que ya se ha mencionado en apartados anteriores.

Cuadro 3.3: Producción Total de Administración Estatal

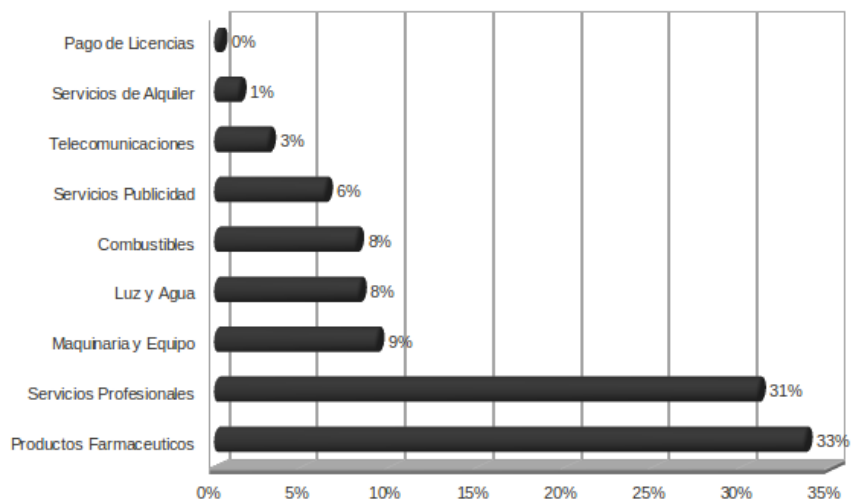
Producción Principal	2,041,088
Valor Agregado	1,710,767
Consumo Intermedio	330,320

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

La administración estatal de salud fue la segunda mayor compradora respecto de las otras actividades administrativas y la tercera mayor compradora del total del sector salud. Su insumo fundamental fueron los productos farmacéuticos con el 33 por ciento, sin embargo, también fue requerido en mayor proporción el pago a los servicios profe-

sionales con el 31 por ciento, en menor medida la compra de maquinaria y equipo fue del 9 por ciento y los insumos de combustibles y pago de electricidad y agua potable comparten el 8 por ciento. Otros con menor proporción fueron los servicios de publicidad y telecomunicaciones con el 6 y 3 por ciento respectivamente, mientras que el servicio de alquiler y el pago administrativo de licencias constituyeron el 1 por ciento o menos, lo cual es observable en la figura 3.6.

Figura 3.6: Utilización Intermedia de la Administración Estatal



Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

Según el SICUENTAS, el porcentaje de gasto que la Secretaría de Salud<sup>5</sup> realizó respecto del PIB Estatal<sup>6</sup> fue del 5.8 por ciento, dicho porcentaje está por arriba entidades como D.F., Nuevo León y Jalisco,<sup>7</sup> de hecho la entidad reportó el mayor gasto en salud a nivel nacional (SSA 2004c). Si se compara la situación de esta actividad como parte de la Cuenta Satélite, es decir, la producción de este sector con respecto del PIB estimado

<sup>5</sup>Incluye gasto corriente y gasto de inversión del criterio programático destinado indistintamente a servicios administrativos y de técnica médica.

<sup>6</sup>Estimado por el INEGI.

<sup>7</sup>Se compara el gasto de Tabasco con estas tres entidades debido a que poseen altos indicadores de desarrollo y crecimiento.

por la Matriz Insumo Producto de Tabasco,<sup>8</sup> el aporte fue tan sólo del 1.5 por ciento en gestión administrativo. En la relación de costos, la población usuaria de servicios de salud fue de 1,074,666 personas, con respecto a la producción, el costo por usuario fue de 1,899 pesos (SSA 2004a).

### **3.5.3. Administración de Seguridad Social Federal**

El presente apartado está dedicado a la gestión administrativa de las instituciones que proporcionan servicios de seguridad social en la entidad, tales como: el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y Petróleos Mexicanos. El IMSS venía operando en la entidad desde 1958, mientras que el ISSSTE lo hizo en 1961 (Lopez-Wade 2002).

En el cuadro 3.4 puede verse la producción total de esta actividad, así también el monto de valor agregado y consumo intermedio. De manera particular, la participación de cada de una de ellas en la producción y el consumo es mayor para la paraestatal Pemex con el 52 por ciento, mientras que el IMSS aportó el 40 por ciento y en menor proporción el ISSSTE con el restante 8 por ciento. En cuanto a la categoría administrativa, la producción de las tres instituciones respecto del total administrativo sólo representó el 1.44 por ciento.

Los requerimientos de insumos de las tres instituciones federales con representación en Tabasco se muestran en la figura 3.7. Es posible observar una compra del 44 por ciento a productos farmacéuticos, también se muestra el 17 por ciento al pago de suministro de luz y agua y del 16 por ciento a los servicios financieros de la banca. Otros insumos en el que incurren estas instituciones son: telecomunicaciones, servicios profesionales,

---

<sup>8</sup>La estimación del PIB estatal por la MIP Tabasco fue estimado 135,996,231 Miles de Pesos, que evidentemente no coincide con el PIB estimado por el INEGI, debido al criterio de Frontera de Producción.

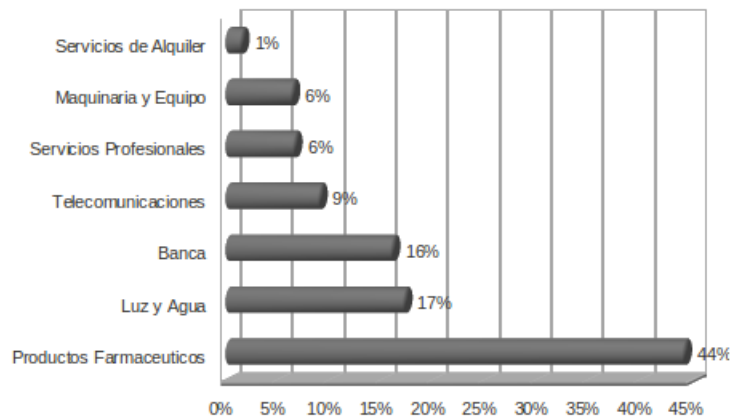
Cuadro 3.4: Producción Total de Seguridad Social Federal

Producción Principal	89,977
Valor Agregado	25,824
Consumo Intermedio	64,154

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

maquinaria y equipo y servicios de alquiler.

Figura 3.7: Utilización Intermedia de la Seguridad Social Federal



Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

En un comparativo nacional, los presupuestos ejercidos<sup>9</sup> de las instituciones de seguridad social, reportan que el gasto del IMSS es superior a las dos restantes instituciones. De hecho, la suma de las tres instituciones está a nivel nacional por arriba de entidades como Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Campeche, pero por debajo de Veracruz (SSA 2005). En base a lo anterior se puede inferir que una buena parte del presupuesto que recibió el IMSS lo destina a las actividades de técnica médica, por otra parte, un usuario dere-

<sup>9</sup>Incluyen Gasto Corriente y Gasto de Inversión indistintamente para administración y técnica médica.

chohabiente del IMSS costó administrativamente 2,322 pesos,<sup>10</sup> mientras que el costo administrativo de un usuario del ISSSTE fue de 1,407 pesos (SSA 2004a).

### 3.5.4. Administración de Seguridad Social Estatal

Aquí se presentan los datos relacionados con las transacciones llevadas a cabo por el Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET), que fue creado en 1980. Los datos se refieren a la parte operativa, es decir, administrativa, de dicha institución. En el cuadro 3.5 se presenta la producción reportada por esta entidad en cuanto a la gestión administrativa, también el monto del valor agregado y consumo intermedio.

Cuadro 3.5: Producción Total de Seguridad Social Estatal

Producción Principal	712,495
Valor Agregado	352,445
Consumo Intermedio	360,049

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

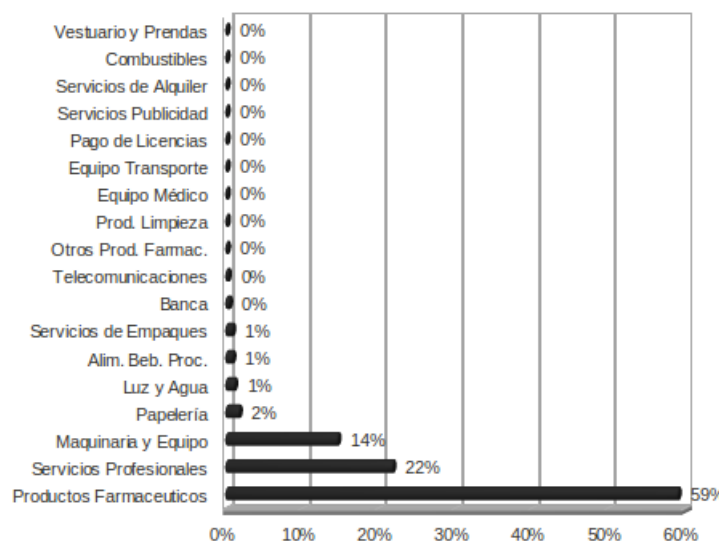
El consumo intermedio de la institución se presenta en la figura 3.8. Se nota que la mayor compra la destinaron a productos farmacéuticos con el 59 por ciento, a los servicios profesionales se les destinó el 22 por ciento, la maquinaria y equipo fue del 14 por ciento y los demás insumos se encuentran entre menos del uno y dos por ciento.

Finalmente, la población usuaria que demandó este servicio fue de 144,792 personas, equivalente al 79 por ciento de la población reportada como derechohabiente. En la relación de costos al ISSET le costó operativamente 4,920 pesos cada usuario, con

---

<sup>10</sup>En base al número de derechohabientes que en ese año fueron usuarios del servicio y a la producción total de esta institución dentro de la Cuenta Satélite.

Figura 3.8: Utilización Intermedia de la Seguridad Social Estatal

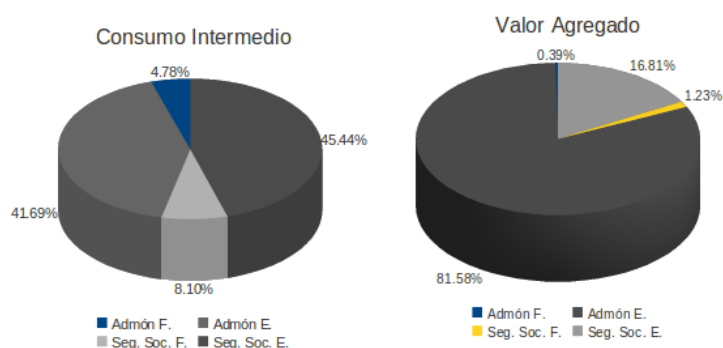


Fuente: Cuenta Satelite de Salud de Tabasco 2003

respecto de su producción, lo cual lo coloca en el primer lugar en costo por usuario entre los servicios administrativos de todas las instituciones.

Una vez que ya se han presentado los datos por cada gestor de servicios, se realiza un par de gráficos de pastel (figura 3.9) a fin de mostrar la participación de cada actividad en el Consumo Intermedio y en el Valor Agregado. El consumo intermedio es dominado por la seguridad social estatal en el 45 por ciento, seguido del consumo que hace la administración estatal con el 42 por ciento, el tercero en compras lo tiene la administración federal con 8 por ciento y finalmente las compras del Seguro Popular con el 5 por ciento. En cuanto al Valor Agregado, que son los sueldos y salarios del personal, es notable la hegemonía de la administración estatal con el 82 por ciento, seguido de la seguridad social estatal con el 17 por ciento, el 1 por ciento es para el Seguro Popular y menos del 1 por ciento es para la seguridad social federal.

Figura 3.9: Consumo Intermedio y Valor Agregado de Administración de Salud



Fuente: Cuenta Satelite de Salud de Tabasco 2003

## 3.6. Actividades de Servicios de Salud

Tal como pudo observarse en las anteriores presentaciones globales de las Cuentas, algunas de las actividades de salud fueron más importantes que otras, por lo que se presentaron los servicios de: hospitalización general, consulta general y laboratorios.

### 3.6.1. Hospitalización General

En este servicio se encuentran integrados los servicios ofertados por hospitales generales del sector público y hospitales generales del sector privado. En el caso de los servicios públicos incluye los hospitales de la Secretaría de Salud, los hospitales del IMSS, ISSSTE, ISSET y Petróleos Mexicanos.

La producción total generada por todas las instituciones se presenta en el cuadro 3.6. Dicha producción representa el 28 por ciento de todo el sector salud (incluida administración) y el 44 por ciento de los servicios de salud (técnica médica), en ambos casos es la actividad con mayor producción. En el mismo cuadro se ofrece información sobre consumo intermedio y valor agregado.

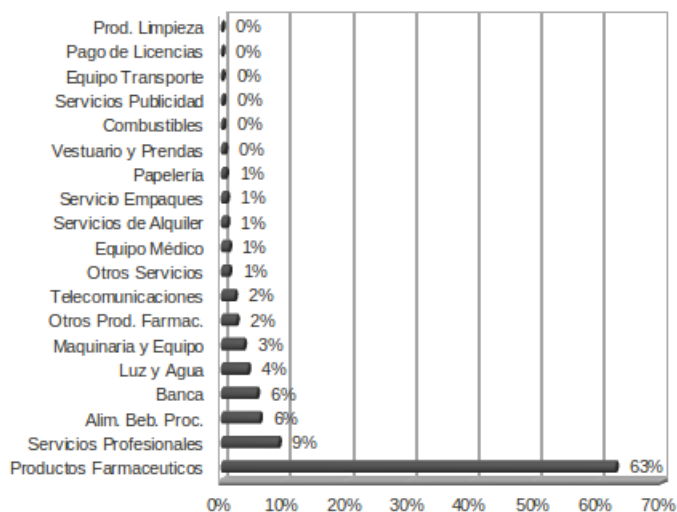
Cuadro 3.6: Producción Total del Hospital General

Consumo Intermedio	666,812
Valor Agregado	1,502,346
Producción Principal	2,164,672
Otra producción	9,192

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

La relación de insumos de esta actividad se encuentra en la figura 3.10. La mayor compra se destina a productos farmacéuticos con el 63 por ciento, en menor proporción se compra servicios profesionales con el 9 por ciento, con el 6 por ciento se compran alimentos y bebidas procesadas y se pagan servicios de banca por el mismo porcentaje, el pago de suministro de luz y agua es de 4 por ciento, otros insumos utilizados se ubican en menos del 1 y tres por ciento.

Figura 3.10: Insumos Intermedios de Hospitales Generales



Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

El desglose de los componentes del Valor Agregado favorece a sueldos y salarios que representan el 99 por ciento del valor, el otro 1 por ciento está repartido en excedente de explotación, otras contribuciones sociales y otros impuestos a la producción.

Finalmente, el consumo de este servicio fue destinado a los Hogares en 6 por ciento y el 94 por ciento fue para el Gobierno, sin embargo, esto sólo representó el 7 por ciento del total que los hogares gastaron en servicios de salud como sector y el 34 por ciento de los gastos que el Gobierno gastó en este sector, lo que confirma lo mencionado anteriormente, al ser el mayor productor de servicios de salud, es por tanto, el mayor gasto que el gobierno designó en servicios de salud (técnica médica).

### 3.6.2. Servicios de Consulta General

Los servicios de Consulta General integran los servicios proporcionados por las jurisdicciones de la Secretaría de Salud, asimismo los consultorios del IMSS, ISSSTE, ISSET y Petróleos Mexicanos en la parte pública. Por otra parte, abarca los servicios proporcionados por los consultorios generales del sector privado. Los datos sobre Consumo Intermedio, Valor Agregado y Producción están en el cuadro 3.7. Tal actividad es la cuarta mayor productora de todo el sector aportando el 16 por ciento, mientras que si se excluye la administración de salud, es la tercera productora con el 25 por ciento.

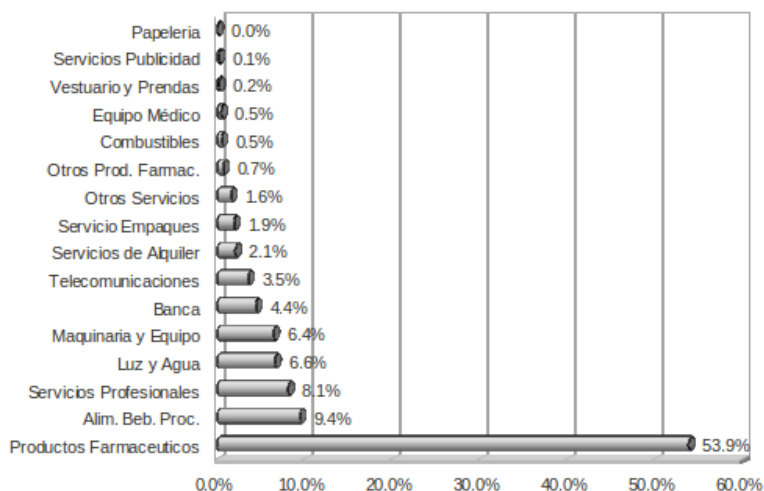
Cuadro 3.7: Producción Total de Consulta General

Consumo Intermedio	160,831
Valor Agregado	1,112,869
Producción Principal	1,270,739
Otra producción	2,960

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

La figura 3.11 muestra los insumos de esta actividad, haciendo notable que el 54 por ciento de las compras fueron de productos farmacéuticos, el 9 por ciento fueron compras de alimentos y bebidas procesadas y el 8 por ciento por contratación de servicios profesionales.

Figura 3.11: Insumos Intermedios de Consulta General



Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

La mayor parte del Valor Agregado es proporcionado por los sueldos y salarios del personal en un 96 por ciento, el 3 por ciento para excedente de explotación y el restante 1 por ciento entre contribuciones sociales e impuestos. En cuanto al consumo, el Gobierno absorbe el 16 por ciento de este servicio, ubicando dicha actividad como la cuarta mayor demanda que realiza el Gobierno, los hogares en cambio, absorben el 13 por ciento, siendo para estos últimos el segundo mayor servicio demandado.

### 3.6.3. Laboratorios y Bancos de Órganos

Las actividades que están involucradas con los laboratorios incluyen: laboratorios médicos y de diagnóstico pertenecientes al sector privado; laboratorios médicos y de diagnósti-

co pertenecientes a la Secretaría de Salud y al ISSET y servicios de bancos de órganos, de bancos de sangre y otros servicios auxiliares al tratamiento médico prestados por el sector público. En el cuadro 3.8 se muestran los datos sobre la Producción, Consumo Intermedio y Valor Agregado. En cuanto a la producción secundaria este tipo de actividades también ofrece servicios de hospitalización general y consultas especializadas. La producción de esta actividad es la tercera mayor en cuanto a servicios del sector salud en conjunto, mientras que en actividades de técnica médica su producción es la segunda mayor.

Cuadro 3.8: Producción Total de Laboratorios

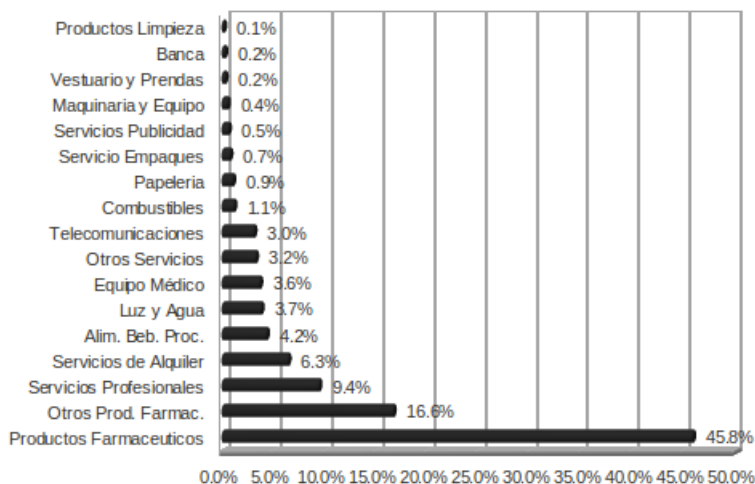
Consumo Intermedio	55,419
Valor Agregado	1,269,522
Producción Principal	1,276,418
Producción Secundaria	48,322
Otra producción	202

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

La lista de insumos que los laboratorios requieren muestra compras de productos farmacéuticos en un 46 por ciento, de otros productos farmacéuticos como son gasas, vendas, etcétera en 17 por ciento, lo cual demuestra que las compras de estos productos son fundamentales para este proceso productivo. Se pagaron servicios profesionales de personal médico en 9 por ciento y por servicios de alquiler de muebles e inmuebles del 6 por ciento, la figura 3.12 da mayor detalle de los restantes insumos.

En cuanto al Valor Agregado, la mayor parte proviene del Excedente de Explotación en 97 por ciento, el restante 3 por ciento de sueldos y salarios, en minoría existen otras aportaciones de contribuciones e impuestos. A diferencia de los anteriores servicios, se cambia el patrón de aporte al Valor Agregado, mostrando que el excedente de explotación es evidentemente de mayor valor. La demanda de los hogares en este servicio es

Figura 3.12: Insumos Intermedios de Laboratorios



Fuente: Cuenta Satelite de Salud de Tabasco 2003

de 65 por ciento, del total de gasto que realizan en servicios de salud, siendo la mayor demanda que realizan dichos hogares. El Gobierno, por su parte, sólo demandó el 3 por ciento.

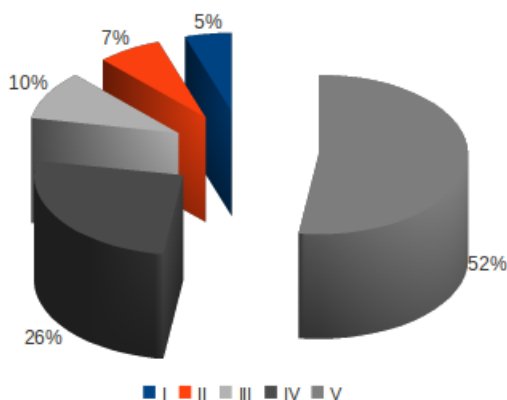
En la mayoría de los análisis realizados para salud se vincula el gasto en salud con el gasto realizado en los medicamentos, denominando gasto de bolsillo, lo cual tiene lógica, pues son compras necesarias para el restablecimiento de la salud, sin embargo en la Cuenta Satélite es posible aislar estos dos tipos de servicios.

De tal manera que dentro de la economía estatal, los hogares destinaron parte de su ingreso a servicios de salud únicamente en un 3 por ciento. Afortunadamente gracias al énfasis impuesto sobre incorporar los quintiles de ingreso a cada hogar, descrito en el capítulo segundo, es posible tener la distribución del gasto en servicios de salud por quintiles de ingreso. Si se desea apreciar la distribución por tipo de servicio y tipo de quintil debe consultarse el Apéndice C.7.

En la figura 3.13 se aprecia que la distribución del gasto de servicio de salud fue

para el quintil uno del 5 por ciento de su gasto, mientras que para el quintil más rico este gasto representó el 52 por ciento. Tanto en el quintil más pobre como el más rico, la mayor demanda se reportó en servicios de laboratorio.

Figura 3.13: Consumo de Salud por Quintiles



Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

Si consideramos los gastos que los hogares realizan tanto en servicios de salud como de medicamentos y seguros privados, es decir, el total del gasto privado, los servicios de salud representaron el 81.31 por ciento de este gasto. En un análisis realizado para el año 2002, Tabasco gastaba del total del gasto privado en salud el 51.86 por ciento en servicios de hospitalización y servicios ambulatorios. De hecho, la entidad se ubicó para ese año por arriba de Nuevo León,<sup>11</sup> Veracruz y Campeche con 51.05, 44.16 y 47.76 por ciento, respectivamente. Mientras que se mantuvo por debajo de entidades como Distrito Federal (57.65 %), Jalisco (59.85 %), Chiapas (58.26 %), Guerrero (55.76 %) y Oaxaca (65.51 %) (Sesma-Vázquez, Pérez-Rico, Martínez-Monroy & Lemus-Carmona 2005). Es evidente que la proporción de gasto en servicios de salud es más alto para la estimación

<sup>11</sup> Como se indicó anteriormente, se compara la entidad con las tres entidades más desarrolladas, pero también se hace con las tres entidades más rezagadas a nivel nacional y se agrega al análisis Veracruz y Campeche por vecindad y equivalente actividad petrolera.

de la Cuenta Satélite que la proporcionada en el 2002 con otro procedimiento.

## **3.7. Sectores Complementarios**

### **3.7.1. Medicamentos**

Aunque los medicamentos no fueron considerados dentro de la Cuenta Satélite como un sector propio del sector salud, sí se considera un sector complementario y por tanto se ha podido sustraer del sector manufacturero de la economía estatal a productos farmacéuticos como el insumo elemental del sector salud, este insumo representó el 54 por ciento (sumando otros productos farmacéuticos menores como gasas y sus complementos) de los costos de producción para todas las actividades de salud.

Es considerado un componente primordial del gasto de bolsillo de las familias, pues al no contar con los medicamentos gratuitos de las instituciones públicas, las familias destinan una parte importante de su ingreso al pago de medicinas (Leyva, Erviti, Kageyama & Arredondo 1998), el gasto de prescripción médica independientemente de quien lo recetó para el 2003 representó para la entidad el 18 por ciento del gasto privado en salud.

Por tanto, se analizara dicha industria desde la óptica de actividad industrial así como su utilización final en los hogares.

En la entidad, la actividad industrial no es predominante, en el caso de la industria farmacéutica fue posible identificar las empresas dedicadas a esta actividad, el cuadro 3.9 muestra los datos de producción, los componentes del valor agregado y el consumo intermedio.

A nivel de producto, la oferta total es abastecida en 1.61 por ciento por la industrial

Cuadro 3.9: Producción Total de Medicamentos

Excedente Exp.	14
Sueldos y Salarios	3,075
Contribuciones Soc.	731
Consumo Intermedio	6,436
Producción	10,256
Importación	626,619

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

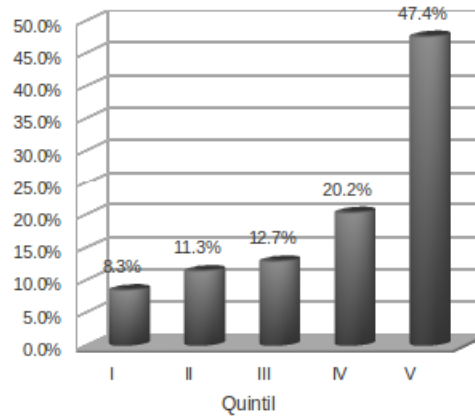
local, mientras que el restante 98.39 por ciento proviene de las importaciones de estos productos vía resto país o resto del mundo. En cuanto a su demanda, para las actividades que se identificaron en la Cuenta Satélite, representó una demanda intermedia del 54 por ciento como ya se ha establecido, y para los hogares fue utilizado en un 18.12 por ciento.

De la misma manera que se dispuso en el apartado de servicios de salud, es posible disponer de los gastos de medicamentos por quintil de ingreso. La figura 3.14 muestra el gasto en porcentaje que realizan los hogares en medicamentos,<sup>12</sup> el detalle por cada tipo de medicamento y quintil se encuentra en el Apéndice C.8. El gasto en medicina es mayor para quintiles más altos, de hecho el consumo del quintil cinco es 6 veces más que el consumo del quintil uno. Otra cuestión importante es que el quintil uno no gastó en medicamentos durante el embarazo ni durante el parto.

El gasto en medicamentos por parte de los hogares, independientemente de si éstos fueron o no recetados, es evidentemente menos de lo que se destina en servicios de salud. Considerando los datos que se analizaron para el 2002, la entidad para ese ejercicio realizó este gasto en medicinas en un 44.8 por ciento, esto lo colocaba por encima del D.F

<sup>12</sup>El gasto por quintil de medicamento según el gasto total en medicamentos.

Figura 3.14: Medicamentos por Quintil de Ingreso



Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

(27.3 %), Nuevo León (33.4 %), Jalisco(33.6 %), Chiapas (40.3 %), Guerrero (40.5 %) y Oaxaca (32.6 %). Mientras que se mantuvo por debajo de Veracruz (52.8 %) y Campeche (47.6 %) (Sesma-Vázquez et al. 2005). Un estudio reciente sobre la prescripción de medicamentos por diversas instituciones en el periodo de 1994-2000, mostró, a nivel nacional, que la mayor parte de las compras de medicamentos fueron prescritas por instituciones de servicio privado pasando del 70.4 por ciento en 1994 a 80.1 en el 2000 y 88.8 en el 2006, hecho que muestra un aumento constante en el sector privado y una reducción de las prescripciones realizadas por la Secretaría de Salud, aún con el funcionamiento ya en vigor en el 2006 del SPS (Wirtz, Russo & Kageyama-Escobar 2010).

De acuerdo a los análisis hechos en el ámbito de medición del gasto de bolsillo, las familias pobres gastan más en medicamentos y consulta ambulatoria y las familias ubicadas en los quintiles de mayor ingreso dedican más gasto en servicios de hospitalización (Knaul et al. 2007) y (Nigenda, Orozco & Olaiz 2004). Si nos enfocamos en los resultados de la Cuenta Satélite, efectivamente, la mayor parte del gasto de las familias es gasto de bolsillo, siendo la parte de seguros médicos y otros de menor cantidad.

En cuanto a si en este gasto de bolsillo se destina más a medicamentos y consultas, la figura 3.15 muestra el gasto por quintil que se destina a medicamentos, servicios de salud, seguro médico y otros, naturalmente el gasto en servicios de salud presentado no distingue entre consultas y hospitalización, pero este último dato corresponde al 7 por ciento del total que se destina a servicios de salud<sup>13</sup> y en todos los quintiles el porcentaje de servicios de hospitalización está en el rango del 6 y 9 por ciento y si al porcentaje presentando de consultas se le sumara el porcentaje de gasto en medicamentos, evidentemente sería superior al gasto en hospitalización.<sup>14</sup>

Sin embargo, todos los quintiles destinan mayor gasto en servicios médicos que en medicamentos como parte de sus gastos privados en salud. Pero si analizamos los quintiles, el gasto en servicios de salud es mayor para quintiles más ricos que para quintiles pobres, mientras que el gasto en medicamentos es mayor para el quintil uno que para el quintil cinco.

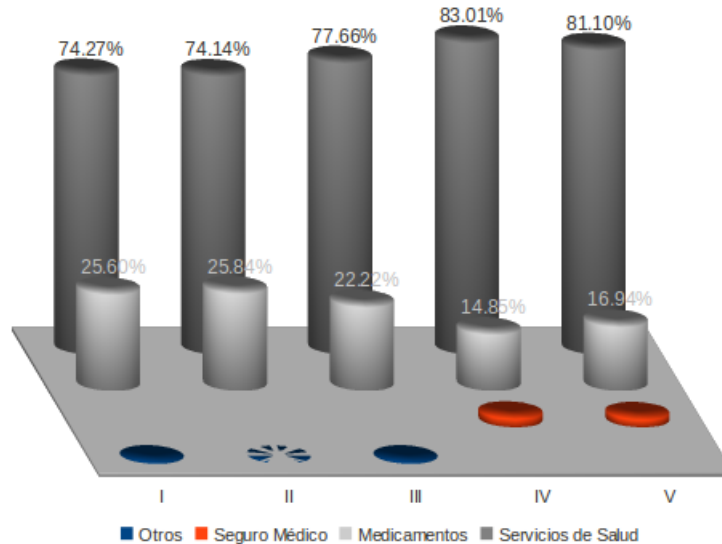
En resumen, los quintiles más altos gastan más en servicios de salud que los quintiles bajos, mientras que los quintiles más bajos gastan menos en medicinas que los quintiles altos, el servicio que tiene mayor demanda son los laboratorios, el quintil I no destina gasto a medicamentos durante el embarazo y el parto, el 69 por ciento de los medicamentos fueron comprados con receta médica, la mayor parte del gasto por tipo de medicamento está en medicinas no especificadas por los hogares.

---

<sup>13</sup>Dentro del gasto destinado a servicios de salud se aísla el gasto por hospitalización general y hospitalización especializada, correspondiendo este gasto al 7 %, los restantes montos se dedican a otros servicios de salud.

<sup>14</sup>El dato por quintil sería : Quintil I ( 92.50 %), quintil II (93.59 %), quintil III (90.43 %), quintil IV (90.83 %) y quintil V (91.40) en consulta más medicamentos.

Figura 3.15: Distribución por Tipo de Gasto y Quintil



Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

### 3.7.2. Seguros Médicos

Al igual que los medicamentos, los seguros médicos son complementarios a los servicios de salud, sin embargo, este último sólo es demandado por algunos quintiles de la población. En cuanto a su producción, los servicios de seguros médicos reportados para la entidad no coinciden con los datos reportados por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, por tanto, sólo se presentarán los datos provenientes de Censos Económicos como oferta y por el lado de la demanda la reportada por los hogares.

El nivel de producción de esta actividad se presenta en el cuadro 3.10, el excedente de explotación es del 70 por ciento del valor total del Valor Agregado, de hecho esta actividad demanda insumos intermedios en menor proporción.

En cuanto a la demanda de los hogares, como se ha dicho sólo algunos segmentos de la población tiene la capacidad monetaria de adquirirlos, el quintil IV demanda el

Cuadro 3.10: Producción Total de Seguros Médicos

Excedente Exp.	15,691
Sueldos y Salarios	6,110
Contribuciones Soc.	497
Consumo Intermedio	9,730
Producción	32,028

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

35 por ciento y el quintil V el restante 65 por ciento.<sup>15</sup>

### 3.8. Salud y el Resto de la Economía

En esta sección se presentarán comparativos entre los datos de la Cuenta Satélite respecto de la economía, el comparativo se hace en base a los datos arrojados por la Matriz Insumo Producto para Tabasco 2003.

La participación del Sector Salud en sus 16 actividades identificadas con respecto del Resto de la economía, aportó un total de 5.08 por ciento de la producción, en cuanto al Valor Agregado el aporte fue del 4.54 por ciento, la demanda intermedia representó el 1.94 por ciento.

La proporción del gasto del sector salud con respecto de todos los sectores de la economía, así como la proporción del gasto público en salud con respecto del gasto total público y la proporción del gasto privado en salud del total del gasto privado se muestran en la siguiente cuadro 3.11. El porcentaje de gasto del sector salud como proporción de la economía total es de tan sólo el 5.83 por ciento, incluyendo al gasto

<sup>15</sup>Los datos monetarios sobre dicho servicio se encuentra también en el Apéndice C.7.

administrativo. Del gasto público, el 29.31 por ciento es del sector salud y del gasto privado el 3.01 por ciento lo absorben los hogares.

Cuadro 3.11: Indicadores de Gasto

Gasto	Monto	Porcentaje
Gasto Público Salud	6,261,853	29.31 %
Gasto Público Restante	15,105,350	70.69 %
Gasto Público Total	21,367,202	100 %
Gasto Privado en Salud	1,663,445	3.01 %
Gasto Privado Restante	53,631,218	96.99 %
Gasto Privado Total	55,294,663	100 %
Gasto Total Salud	7,925,298	5.83 %
Gasto Total Resto Economía	128,070,932	94.17 %
Gasto Total Economía	135,996,231	100 %

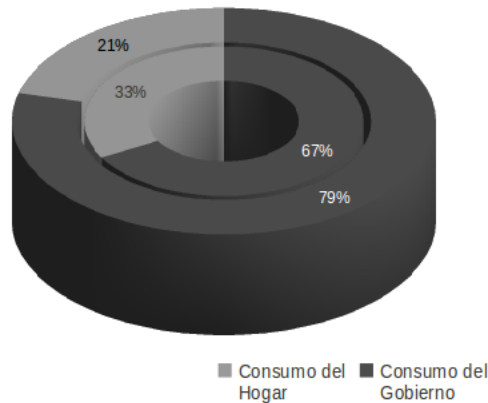
Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

La siguiente figura 3.15 muestra la proporción de gasto que realizan tanto Gobierno como Hogares en servicios de gestoría como de asistencia médica, el gráfico interno muestra el gasto de servicios únicamente de salud, el gráfico externo muestra el gasto incluyendo las actividades administrativas. En servicios de salud el Gobierno absorbe dos terceras partes de la producción reportada, es decir, el doble de lo que absorben los Hogares, si se le incluye la gestión de los servicios administrativos, el consumo es de tres cuartas partes (tres veces más que los hogares) de la producción total.

Al contar con los datos sobre gasto en medicamentos, el gasto del sector salud se eleva al 3.75 por ciento y asimismo dicho gasto en salud ahora se eleva al 6.10 por ciento con respecto al PIB Estatal.

La cuestión importante es si este gasto en salud que incluye ya los medicamentos

Figura 3.16: Proporción de Gasto para Salud



Fuente: Cuenta Satelite de Salud de Tabasco 2003

resulta ser gasto catastrófico (Knaul, Arreola-Orleans & Méndez 2005) y (Knaul et al. 2007), eso hace necesario comparar el sector salud con el resto de la economía en destino del gasto privado de los hogares. El gasto, como se ha dicho, es casi del 4 por ciento, lo que lo ubica por debajo de gasto como transporte (10.67%), actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler (22.45%) y otras industrias manufactureras (27.23%). Dichos bienes y servicios son superiores también al posible gasto que se pudiera destinar a la alimentación, considerando parte de los bienes de agricultura, pesca, comercio, restaurantes y hoteles y manufacturados<sup>16</sup> (Armenta et al. 2007).

### 3.9. Información no Monetaria

Finalmente, en esta sección se presentan los datos físicos sobre información demográfica de la población de Tabasco, asimismo sobre entidades con altos niveles de desarrollo como son: Distrito Federal, Nuevo León y Jalisco, de bajo desarrollo como: Chiapas,

<sup>16</sup>Debido a la agregación de la MIP Tabasco es imposible determinar qué bienes de alimentación se encuentran en la industria manufacturera por el momento.

Guerrero y Oaxaca. Asimismo, la información sobre estados que poseen vecindad con Tabasco y a la vez tienen la misma actividad productiva de extracción de petróleo: Veracruz y Campeche, información que ya ha sido utilizada en anteriores análisis de sectores.

La población del estado era del 2,021,046 personas para el año 2003, el 50.29 por ciento eran hombres y el 49.71 por ciento eran mujeres, la cobertura en seguridad social era del 33.8 por ciento, por debajo de estados como Distrito Federal, Nuevo León, Jalisco, Veracruz y Campeche, ligeramente encima de los niveles de cobertura de Chiapas, Guerrero y Oaxaca. Las unidades médicas para ejercer las actividades de salud fueron en total 2,069 entre hospitales, consultorios, centros, laboratorios, etcétera, tanto públicas como privadas. El personal ocupado en tales unidades y en todas las instituciones de la Cuenta Satélite fue de 9,094 personas. En el Apéndice C.9 están presentadas cuatro tablas donde pueden verse los detalles por población total, aseguramiento y no aseguramiento total, aseguramiento y no aseguramiento por tipo de instituciones, personal ocupado total y personal dependiente y no dependiente de la razón social.

# Conclusiones

Por muchos años, el Estado de Tabasco no había podido contar con una herramienta que en su interior pudiera, con un mismo criterio, unificar bienes o servicios de salud y además relacionar este sector con el resto de la economía. Pues si bien se contaba con información sobre las erogaciones públicas en materia de salud e información procedente de Ingreso y Gasto con representatividad en la entidad, ambas no habían sido comparables dada sus diferencias en los métodos de clasificación y agregación. El criterio utilizado en este trabajo tiene como base fundamental el Sistema de Cuentas Nacionales 1993, constituyéndose en la pauta para homologar los bienes y servicios de ambos sectores y permitirnos así arrojar resultados del comportamiento del sector salud en el Estado de Tabasco.

Dicho instrumento contiene una gran cantidad de datos que permite atemperar la necesidad de información y, desde luego, ofrecer la base de estadísticos monetarios y no monetarios que permita crear análisis e indicadores de gasto en servicios públicos y privados de salud en la entidad. Lo anterior implica que tal herramienta puede usarse como base para comparativos posteriores en trabajos analíticos de salud. Los resultados generales se resumirán a continuación.

El gasto en servicios de salud realizado por las autoridades gubernamentales fue cinco veces más que el gasto realizado por los hogares en el año base, lo cual en su mayoría fue sobre hospitalización general, mientras que el segundo gasto lo hizo en consultas

generales, el cual corresponde a las jurisdicciones municipales de salud. Finalmente, el tercer gasto más alto se hizo en laboratorios y banco de órganos, representando el 29.31 por ciento del gasto que el Gobierno General erogó en ese año en toda la economía.

Otro detalle importante es que el gasto que realizó el Gobierno General en el Estado por servicios administrativos fue más alto que el gasto que hizo para los servicios relacionados con la técnica médica. Dentro de cada subsector de la administración de salud se pudo observar la participación del Seguro Popular en la entidad, siendo este programa una de las herramientas de la última reforma en salud, cuyo objetivo ha sido equilibrar el financiamiento del gasto en salud. El SPS reportó 84,846 familias que le costaron a la administración operativa un total de 240 pesos por familia afiliada, se cree que esta afiliación ha crecido en los recientes años, por lo que el costo por familia es probable que disminuya, también se espera que beneficie el bolsillo de los hogares al dejar de consumir servicios de salud de índole privada, sobre todo para los hogares con menos recursos.

En términos del gasto de los hogares, éstos realizaron un gasto en servicios de salud del 21 por ciento del gasto total del sector salud, es decir como gasto privado. La mayor parte de los quintiles de hogares consumió servicios de laboratorios, seguido de servicios de hospitalización general y consultas generales. Estos servicios de salud representaron tan sólo el 3 por ciento del gasto privado. En la distribución de gastos por quintiles, el quintil más pobre gastó en el sector salud el 5 por ciento en servicios de salud, mientras que el quintil más rico gastó el 52 por ciento.

Se amplió el análisis a gastos en productos farmacéuticos, siendo este un insumo de las actividades en un 54 por ciento y para los hogares en un 18 por ciento, los quintiles más pobres registraron mayor gasto en medicamentos que los quintiles más ricos.

Al introducir la industria farmacéutica dentro del análisis de salud se encontró que este sector subió al 3.75 por ciento del gasto que los hogares realizan, mientras que

el sector salud en total proporcionó el 6 por ciento del PIB Estatal. Se mostró que pese a lo que indican algunos analistas de salud, el gasto en salud no llegó a términos catastróficos al compararle con otros gastos que los hogares realizaron.

Existen otros detalles de la Cuenta de Salud (como por ejemplo el sector de seguros médicos y los datos no monetarios) que permitieron realizar muchas comparaciones. Por ejemplo, hemos podido deducir que la entidad se ubica por debajo de las entidades más fuertes, mientras que en otros casos sus indicadores de gasto en salud lo ubican por arriba de entidades como Chiapas, Guerrero y Oaxaca. En algunos pocos casos Tabasco superó a entidades como Veracruz y Campeche, aunque estos indicadores provienen de otro tipo de herramientas.

Para finalizar, es conveniente mencionar las limitaciones que enfrentó esta investigación. La primera de ellas consiste en las actividades que no se pudieron integrar, como la información sobre Instituciones Sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares que tengan por función proporcionar servicios de salud gratuita a los hogares, así como el caso muy particular de la Cruz Roja Delegación Tabasco y de otras instituciones menores.

La segunda limitación fue la clasificación programática de las instituciones gubernamentales. Si bien en su mayoría están hechas para satisfacer sus propias necesidades, en algunas ocasiones se limitó a capítulos del gasto y en otras ocasiones sí se contaba con las partidas presupuestarias pero éstas no eran claras para nuestro propósito. De la misma manera se encontraron limitantes en cuanto a la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática pues los datos correspondientes a Censos Económicos por código de preguntas en su mayoría eran generales, lo cual no permitió identificar qué tipos de insumos farmacéuticos eran los que las unidades necesitaban, asimismo la Encuesta de Ingreso Gasto cuenta con una clasificación diferente en cuanto a bienes y servicios que contradice el criterio de usar clasificadores homologados para dicha institución.

Finalmente, sólo cabe decir que el tema de la salud es un tema por sí mismo extenso e importante, pues la salud constituye un gasto para las familias en tiempo presente, pero una inversión a largo plazo que debe cuidarse y que la disminución o carencia de enfermedad no es una señal que impida la elaboración de políticas públicas de equidad y calidad para los ciudadanos.

# Bibliografía

- Armenta, A. et al. (2007), *Modelo de Insumo Producto (Integración de la matriz insumo-producto)*, UJAT, México.
- Arredondo, A., Parada, I. & Cuevas, M. (2003), ‘Destino final y mecanismo de asignación de recursos financieros a partir de la descentralización de la salud en México’, *Salud en Tabasco* **9**(001), 155–165.
- Avila, L., Cahuana, L. et al. (n.d.), *El sistema de Cuentas en Salud: Desarrollo, Avances y Retos*.
- Berman, P. (1996), ‘Cuentas nacionales en países en desarrollo’.
- DANE (2008), *Anexo metodológico de la cuenta intermedia de salud*, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Colombia.
- Frenk, J. & Sepúlveda, J. (2003), ‘Evidence-based health policy: Three generations of reform in Mexico’, *The Lancet* **362**(15), 1667–71.
- Frigolett, H. (2005), *Cuentas de producción y análisis de Insumo-Producto*, CEPAL-Documentos de Proyectos.
- García-Rodríguez, J. & Tejero-Vera, A. (2003), ‘Programa del seguro popular de salud en México. un análisis económico’, *Salud en Tabasco* **9**(001), 178–187.
- Gómez, M. (2005), *Breve Historia de las Doctrinas Económicas*, Esfinge.

- Hernández, B., y Teran, J. M., Santos, H. & Martínez, L. (2005), 'Evaluación económica del seguro popular de salud en tabasco', *Salud en Tabasco* **11**(1-2), 320–326.
- IBGE (2008), *Economia da Saúde*, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- INEC (2006), *Cuentas Satélite de los Servicios de Salud de Ecuador 2003-2005*, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ecuador.
- INEGI (2003), *Historia del Sistema de Cuentas Nacionales de México 1938-2000*, INEGI, México.
- INEGI (2004), *Cuenta Satélite de Turismo de México 1998-2003*, INEGI, México.
- INEGI (2005), *Metodología de Censos Económicos 2004*, INEGI, México.
- Karataev et al. (1964), *Historia de las doctrina económicas*, Vol. I, Grijalbo.
- Knaul, F., Arreola, H. et al. (2003), 'El sistema de protección social en salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares', *Caleidoscopio de la Salud* **20**, 275–291.
- Knaul, F., Arreola-Orleans, H., Méndez-Carniado, O. et al. (2007), 'Las evidencias benefician al sistema de salud: Reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México', *Salud Pública de México* **49**(Suplemento 1), 70–87.
- Knaul, F., Arreola-Orleans, H. & Méndez, O. (2005), 'Protección financiera en salud: 1992-2004', *Salud Pública de México* **47**(6), 430–439.
- Knaul, F., Arreola-Orleans, H., Méndez, O. & Martínez, A. (2005), 'Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: Impacto del seguro popular de salud en México', *Salud Pública de México* **47**(Suplemento 1), s54–s65.
- Leontief, W. (1936), 'Quantitative input and output relations in the economic systems of united states', *The Review of Economics and Statistics* **18**(3), 105–125.

- Leontief, W. (1985), *Input-Output Economics*, Oxford University Press.
- Leyva, R., Erviti, J., Kageyama, M. & Arredondo, A. (1998), 'Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México', *Salud Pública de México* **40**(1).
- Lomelí, L. (2010), 'Los sistemas públicos de salud en México: necesidad social y viabilidad económica de transitar de la segmentación a la cobertura universal', *Seguridad Social* **259**, 39–49.
- Lopez-Wade, A. (2002), 'Síntesis histórica de los servicios de salud en el estado de Tabasco. parte 3', *Salud en Tabasco* **8**(002).
- Mariña, A. (1993), *Insumo-Producto: Aplicaciones básicas al análisis económico estructural*, UAM.
- Marx, C. (1999), *El capital*, 3ra edn, Fondo de Cultura Económica.
- Merino, G. (2003), 'Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo', *Caleidoscopio de la Salud* **14**, 195–207.
- MINSA (2008), *Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2005*, Ministerio de Salud Perú.
- MINSAL (2009), *Cuenta Satélite de Salud de Chile 2003-2007*, Ministerio de Salud, Santiago de Chile.
- Nigenda, G., Orozco, E. & Olaiz, G. (2004), 'La importancia de los medicamentos en la operación del seguro popular', *Caleidoscopio de la Salud* **19**, 263–273.
- ONU (2000), *Manual sobre la compilación y el análisis de los cuadros de insumo-producto*, Naciones Unidas.
- ONU, F. O. C. (1993), *Sistema de Cuentas Nacionales 1993*.

- OPS (2005), *Manual de Cuentas Satélite de Salud: Propuesta*, Organización Panamericana para la Salud.
- OPS (2006), *Análisis del Sector Salud*, edición especial no. 9 edn, Washintong DC.
- Raa, T. (2004), *Structural Economics*, Routledge.
- Seruzier, M. (2003), *Medir la economía de los países (según el sistema de Cuentas Nacionales)*, Cepal-Alfaomega.
- Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R., Martínez-Monroy, T. & Lemus-Carmona, E. (2005), 'Gasto privado en salud por entidad federativa en México', *Salud Pública de México* **47**(Suplemento 1).
- SNIS (2003), *Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud en México - SICUENTAS*, Secretaría de Salud, México.
- SSA (2004a), *Boletín de Información 2003.*, Secretaría de Salud, México.
- SSA (2004b), *Salud: México 2003. Tabasco*, Secretaría de Salud, México D.F.
- SSA (2004c), *Situación de Salud en México 2003: Indicadores Básicos.*
- SSA (2005), 'Estadísticas de recursos financieros públicos para la salud en México, 2003', *Salud Pública de México* **47**(1).
- Vazquez, V., Merino, M. & R., L. (2006), *Las Cuentas en Salud de México 2001-2005*, Secretaría de Salud, México D.F.
- Wirtz, V., Russo, G. & Kageyama-Escobar, M. (2010), 'Access to medicines by ambulatory health services user in Mexico: an analysis of the national health surveys 1994 to 2006', *Salud Pública de México* **52**(1).

# Apéndice A

## A.1. Cuenta Satélite de Turismo 2004

Cuadro de Oferta y Utilización de Turismo 2004 (Pesos)

Bienes y servicios	Oferta	PB pp	Import. CIF	Margen de Com y Dist.	Utilización	Formas de Turismo	Exportaciones FOB
Total Bs y Ss.	946,957,344	779,095,037	91,140,932	76,721,375	946,957,344	946,904,868	52,476
Bs y Ss característicos	568,544,477	512,724,088	12,229,336	43,591,053	568,544,477	568,534,426	10,051
Bienes	123,552,310	79,870,529	90,728	43,591,053	123,552,310	123,542,259	10,051
Artesanías	12,1045,529	78,521,444		42,524,085	121,045,529	121,045,529	
Ropa de playa, trajes de baño y otros	1,634,099	859,497	90,728	683874	1634099	1,624,048	10,051
Maletas	872,682	489,588		383,094	872,682	872,682	
Servicios	444,992,167	432,853,559		12,138,608	444,992,167	444,992,167	
Alojamiento	14,0575,553	140,575,553			140,575,553	140,575,553	
Transporte	281,232,585	269,093,977	12,138,608		281,232,585	281,232,585	
Agencias de viajes y operado- res de tours	23,184,029	23,184,029			23,184,029	23,184,029	
Bs y Ss no característicos	299,837,454	266,370,949	336,183	33,130,322	299,837,454	299,795,029	42,425
Bienes	96,588,652	63,122,147	336,183	33,130,322	96,588,652	96,546,227	42,425
Alimentos y bebidas	73265038	49,087,425		24,177,613	73,265,038	73,265,038	
Ropa y calzado	9,886,735	5,599,394		4,287,341	9,886,735	9,886,735	
Periódicos, revistas y libros	1,219,880	842,429		377,451	1,219,880	1,219,880	
Productos farmacéuticos y de aseo personal	5,638,998	3,667,840		1,971,158	5,638,998	5,638,998	
Películas para fotografía y otros	4,432,519	2,829,383	14,725	1,588,411	4,432,519	4,431,580	939
Otros	2,145,482	1,095,676	321,458	728,348	2,145,482	2,103,996	41,486
Servicios	18,943,8227	189,438,227			189,438,227	189,438,227	
Restaurantes y bares	136,874,284			13,6874,284	136,874,284	136,874,284	
Transporte	18,978,554	18,978,554			18,978,554	18,978,554	
Recreación	14,970,026	14,970,026			14,970,026	14,970,026	
Otros servicios	18,615,363	18,615,363			18,615,363	18,615,363	
Otros bienes y servicios n.c.p	13,810,575	13,810,575			3,810,575	13,810,575	
Compras directas de residentes	78,575,413		78,575,413		78,575,413	78,575,413	

Fuente: Cuenta Satélite de Turismo 2004. INEGI

# Apéndice B

## B.1. Clasificador de Agentes

Agente	Descripción
S1100000	Sociedades no financieras
S1100100	Sociedades no financieras públicas
S1100200	Sociedades no financieras privadas nacionales
S1100300	Sociedades no financieras de control extranjero
S1200000	Sociedades financieras
S1210100	Banco y otras sociedades financieras
S1210200	Sociedades operadoras de sociedades de inversión
S1210300	Monte de piedad
S1210400	Uniones de crédito
S1220000	Empresas de seguros y fondos de pensiones
S1220100	Seguros
S1220200	Fianzas
S1300000	Gobierno General
S1311000	Gobierno Federal
S1312000	Organismos Descentralizados
S1320000	Gobierno Estatal
S1330000	Gobiernos Municipales
S1400000	Hogares
S1500000	Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLH)
S2000000	Sector Externo
S2100000	Resto del mundo
S2200000	Resto del país

Fuente: Elaboración propia

## B.2. Relaciones entre Cuentas y Transacciones

Cuentas	Transacciones	Tipo de Registro
Cuenta de Producción	Producción Bruta	H
	Consumo Intermedio	D
Cuenta de Generación del Ingreso	Remuneraciones	D
	Impuestos a la Producción	D
	Excedente Neto de Explotación	D
	Depreciación	D
Cuenta de Utilización del Ingreso	Gto. Consumo Final Individual	D
	Gto. Consumo Final Colectivo	D
Cuenta de Capital	Formación Bruta de Capital Fijo	D
	Acumulación de Existencias	D
Cuenta de Bienes y Servicios con el Exterior	Exportaciones	D
	Importaciones	H

Fuente: Elaboración propia

### B.3. Clasificador de Cuentas

Categoría	División	Grupo	Descripción	Cod-cuenta
1	0	0	Producción	100
2	0	0	Distribución y Utilización del Ingreso	200
2	1	0	Distribución Primaria del Ingreso	210
2	1	1	Generación del Ingreso	211
2	4	0	Utilización del Ingreso	240
2	4	1	Utilización del Ingreso Disponible	241
3	0	0	Acumulación	300
3	1	0	Capital	310
4	0	0	Bienes y Servicios con el Exterior	400

Fuente: Elaboración propia

## B.4. Clasificador de Transacciones

Cat.	Div.	Gpo.	Clase	Descrip.	Cod-trans	Trans-Fam
P	1	0	0	Producción	P100	P1
P	1	0	1	Producción vendida	P101	P1
P	1	0	2	Variación de Existencias de Productos en Proceso	P102	P1
P	1	0	3	Variación de Existencias de Productos Terminados	P103	P1
P	2	0	0	Consumo Intermedio	P200	P2
P	2	0	1	Insumos comprados	P201	P2
P	2	0	2	Variación de Existencias de Insumos	P202	P2
P	3	0	0	Gasto de Consumo Final	P300	P300
P	3	1	0	Gasto de Consumo Final Individual	P310	P310
P	3	2	0	Gasto de Consumo Final Colectivo	P320	P320
P	5	0	0	Formación Bruta de Capital	P500	P500
P	5	1	0	Formación Bruta de Capital Fijo	P510	P510
P	5	1	1	Adquisición Neta de Activos Fijos Tangibles	P511	P511
P	5	1	2	Adquisición Neta de Activos Fijos Intangibles	P512	P512
P	5	1	3	Adiciones al Valor Activos Financieros No Producidos	P513	P513
P	5	2	0	Variaciones de Existencias	P520	P520
P	5	3	0	Adquisiciones Netas de Objetos Valiosos	P530	P530
P	6	0	0	Exportaciones de Bienes y Servicios	P600	P600
P	6	0	1	Exportaciones de Bienes y Servicios al RM	P601	P601
P	6	0	2	Exportaciones de Bienes y Servicios al RP	P602	P602
P	7	0	0	Importaciones de Bienes y Servicios	P700	P700
P	7	0	1	Importaciones de Bienes y Servicios del RM	P701	P701
P	7	0	2	Importaciones de Bienes y Servicios del RP	P702	P702
B	1	0	0	Valor Agregado Bruto	B100	B100
B	2	0	0	Excedente Bruto de Explotación	B200	B200
B	2	1	0	Excedente Neto de Explotación	B210	B200

Continúa...

Continúa...

Cat.	Div.	Gpo.	Clase	Descrip.	Cod-trans	Trans-Fam
B	3	0	0	Ingreso Mixto	B300	B300
C	1	0	0	Margen de Comercio Sobre Productos	C100	C100
C	1	0	1	Margen de Comercio sobre productos asociados a Consumo hogares	C101	C100
C	1	0	2	Margen de Comercio sobre productos asociado a Exportaciones	C102	C100
C	1	0	3	Margen de Comercio sobre productos asociado a CI sectores	C103	C100
C	1	0	4	Margen de Comercios sobre productos asociados a la FBCF	C104	C100
C	1	0	5	Margen de Comercio del Sector Comercio	C105	C100
D	1	0	0	Remuneración de Asalariados	D100	D100
D	1	1	0	Sueldos y Salarios	D110	D100
D	1	2	0	Contribuciones Sociales de Empleadores	D120	D100
D	2	0	0	Impuestos sobre la producción e importaciones	D200	D200
D	2	1	0	Impuestos sobre productos	D210	D210
D	2	1	1	IVA y específicos asociados al consumo hogares	D211	D210
D	2	1	2	IVA y específicos asociados a FBCF	D212	D210
D	2	1	3	IVA y específicos asociados al CI sectores exentos	D213	D210
D	2	1	9	Derechos e Impuestos sobre Importaciones diferentes del IVA	D219	D219
D	2	9	0	Otros Impuestos sobre la producción	D290	D290
D	3	0	0	Subvenciones	D300	D300
D	3	1	0	Subvenciones a los productos	D310	D310
D	3	9	0	Otras subvenciones a la producción	D390	D390
K	1	0	0	Depreciación	B200	K100

Fuente: Elaboración propia

## B.5. Validaciones de cuentas-transacciones

Cod-Cuenta	Descripción	Cod-Trans	Descripción
100	Producción	P100	Producción
		P200	Consumo Intermedio
211	Generación del Ingreso	B200	Excedente de Explotación
		D100	Remuneraciones de Asalariados
		D200	Imp. sobre producción e importaciones
		D300	Subvenciones
		K100	Depreciación
240	Utilización del Ingreso	P310	Gasto de consumo final Individual
		P320	Gasto de consumo final Colectivo
310	Capital	P510	Formación Bruta de Capital Fijo
400	Bs.y Ss. al Exterior	P601	Exportaciones Resto Mundo
		P602	Exportaciones Resto País
		P701	Importaciones Resto Mundo
		P702	Importaciones Resto País

Fuente: Elaboración propia

## B.6. Clasificación por Partida Presupuestaria

Partida	Cod Cta	Cod Trans	T Trans	Cod Val	T Reg	Institución
2029	100	P200	T110	V130	D	IMSS
2101	100	P200	T110	V130	D	ISSET
2102	100	P200	T110	V130	D	ISSET, PSP
2103	100	P200	T110	V130	D	ISSET
2104	100	P200	T110	V130	D	ISSET
2105	100	P200	T110	V130	D	ISSET
2105	100	P200	T110	V130	D	PSP
2106	100	P200	T110	V130	D	ISSET
2106	100	P200	T110	V130	D	PSP
2107	100	P200	T110	V130	D	ISSET
2202	100	P200	T110	V130	D	ISSET
2202	100	P200	T110	V130	D	PSP
2203	100	P200	T110	V130	D	ISSET
2204	100	P200	T110	V130	D	PSP
2301	100	P200	T110	V130	D	PSP
2301	100	P200	T110	V130	D	ISSET
2302	100	P200	T110	V130	D	PSP
2302	211	D110	T110	V130	D	ISSET
2303	211	D110	T110	V130	D	ISSET
2401	100	P200	T110	V130	D	ISSET
2401	100	P200	T110	V130	D	PSP
2402	100	P200	T110	V130	D	PSP
2402	100	P200	T110	V130	D	ISSET
2403	100	P200	T110	V130	D	ISSET
2403	100	P200	T110	V130	D	PSP
2404	100	P200	T110	V130	D	PSP
2501	100	P200	T110	V130	D	ISSET
2502	100	P200	T110	V130	D	PSP
2502	100	P200	T110	V130	D	ISSET
2504	100	P200	T110	V130	D	PSP
2505	100	P200	T110	V130	D	PSP
2506	100	P200	T110	V130	D	PSP
2602	100	P200	T110	V130	D	PSP
2602	100	P200	T110	V130	D	ISSET
2701	211	D110	T110	V130	D	PSP
2704	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3031	100	P200	T110	V130	D	IMSS, ISSSTE, PEMEX
3032	100	P200	T110	V130	D	IMSS, ISSSTE, PEMEX
3033	100	P200	T110	V130	D	IMSS, PEMEX

Continua...

Continua...

Partida	Cod Cta	Cod Trans	T Trans	Cod Val	T Reg	Institución
3034	100	P200	T110	V130	D	IMSS, ISSSTE, PEMEX
3035	100	P200	T110	V130	D	IMSS, ISSSTE, PEMEX
3036	100	P200	T110	V130	D	IMSS, ISSSTE, PEMEX
3037	100	P200	T110	V130	D	IMSS
3038	100	P200	T110	V130	D	IMSS
3039	100	P200	T110	V130	D	IMSS
3101	100	P200	T110	V130	D	ISSET, PSP
3102	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3103	100	P200	T110	V130	D	ISSET, PSP
3104	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3105	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3106	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3107	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3203	100	P200	T110	V130	D	PSP
3203	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3203	100	P200	T110	V130	D	PSP
3301	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3302	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3303	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3305	100	P200	T110	V130	D	PSP
3401	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3402	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3403	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3404	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3405	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3406	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3407	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3414	100	P200	T110	V130	D	PSP
3501	100	P200	T110	V130	D	PSP
3501	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3502	100	P200	T110	V130	D	PSP
3502	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3503	100	P200	T110	V130	D	PSP
3503	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3504	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3505	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3506	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3507	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3508	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3509	100	P200	T110	V130	D	ISSET

Continua...

Continua...

Partida	Cod Cta	Cod Trans	T Trans	Cod Val	T Reg	Institución
3510	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3601	100	P200	T110	V130	D	PSP
3602	100	P200	T110	V130	D	PSP
3603	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3603	100	P200	T110	V130	D	PSP
3605	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3701	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3701	100	P200	T110	V130	D	PSP
3702	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3703	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3704	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3705	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3706	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3707	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3708	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3709	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3710	100	P200	T110	V130	D	ISSET
3808	100	P200	T110	V130	D	PSP
3811	100	P200	T110	V130	D	PSP
3814	100	P200	T110	V130	D	PSP
3817	100	P200	T110	V130	D	PSP
4203	100	P200	T110	V130	D	ISSET
4702	100	P200	T110	V130	D	ISSET
4703	100	P200	T110	V130	D	ISSET
4704	100	P200	T110	V130	D	ISSET
4705	100	P200	T110	V130	D	ISSET
4706	100	P200	T110	V130	D	ISSET
4707	100	P200	T110	V130	D	ISSET
4708	100	P200	T110	V130	D	ISSET
4709	100	P200	T110	V130	D	ISSET
4710	100	P200	T110	V130	D	ISSET
4711	100	P200	T110	V130	D	ISSET
4712	100	P200	T110	V130	D	ISSET
4713	100	P200	T110	V130	D	ISSET
5051	310	P510	T110	V130	D	IMSS, ISSSTE
5052	310	P510	T110	V130	D	IMSS, ISSSTE, PEMEX
5053	310	P510	T110	V130	D	IMSS, ISSSTE
5054	310	P510	T110	V130	D	IMSS, PEMEX
5055	310	P510	T110	V130	D	IMSS
5101	310	P510	T110	V130	D	PSP

Continua...

Continúa...

Partida	Cod Cta	Cod Trans	T Trans	Cod Val	T Reg	Institución
5102	310	P510	T110	V130	D	PSP
5205	310	P510	T110	V130	D	PSP
5206	310	P510	T110	V130	D	PSP
5304	310	P510	T110	V130	D	PSP
5401	310	P510	T110	V130	D	PSP
5402	310	P510	T110	V130	D	PSP
5501	310	P510	T110	V130	D	ISSET
5502	310	P510	T110	V130	D	ISSET
5905	310	P510	T110	V130	D	PSP
6000	310	P510	T110	V130	D	ISSET
6061	310	P510	T110	V130	D	ISSSTE, IMSS, PEMEX
6101	310	P510	T110	V130	D	ISSET
6102	310	P510	T110	V130	D	ISSET
6108	100	P200	T110	V130	D	PSP
6201	310	P510	T110	V130	D	ISSET
6303	310	P510	T110	V130	D	ISSET
6305	310	P510	T110	V130	D	ISSET
6306	310	P510	T110	V130	D	ISSET
6307	310	P510	T110	V130	D	ISSET
6310	310	P510	T110	V130	D	ISSET
6402	310	P510	T110	V130	D	ISSET
6403	310	P510	T110	V130	D	ISSET
6405	310	P510	T110	V130	D	ISSET
8101	211	D110	T110	V130	D	ISSET
8102	211	D110	T110	V130	D	ISSET
8103	211	D110	T110	V130	D	ISSET
8104	211	D110	T110	V130	D	ISSET
8105	211	D110	T110	V130	D	ISSET
8107	211	D110	T110	V130	D	ISSET
8108	211	D110	T110	V130	D	ISSET
8109	211	D110	T110	V130	D	ISSET
8110	211	D110	T110	V130	D	ISSET

Fuente: Elaboración propia

## B.7. Descripción de los campos de la base de Salud Pública

Campos	Descripción de campos
Fuente	Agente emisor de la información
Responsable	Persona que realizó el tratamiento de la base
Tip-Pob	Derechohabiente o no derechohabiente
Desc-Inst	Nombre de cada institución
Fte-Rec	Federal, Estatal, ambos
Desc-Tipol	Hospitales, consultorios, laboratorios,
Sub-Tipol	Centros administrativos o centros de atención a la salud
Num-Unidad	Número de cada unidad (hospital, consultorio, etc.)
Desc-Unidad	Nombre de cada unidad (hospital, consultorio, etc.)
Desc-Proy	Proyectos según presupuestación
Num-Cap	Numeración de capítulos
Desc-Cap	Nombre de los capítulos
Num-Cta	Numeración de las partida
Desc-Cta	Nombre de las partida
CAE	Clasificador de Actividad Económica
CUP	Clasificador único de productos
Cod-Cuenta	Producción, Ingreso secundario, Capital
Cod-Trans	Producción, consumo intermedio, valor agregado
T-Trans	De mercado
Cod-Val	Precios básicos, productor o comprador
T-Reg	Debe, Haber
Dato	Monto ejercido en pesos

Fuente: Elaboración propia

## B.8. Descripción de la base de transición de Salud

Campos	Descripción
Fuente	Agente emisor de la información
Responsable	Persona que realizó el tratamiento de la base
Rango	AA,AB,AC,AD,AE,AF,AG,AH,AI, AK
Cod-CAE	Actividad económica: Salud
Cod-Preg	Código de las preguntas de los formularios
Cod-Cuenta	Código del Clasificador de Transacciones
Cod-Trans	Precios básicos, productor o comprador
Tipo-Reg	Debe, Haber
Cod-CUP	Código según el Clasificador de Producto
Cod-Val	Precios básicos, productor o comprador
Tipo-Trans	De mercado (T110)
Origen	Nacional o Extranjero
Dato	Dato en miles de pesos
Tipo-Dato	Procedencia de los datos
Tipo-Ajuste	Numeración de los ajustes
UMO	Pesos, Miles de pesos, Millones de pesos

Fuente: Elaboración propia

## B.9. Descripción de la base de transición de Hogares

Campos	Descripción
Fuente	EIGHT
Responsable	Persona que realizó el tratamiento de la base
Rango	Quintiles de ingreso
Cod-CAE	No Corresponde
Cod-Preg	Código reportado en la encuesta
Cod-Cuenta	241
Cod-Trans	P310
Tipo-Reg	Debe
Cod-CUP	Código según el Clasificador de Producto
Cod-Val	V130
Tipo-Trans	De mercado (T110)
Origen	Nacional o Extranjero
Dato	Dato en pesos
Tipo-Dato	Dato histórico
Tipo-Ajuste	Numeración de los ajustes
UMO	Pesos

Fuente: Elaboración propia

## B.10. Descripción de Productos Consumidos

## B.11. Equilibrio por Actividad

Producto	Descripción del producto
ABP	Agua, refrescos y bebidas refrescantes
PF	Productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y productos botánicos
OPF	Otros productos o artículos farmacéuticos para usos médicos o quirúrgicos: Algodón, gasas, vendas, etc.
Comb.	Gasolina para motores: Gasolina Magna, Premium
MyE	Maquinaria y del equipo para la producción
Pap	Papel carbón, papel de autocopia y otros papeles para copiar o reportar
PL	Jabones y detergentes, preparados para limpiar y pulir
VyP.	Servicios de Manufactura de prendas de vestir
ET	Equipo de Transporte
EM	Otros instrumentos y aparatos utilizados en medicina, cirugía o veterinaria (incluso jeringuillas, agujas, catéteres, cánulas, instrumentos y aparatos de oftalmología y aparatos electromédicos)
LyA	Electricidad y Suministro de Agua Potable
Const.	Construcción y Servicios de Construcción
Rest.	Servicio de Suministro de Comidas
T	Telecomunicaciones: Servicio Postal, telefonía, internet
B	Banca e Intermediación Bancaria
SA	Alquiler y servicios de administración de bienes inmuebles y bienes muebles
SP	Servicios de suministro de personal médico
Spub.	Servicios de planificación, creación y colocación de publicidad
S.Emp.	Servicios de empaquetado
OS	Otros Servicios
Plic	Pago de Licencias

Fuente: Elaboración propia

Equilibrio por Actividad													
CAA	T_REG	B200B	D110	D120	D210	D290	D390	P100	P104	P200	Total		
CAA1501	D	14,180	1,492,149	594		130		2,166,674	400	660,022	2,167,074		
	H										2,167,074		
CAA1502	D	11,522	9,797	1,688		8		49,424	1,957	28,366	51,381		
	H										51,381		
CAA1503	D	35,642	1,076,662	301	46	218		1,272,621	1,078	160,831	1,273,699		
	H										1,273,699		
CAA1504	D	41,093	8,439	768	34	120		79,685	97	29,328	79,782		
	H										79,782		
CAA1505	D	981	368	16		5		1,994		624	1,994		
	H										1,994		
CAA1506	D	22,583	4,128	140	28	95		47,364	161	20,551	47,525		
	H										47,525		
CAA1507	D	2,327	432	51	3	2		4,437		1,622	4,437		
	H										4,437		
CAA1508	D	1,658	3,051	35			-24	7,721		3,001	7,721		
	H										7,721		
CAA1509	D	1,230,716	37,948	629	13	217		1,324,753	189	55,419	1,324,942		
	H										1,324,942		
CAA1510	D	1,571	1,877	243		1		5,154		1,462	5,154		
	H										5,154		
CAA1511	D	285	6,152	1,059			-50	12,610	2	5,166	12,612		
	H										12,612		
CAA1512	D	1,169	8,559	34		39		13,818		4,017	13,818		
	H										13,818		
CAA1513	D		8,083					45,962		37,879	45,962		
	H										45,962		
CAA1514	D		1,710,767					2,041,088		330,321	2,041,088		
	H										2,041,088		
CAA1515	D		25,824					89,977		64,154	89,977		
	H										89,977		
CAA1516	D		352,445					712,495		360,049	712,495		
	H										712,495		

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

## B.12. Equilibrio por Producto

CPA	T.REG	D211	P100	P310	P320	Total
CPA1501	D			123,760	2,104,599	2,228,359
	H	15,453	2,212,906			2,228,359
CPA1502	D			22,225		22,225
	H	1,698	20,527			22,225
CPA1503	D			221,873	1,046,136	1,268,009
	H	25,015	1,242,994			1,268,009
CPA1504	D			93,645		93,645
	H	1,538	92,107			93,645
CPA1505	D			3,148		3,148
	H		3,148			3,148
CPA1506	D			47,122		47,122
	H		47,122			47,122
CPA1507	D			9,230		9,230
	H		9,230			9,230
CPA1508	D			24,965	2,095	27,060
	H		27,060			27,060
CPA1509	D			1,077,075	200,358	1,277,433
	H		1,277,433			1,277,433
CPA1510	D			4,059		4,059
	H		4,059			4,059
CPA1511	D			21,628		21,628
	H		21,628			21,628
CPA1512	D			14,716	6,882	21,598
	H	7,780	13,818			21,598
CPA1513	D				45,962	45,962
	H		45,962			45,962
CPA1514	D				2,041,088	2,041,088
	H		2,041,088			2,041,088
CPA1515	D				89,977	89,977
	H		89,977			89,977
CPA1516	D				712,495	712,495
	H		712,495			712,495

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

# Apéndice C

- C.1. Cuentas Económicas Integradas por Servicios
- C.2. Matriz de Producción de Salud
- C.3. Oferta Total de Salud
- C.4. Cuadro de Utilización Intermedia
- C.5. Cuadro de Utilización Final
- C.6. Cuadro de Valor Agregado
- C.7. Gasto por tipo de Servicio de Salud y Quintil de Ingreso

Cuentas Económicas Integradas por Tipo de Servicio

Servicios	Cuenta de producción			Generación del Ingreso			Utilización del Ingreso Disponible		
	Producción	CI	VA	Remuneraciones	Impuestos netos	Excedente Exp.	Gto. Consumo Individual	Gto. Consumo Colectivo	
HG	2,173,031	671,085	1,502,346	1,492,743	130	9,473	123,760	2,116,859	
HE	49,424	28,366	23,015	11,485	8	11,522	22,225	0	
CG	1,272,621	160,831	1,112,869	1,076,963	264	35,642	221,873	1,046,136	
CE	79,685	29,328	50,454	9,207	154	41,093	93,645	0	
CN	1,994	624	1,370	384	5	981	3,148	0	
CO	47,364	20,551	26,974	4,268	123	22,583	47,122	0	
MN	4,437	1,622	2,815	483	5	2,327	9,230	0	
SA	7,721	3,001	4,768	3,086	24	1,658	24,965	2,095	
L	1,324,753	55,419	1,269,523	38,577	230	1,230,716	1,077,075	200,358	
CA	5,154	1,462	3,692	2,120	1	1,571	4,059	0	
AS	12,610	5,166	7,546	7,211	50	285	21,628	0	
G	13,818	4,017	9,801	8,593	39	1,169	14,716	6,882	
AF	45,962	37,879	8,083	8,083	0	0	0	45,962	
AE	2,041,088	330,321	1,710,767	1,710,767	0	0	0	2,041,088	
SSF	89,977	64,154	25,824	25,824	0	0	0	89,977	
SSE	712,495	360,049	352,445	352,445	0	0	0	712,495	

Fuente: Cuenta Satellite de Salud de Tabasco 2003

Matriz de Producción de Salud 2003 (Miles de Pesos)

	HG	HE	CG	CE	CN	CO	MN	SA	L	CA	AS	G	AF	AE	SSF	SSE
HG	2,164,672								48,234							
HE		20,527														
CG			1,270,739					681								
CE		14,843		77,176					88							
CN				1,226	1,922											
CO						47,122										
MN							4,077									
SA								3,786								
L		1,015							1,276,418							
CA								1,184		2,875						
AS		7,103								2,259	12,266					
G												13,818				
AF													45,962			
AE														2,041,088		
SSF															89,977	
SSE																712,495
MyE	400			11												
Chst.		1,957	1,078	86		161			189	2						
Cm.	894	598	241		360											
Rsts.	687															
SAlq.	5,173	509	180		68			12								
SProf.	76	775	862	72	174		2,070		20	344						

HG: Hospital General, HE: Hospital Especializado, CG: Consulta General, CE: Consulta Especializada, CN: Consulta en Nutrición, CO: Consulta Odontológica,

MN: Medicina Natural, SA: Servicios Ambulatorios, CA: Centros de Atención, AS: Asistencia Social, L: Laboratorios, AF: Administración Federal, AE: Administración Estatal,

SSF: Seguridad Social Federal y SSE: Seguridad Social Estatal, MyE: Maquinaria y Equipo, Chst: Construcción, Cm: Comercio, Rsts: Restaurantes, SAlq: Servicios de Alquiler,

SProf: Servicios Profesionales

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

Cuadro de Oferta de Salud 2003

Servicio	Producción precio productor	Impuestos	Subvenciones	Producción precio básico
Hospital General	2,212,906	-130		2,212,776
Hospital Especializado	20,527	-8		20,519
Consulta General	1,242,994	-264		1,242,730
Consulta Especializada	92,107	-154		91,953
Consulta Odontológica	3,148	-5		3,143
Consulta en Nutrición	47,122	-123		46,999
Medicina Natural	9,230	-5		9,225
Servicios Ambulatorios	27,060		24	27,084
Laboratorios	1,277,433	-230		1,277,203
Centros de Atención	4,059	-1		4,058
Asistencia Social	21,628		50	21,678
Guarderías	13,818	-39		13,857
Admón. Federal	45,962			45,962
Admón. Estatal	2,041,088			2,041,088
Seguridad Social Federal	89,977			89,977
Seguridad Social Estatal	712,495			712,495
Total	7,861,553	-959	74	7,860,746

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

Cuadro de Utilización Intermedia de Salud 2003 (Miles de Pesos)

Prod.	Actividades														SSE	
	HG	HE	CG	CE	CN	CO	MN	SA	L	CA	AS	G	AF	AE		SSF
ABP	39,376		15,172					4	2,352			588	125			2,739
PF	413,555	10,759	86,628	11,381	138	11,277	527	959	25,390	982	2,864	1,190	15,691	110,537	28,298	212,434
OPF	14,906		1,092					323	9,203			4	331			240
Comb.	1,196	362	799	1,015	17	324	48	77	590	54	71	1	200	26,266		5
MyE.	22,674		10,364					22	248			90	5,792	30,081	3,999	52,191
Pap.	3,758	2,592	49	120				318	526	6	15	62	447			5,768
PL	2		0					0	39			5	96			188
VyP.	3,040		376					14	112							4
ET	345												758			60
EM	7,044	6	732	180				105	1,989	7	28	0	0			156
LyA	27,040	850	10,646	2,479	62	1,359	137	186	2,061	147	474	277		26,771	10,960	3,599
Const.																
Rest.			0					75	0							
T	13,139	558	5,669	3,066	85	1,462	227	160	1,673	110	225	193	1,518	9,715	5,703	628
B	36,334	90	7,113	8					98						10,206	1,229
SA	5,118	1,502	3,329	6,229	253	4,181	469	164	3,518	17	1,257	458	125	4,177	849	7
SP	59,207	2,955	13,046	2,232		75	5	256	5,188			917	2,978	101,767	4,138	78,100
Spub.	1,183	96	241	907	35	294	88	13	297	45	33	29	8	20,402		29
S.Emp.	4,750		3,070	72		16	36	59	372	5	3	69				2,638
OS	7,155	8,596	2,503	1,639	34	1,563	85	233	1,762	89	196	134				
Lic.	200							33						606		35
Total	660,022	28,366	160,831	29,328	624	20,551	1,622	3,001	55,419	1,462	5,166	4,017	37,879	330,321	64,154	360,049

ABP: Alimentos y Bebidas Procesadas, PF: Productos Farmacéuticos, OPF: Otros Productos Farmacéuticos, Comb: Combustibles, MyE:Maquinaria y Equipo, Pap: Papelería, PL: Productos de Limpieza, VyP:Vestuario y Prendas,ET:Equipo de Transporte, EM:Equipo Médico, LyA: Luz y Agua, Const: Construcción Rest:Restaurantes, T:Telecomunicaciones, B:Banca e Intermediación Bancaria, SA: Servicios de Alquiler, SP: Servicios Profesionales, SPub:Servicio de Publicidad SEmp: Servicios de Empaques, OS: Otros Servicios, PLic: Pago de Licencias

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

Cuadro de Utilización Final de Salud 2003 (Miles de Pesos)

Productos	Impuestos	Producción	Consumo del Hogar	Consumo del Gobierno	Total
HG	15,453	2,225,167	123,760	2,116,859	2,240,620
HE	1,698	20,527	22,225		22,225
CG	25,015	1,242,994	221,873	1,046,136	1,268,009
CE	1,538	92,107	93,645		93,645
CN		3,148	3,148		3,148
CO		47,122	47,122		47,122
MN		9,230	9,230		9,230
SA		27,060	24,965	2,095	27,060
L		1,277,433	1,077,075	200,358	1,277,433
CA		4,059	4,059		4,059
AS		21,628	21,628		21,628
G	7,780	13,818	14,716	6,882	21,598
AF		45,962		45,962	45,962
AE		2,041,088		2,041,088	2,041,088
SSF		89,977		89,977	89,977
SSE		712,495		712,495	712,495
Total	51,484	7,861,553	1,663,445	6,249,592	15,826,076

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

Valor Agregado Salud 2003 (Miles de Pesos)

	HG	HE	CG	CE	CN	CO	MN	SA	L	CA	AS	G	AF	AE	SSF	SSE	Total
E.E	9,473	11,522	35,642	41,093	981	22,583	2,327	1,658	1,230,716	1,571	285	1,169					1,363,727
SS	1,492,149	9,797	1,076,662	8,439	368	4,128	432	3,051	37,948	1,877	6,152	8,559	8,083	1,710,767	25,824	352,445	4,746,681
CS	594	1,688	301	768	16	140	51	35	629	243	1,059	34					5,558
Imp.			46	34		28	3		13								124
O Imp.	130	8	218	120	5	95	2		217	1		39					835
Sub.								-24			-50						-74
Total	1,502,346	23,015	1,112,869	50,454	1,370	26,974	2,815	4,720	1,269,523	3,692	7,446	9,801	8,083	1,710,767	25,824	352,445	6,116,851

E.E: Excedente de Explotación, SS: Sueldos y Salarios, CS: Contribuciones Sociales de los Empleados, Imp: Impuestos a la producción, O Imp: Otros impuestos, Sub: Subvenciones

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

Gasto por Quintil y Tipo de Servicio de Salud

Servicios	Quintil					Total
	I	II	III	IV	V	
Hospital General	8,388	10,020	20,249	28,946	56,157	123,760
Hospital Especializado				7,331	14,895	22,225
Consultorio General	32,229	38,326	29,829	58,990	62,499	221,873
Consultorio Especializado	2,949	8,209	8,478	23,223	50,786	93,645
Consultorio en Nutrición	9	22	90	1,058	1,969	3,148
Consultorio en Odontología	189	1,013	1,268	16,017	28,635	47,122
Medicina Natural	1,205	498	189	3,950	3,387	9,230
Servicios Ambulatorios		1,030	177	1,574	22,183	24,965
Laboratorios	38,736	56,035	103,595	284,501	594,208	1,077,075
Centros de Atención					4,059	4,059
Asistencia Social					21,628	21,628
Guarderías	877	1,100	2,553	3,164	7,022	14,716
Total	84,581	116,253	166,428	428,755	867,428	1,663,445

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

## C.8. Gasto por tipo de Medicamento y Quintil de Ingreso

Gasto por Tipo de Medicamento y Quintil

Tipo de Medicamento	I	II	III	IV	V	Total
Durante el Parto						
Medicamentos		1,107	1,736	514	482	3,839
Durante Embarazo						
Medicamentos		647	417	1,293	3,232	5,589
Vitaminas		430	205	1,737	1,458	3,830
Hierbas medicinales		13	58			71
Con Receta						
Malestar Estomacal	2,331	1,396	2,063	5,499	7,384	18,674
Gripe	638	826	1,325	2,097	2,781	7,667
Piel	104	252	1,079	176	4,162	5,773
Alergias	375	2,092	134	1,893	7,276	11,769
Tos	856	718	1,077	1,857	4,006	8,514
Infecciones de Garganta	249	2,287	1,495	3,383	7,405	14,818
Fiebre	746	365	954	1,379	984	4,428
Inflamación	1,205	1,043	1,019	3,421	1,945	8,633
Otras Infecciones	4,769	2,234	2,824	10,315	15,640	35,782
Dolor de Cabeza	123	319	1,067	479	1,740	3,727
Otro tipo de dolores	1,612	4,666	1,969	802	5,668	14,717
Presión Arterial	921	886	814	2,321	10,870	15,812
Diabetes	365	3,124	1,638	2,507	2,819	10,452
Vitaminas	1,230	2,981	5,394	3,183	4,010	16,798
Anticonceptivos	35				280	315
Otros medicamentos	3,692	3,627	4,717	11,488	31,930	55,454
Medicamentos (control de peso)	66		193	104	1,740	2,102
Medicamentos	241	809	1,754	1,455	17,464	21,723
Sin Receta						
Malestar Estomacal	622	517	829	394	899	3,263
Gripe	779	587	1,080	785	1,527	4,757
Piel	262	12	92	176	594	1,136
Alergias	74	124		265	257	720
Tos	884	404	622	676	1,145	3,730
Infecciones de Garganta	361	350	813	716	1,349	3,589
Fiebre	26	427	622	705	335	2,116
Inflamación	1,556	10	238	301	178	2,282
Otras Infecciones		327	78	297	1,102	1,804
Dolor de Cabeza	614	890	878	736	1,372	4,490

Continúa...

Tipo de Medicamento	I	II	III	IV	V	Total
Otro tipo de dolores	61	68	211	186	57	583
Vitaminas	341	1,208	1,087	2,021	3,512	8,169
Presión Arterial	753	252	379	18	343	1,746
Diabetes		188	356		379	923
Anticonceptivos		367	37	575	345	1,324
Otros medicamentos		864	113	1,061	1,327	3,365
Otros						
Algodón, gasas, vendas, etc.	214	185	326	997	1,167	2,889
Alcohol, merthiolate, etc.	470	439	577	842	1,112	3,441
Medicamento naturista	1,751	1,275	3,049	1,960	9,064	17,101
Medicamento homeopático				54	1,945	1,999
Anteojos y lentes de contacto	830	994	3,331	6,747	15,874	27,776
Aparatos para sordera		1,185	967	410	3,706	6,269
Aparatos ortopédicos		31		893	373	1,297
Total	29,154	40,527	47,618	76,716	181,239	375,254
Seguro Medico	0	0	0	11,070	20,958	32028
Otros	150	28	268	0	0	446
Total	150	28	268	10,157	19,229	32,474
Total General	29,304	40,555	47,886	86,873	200,468	407,728

Fuente: Cuenta Satélite de Salud de Tabasco 2003

## C.9. Estadísticas y otros Indicadores

Unidades y Personal Ocupado por Tipo de Servicio 2003

Servicios de Salud	Unidades Económicas	Personal Ocupado Dependiente	Personal Ocupado No Dependiente
Hospitales Generales	30	230	145
Privados	ND	230	145
Público Estatal	23	ND	ND
Público Federal	7	ND	ND
Hospitales Especializados	ND	206	28
Consultorio General	836	625	22
Privados	370	625	22
Publico Estatal	411	ND	ND
Público Federal	55	ND	ND
Consultorio Especializado	312	644	88
Consultorio Odontológico	378	515	7
Consultorio en Nutrición	11	21	ND
Centros de Atención	ND	8	ND
Privado	ND	8	ND
Servicios Ambulatorios	ND	147	ND
Laboratorios	192	425	54
Privado	192	425	54
Público Estatal	39		ND
Asistencia Social	ND	1,079	ND
Guarderías	ND	135	ND
Administración Federal	ND		ND
Administración Estatal	ND	1860	ND
Seguridad Social Federal	ND	2165	ND
Seguridad Social Estatal	ND	690	ND
Total	2,069	8,750	344

Nota: ND No disponible para esa categoría o para esa institución

Fuente: Censos Económicos 2004, INEGI

IMSS, Delegación en el Estado

ISSSTE, Delegación en el Estado

PEMEX, Gerencia de Servicios Médicos

ISSET, Dirección General

Secretaría de Salud del Gobierno del Estado

Población Derecho habiente y Usuaría por Instituciones 2003

Institución	Población Derecho habiente	Población Usuaría
IMSS	539,097	295,663
ISSSTE	145,553	104,668
PEMEX	98,437	ND
ISSET	182,948	144,792
SSA	ND	1,074,666

Fuente: Secretaría de Salud del Gobierno del Estado

IMSS, Delegación Tabasco

ISSSTE, Delegación Tabasco

PEMEX, Gerencia de Servicios Médicos Tabasco

ISSET, Dirección General

Indicadores Demográficos 2003

Entidades	Población		Tasa de Crecimiento	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad	Esperanza de Vida	Población	
	Total	Hombres					Mujeres	Asegurada
<b>ALTOS</b>								
DF	8,813,276	4,302,018	0.0	16.1	5.5	76.1	57.4 %	42.6 %
Nuevo León	4,112,602	2,070,750	1.6	18.5	4.2	75.8	71.2 %	28.8 %
Jalisco	6,700,215	3,329,898	0.9	19.4	4.9	75.4	49.9 %	50.1 %
<b>BAJOS</b>								
Chiapas	4,295,692	2,161,370	1.5	22.0	3.9	73.2	19.7 %	80.3 %
Guerrero	3,236,344	1,608,635	0.4	22.0	3.5	73.5	24.4 %	75.6 %
Oaxaca	3,668,513	1,803,708	0.7	20.8	4.9	73.5	24.7 %	75.3 %
<b>PETROLEROS</b>								
Campeche	750,078	380,076	1.7	20.4	3.8	74.3	45.9 %	54.1 %
Veracruz	7,251,304	3,594,499	0.3	18.2	5	74	34.6 %	65.4 %
TABASCO	2,021,046	1,016,366	1.2	20.1	4.1	75	33.8 %	66.2 %

Fuente: Indicadores Básicos de Salud. OPS, OMS y Secretaría de Salud

Sistemas de Cuentas Estatales y Federales de Salud. Sría. Salud

Proyecciones de la población de México 2000-2050. CONAPO

Censo de Población y Vivienda 2000, INEGI

Indicadores Macroeconómicos

	PIB 2003	Gto. Púb. Ejercicio 2003	Gto. Púb./ PIB 2003	Gto. Priv. 2002	Gasto de	Gto Priv./PIB 2002	Servicios de	Medicamentos
	Miles de Pesos	Miles de pesos	Porcentaje	Bolsillo 2002	Porcentaje	Salud 2002	2002	
ALTOS								
DF	1,420,973,876	44,167,700.0	3.11	40,983,706	34,799,701	3.18	67.9 %	32.1 %
Nuevo León	455,053,732	8,828,400.0	1.94	12,104,317	10,223,207	3.21	60.5 %	39.5 %
Jalisco	392,348,808	11,891,800.0	3.03	20,203,126	19,487,899	5.60	62.1 %	37.9 %
BAJOS								
Chiapas	106,101,465	4,490,400.0	4.23	5,736,075	5,653,296	5.98	59.1 %	40.9 %
Guerrero	107,467,975	3,933,100.0	3.66	3,815,031	13,671,805	3.90	88.7 %	11.3 %
Oaxaca	97,496,228	4,053,000.0	4.16	4,429,230	4,346,494	5.07	66.8 %	33.2 %
PETROLEROS								
Campeche	77,344,519	1,773,100.0	2.29	546,203	521,017	0.81	50.1 %	49.9 %
Veracruz	255,798,006	11,329,000.0	4.43	8,304,125	8,055,440	3.39	45.5 %	54.5 %
TABASCO	77,426,461	4,505,700.0	5.82	2,760,134	2,667,546	3.96	53.7 %	46.3 %
Cuenta Satélite *	135,996,231	6,261,853.0	4.60	2,035,385	2,003,357	1.50	83.0 %	17.0 %

Nota: \* A diferencia de las otras entidades, los datos de la Cuenta Satélite son 2003

Fuente: Indicadores Básicos de Salud. OPS, OMS y Secretaría de Salud

Sistemas de Cuentas Estatales y Federales de Salud. Sría. Salud

Proyecciones de la población de México 2000-2050. CONAPO

Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002, Sría. Salud