

XVII Congreso Internacional de Análisis Organizacional

“Emprendimiento e innovación en las organizaciones de México y América Latina”

Políticas públicas y criterios para la asignación de recursos federales a los servicios de salud

Mesa Temática: Políticas públicas, instituciones, territorio y perspectiva organizacional

Modalidad: Investigación concluida

Abigail Rodríguez Nava¹

abigailrnava@gmail.com 5536705384

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco
Calzada del Hueso No. 1100, Col. Villa Quietud, Alcaldía Coyoacán
C.P. 04960, Ciudad de México, México

Christopher Cernichiaro Reyna

13uam13@gmail.com 54837100

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco
Calzada del Hueso No. 1100, Col. Villa Quietud, Alcaldía Coyoacán
C.P. 04960, Ciudad de México, México

Abril Acosta Ochoa

Abril_acosta@hotmail.es 54837100

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco
Calzada del Hueso No. 1100, Col. Villa Quietud, Alcaldía Coyoacán
C.P. 04960, Ciudad de México, México

Raymundo Giovanni Jiménez Bustos

jbrgiovanni@gmail.com 2282431401

Cámara de Diputados, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública
Avenida Congreso de la Unión No. 66, Col. El Parque,
Alcaldía Venustiano Carranza, Edificio 1, Nivel 1.
C.P. 15960, Ciudad de México, México

Ciudad de México, México.

9 al 13 de septiembre de 2019

¹ Responsable: Abigail Rodríguez Nava.

Políticas públicas y criterios para la asignación de recursos federales a los servicios de salud

Resumen

Uno de los derechos humanos más ampliamente reconocidos a nivel internacional es el derecho a la salud, en México, a nivel federal se han hecho esfuerzos por garantizar el ejercicio efectivo de este derecho, de forma que su contenido esencial sea cercano a los estándares internacionales. En esta investigación se analizan algunos de los componentes de las obligaciones del Estado respecto al derecho a la salud, se trata de los elementos de aplicación de los recursos que se destinan a garantizar el ejercicio efectivo del derecho: la prohibición de regresión, la progresividad y el máximo uso de recursos disponibles; para ello, se precisan los elementos básicos que deben garantizarse en este derecho. Asimismo, se vinculan estos rasgos con la práctica de las políticas públicas en México en cuanto a los criterios que se siguen para determinar los recursos económicos que se otorgan a las entidades federativas para los programas de atención a la salud, en particular a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud.

Palabras clave

Derecho a la salud, instituciones de salud, ejercicio de recursos públicos, entidades federativas, políticas públicas.

Políticas públicas y criterios para la asignación de recursos federales a los servicios de salud

1. Introducción

El derecho al nivel más alto posible de salud, se encuentra reconocido internacionalmente como un derecho fundamental en varios instrumentos internacionales de carácter vinculante, entre ellos: el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), del 16 de diciembre de 1966; la Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, del 11 de agosto de 2000 (del Comité DESC) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, del 17 de noviembre de 1988. En México, el reconocimiento de este derecho se expresa en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el que se hace explícito este derecho en el caso de las personas indígenas (artículo 2), de la población infantil (artículo 4) y de los trabajadores (artículo 123); así como en la Ley General de Salud.

En el tema de los derechos humanos es importante resaltar que las reformas constitucionales en la materia, realizadas en 2011, permitieron un avance sustancial, cuya base es el reconocimiento de los derechos humanos de todas las personas y en consecuencia el reconocimiento de las obligaciones del Estado mexicano para asegurar el disfrute efectivo de esos derechos; estos elementos contrastan con la anterior figura jurídica que contemplaba como eje central las “garantías constitucionales que el Estado tenía a bien otorgar”.

Las obligaciones que el Estado asume respecto de los derechos humanos son las de respetar, proteger, garantizar y promover su ejercicio efectivo. Además, existen elementos de aplicación que especifican los criterios generales que deben seguirse cuando se planean políticas públicas o programas públicos que pretendan ser congruentes con el enfoque de derechos humanos, estos elementos son: incluir el contenido esencial de un derecho, la progresividad de los recursos destinados a satisfacer el derecho, la prohibición de regresión en el monto de recursos destinados, en la legislación, o en las normas; y el cumplimiento del máximo uso posible de los recursos.

Por otra parte, teóricamente, la descentralización cumple con el objetivo de hacer más ágil y eficiente el aparato gubernamental, así como volver más eficaces y eficientes las políticas públicas con una mejor dinámica entre los distintos órdenes de gobierno. En otras palabras, la descentralización genera un mayor bienestar, producto de la reasignación de recursos dentro del sector público. Esto es logrado por los gobiernos locales, al orientar su producción de bienes públicos en función de las preferencias de su población, así como de diversas circunstancias particulares de las comunidades, lo cual puede lograrse en virtud de la cercanía con los pobladores y, por lo tanto, tener un mejor conocimiento de las necesidades con ellos. Empero, éste no es el único argumento a favor de la descentralización, también hay presiones políticas de las cuales es presa el gobierno central al proveer mejores servicios públicos en una jurisdicción en relación a otra, de tal manera que la autoridad central

se ve imposibilitada de aplicar diferenciaciones fiscales con el fin de atender las circunstancias particulares de cada región (Oates, 1997).

De acuerdo con Cabrero (2004), José Francisco Ruiz Massieu, funcionario de la SSA y personaje clave de la descentralización en nuestro país, planteaba los siguientes aspectos en el tema: “La descentralización, en sentido estricto, consiste en la transferencia a la administración pública local de facultades y con ellas programas y recursos, que son ejercidos bajo la tutela del órgano que las traspasa. El órgano que recibe las facultades (estado o municipio) posee su propia personalidad y patrimonio, así como autonomía política, y no se halla bajo el control jerárquico del transmisor, formas menos avanzadas son la desconcentración y la delegación de funciones, en las cuales los actos emitidos podrán ser anulados, modificados o sustituidos por el superior”.

En nuestro país, el proceso descentralizador en materia de salud, puede dividirse en 2 etapas: La primera puede ubicarse en la década de los años los ochenta del siglo XX, y tenía como objetivo primordial, coordinar los diversos programas dirigidos a la extensión de la cobertura de los servicios de salud para población abierta. En esta etapa inicial, sólo 14 entidades federativas firmaron el acuerdo de descentralización, el cual se plasmó en marzo de 1984. Sin embargo, las decisiones de gasto permanecieron centralizadas, lo cual provocaba que los gobiernos locales no gozaran de más autonomía de la que les proporcionaban sus propias fuentes de ingreso desde antes del intento de descentralización (Merino, 2003). La segunda

etapa de la descentralización ocurre a partir de 1996, el objetivo fue el atacar asuntos considerados como prioritarios en el Plan de Reforma del Sector Salud 1995-2000, entre los que se encuentran la baja eficiencia relacionada con la asignación de recursos y ambigüedad de las responsabilidades entre los distintos órdenes de gobierno, por mencionar algunos.

En 1997, se aprueba una reforma a la Ley de Coordinación Fiscal (LCF) en la cual se crea el Ramo 33. En éste se encuentran los recursos para el gasto en servicios de salud (Concretamente en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA). Estos recursos otorgan cierta autonomía financiera, aunque no total, a las entidades federativas, ya que la mayor parte del presupuesto debe destinarse a asuntos considerados de salubridad general de acuerdo con la Ley General de Salud (LGS). El monto de los recursos del FASSA asignado a cada entidad depende de varios elementos señalados en la LCF, que se revisan en el documento.

Dado que la LCF no especifica cómo se distribuye el FASSA, parte del objetivo de este trabajo es realizar un análisis que permita determinar cuáles variables influyen en la distribución de dichas aportaciones federales; para ello, se emplean variables que conforman los principales factores de demanda de los servicios de salud para el periodo 1997-2007, a fin de determinar si éstos influyen en la distribución del FASSA.

El trabajo se organiza de la siguiente forma: En el primer apartado se precisa la relevancia de los elementos de aplicación de las obligaciones de los Estados, respecto a los derechos humanos, y se especifica cuáles son éstos en materia de salud; en el segundo, se expone la historia de la descentralización de los servicios de salud, desagregándola en dos etapas; en el tercero, se explica cuál es la situación actual de la distribución de recursos federales a la salud; en el cuarto, se propone un modelo econométrico para explicar los determinantes de la distribución de recursos federales en salud entre las entidades federativas; finalmente, se presentan las conclusiones de la investigación.

1. El derecho al nivel más alto posible de salud

Los estándares internacionales sobre el derecho a la salud, se encuentran en los instrumentos vinculantes que corresponden al Sistema Universal de Derechos Humanos y los respectivos instrumentos del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, en el primer caso esos instrumentos son: el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), del 16 de diciembre de 1966 y la Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, del 11 de agosto de 2000 (del Comité DESC). En el Sistema Interamericano, los instrumentos son: la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José” de 1969, y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, del 17 de noviembre de 1988.

Estos instrumentos internacionales establecen los contenidos de las obligaciones de los Estados en materia de salud. De acuerdo con Serrano y Vázquez (2013), la obligación de respetar, significa la abstención del Estado de ejecutar acciones que violenten los derechos humanos; la protección, implica la introducción de acciones y leyes que defiendan los derechos humanos o que prevengan posibles violaciones a éstos, por particulares o por agentes estatales; la obligación de garantizar significa generar todas las acciones, mecanismos y leyes que aseguren que las personas ejerzan sus derechos, esto incluye velar porque las personas tengan accesibilidad física, económica y de calidad aceptable a cada uno de los derechos, lo que se torna fundamentalmente importante en el tema de la salud; y la obligación de promover significa proveer a todas las personas de la información necesaria para que ejerzan sus derechos, los difundan y los promuevan.

Con base en la Observación General 14 del Comité DESC, el derecho a la salud incluye no sólo la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los factores determinantes de ésta: “el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (así como) la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional”.

2. Antecedentes de la Cobertura de los Servicios de Salud

A continuación, se exponen los principales eventos ocurridos en la descentralización de los servicios de salud en México.

Primera etapa

Un argumento común a favor de la descentralización es que el mejor conocimiento de las autoridades locales de las necesidades de su población permite mejorar la provisión de servicios públicos (Merino, 2003). Por eso es que a partir de 1980 toma lugar, en México, el primer intento de descentralización de servicios de salud dirigidos a la población abierta. En este primer intento solamente se consideraron catorce entidades federativas.² A esta reforma se le llamó “el cambio estructural de la salud” pues comprendió una renovación tanto legislativa como administrativa (Jaramillo, 2007).

Resulta conveniente distinguir entre dos tipos de modificaciones en esta etapa, las legislativas y las administrativas. En lo concerniente a reformas legislativas, el 30 de agosto de 1983, por decreto presidencial se establecen las bases del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta, su responsabilidad era compartida por la Secretaría de Programación y Presupuesto, la Secretaría de Salud (SSA), así como por el Instituto Mexicano del Seguro Social (Soberrón y Martínez, 1996). Este Decreto enfatiza que la tarea de descentralización será gradual para evitar que los gobiernos locales adquirieran responsabilidades con

² Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, Estado de México, Guanajuato, Aguascalientes y Quintana Roo.

las cuales no les sea posible lidiar. Un año más tarde se promulga la Ley General de Salud (LGS) que, de acuerdo a Soberón y Martínez (1996), abarca lo correspondiente al derecho a la protección de la salud, salubridad general y contiene las bases en que descansa el Sistema Nacional de Salud.³

Respecto al ámbito administrativo se descentralizan los servicios de salud de la SSA y, entre 1985 y 1987, los servicios de salud a población abierta, de tal suerte que la infraestructura de IMSS-COPLAMAR se traspasó a las entidades federativas correspondientes. Para las entidades que no participaron en la descentralización, en 1989 se amplió la estructura de IMSS-COPLAMAR, pues ésta aún era responsable de la atención en salud a la población no derechohabiente, sólo que el programa pasó a llamarse IMSS-Solidaridad.

Otro elemento puntual fue el Convenio Único de Desarrollo, en el cual se formalizaron las responsabilidades compartidas entre las autoridades federales y las locales. Se señalaron las obligaciones y recursos que le que corresponden a cada nivel de gobierno para la consecución de objetivos comunes. Conforme lo señalaba el Convenio, la Secretaría de Salud llevó acuerdos con las 31 entidades federativas cuyas principales finalidades eran: establecer las características de los servicios de salud, determinar responsabilidades entre la Secretaría y cada gobierno local, establecer

³ De acuerdo al artículo 5 de la Ley General de Salud “El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”. Ley General de Salud.

la estructura administrativa para los servicios de salud en la entidad, fijar los lineamientos para la descentralización hacia los municipios y fijar las normas y procedimientos de control que corresponden a la Secretaría de Salud. A su vez, Merino (2003) asevera que la reforma del Artículo 115 Constitucional fue muy sensible para el terreno administrativo dado que “se formalizaban y reforzaban las funciones del municipio y se le otorgaba a este orden de gobierno autonomía en el manejo de su hacienda”.

De acuerdo con Merino (2003), como resultados de este primer intento, puede destacarse que las decisiones de gasto permanecieron centralizadas, trayendo como consecuencia que los gobiernos locales no gozaran de más autonomía que la proporcionada por sus propias fuentes de ingreso desde antes del intento de descentralización. Además, las entidades federativas no obtuvieron potestad alguna para formular políticas en función de sus necesidades sanitarias particulares. Por las razones anteriores, se califica este primer intento descentralizador como sólo una desconcentración administrativa.

Jaramillo (2007) refiriéndose a los trabajos Cabrero (1998), señala a partir de evidencia empírica,⁴ que los convenios de coordinación firmados entre la federación y las entidades iban dirigidos a la comunidad, más que a los estados y municipios, dejando la reestructuración administrativa de éstos como una consecuencia de la descentralización y no como un objetivo concreto de la misma; de tal manera que

⁴ Se tomó como muestra a los Estados de Aguascalientes, San Luis Potosí y Zacatecas para realizar este estudio.

no se “tomaba en cuenta” a los estados y municipios en la toma de decisiones, sino que había una interacción directa entre el gobierno central y los grupos sociales.

En conclusión, la primera etapa descentralización se caracterizó por diversas reformas legislativas y administrativas que en el agregado significaron: delegación de funciones administrativas de la federación hacia las entidades federativas sin posibilitar que éstas tomarán de decisiones en función de sus necesidades sanitarias particulares; ambigüedad de mejoras en los servicios de salud locales; 3) escasa participación de los ejecutivos estatales y municipales en la determinación de las funciones que les fueron delegadas.

Segunda etapa

No es sino hasta 1995 que se retoma la tarea descentralizadora en cuanto a servicios de salud⁵ a través de los lineamientos del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, misma que persigue “incrementar la eficiencia⁶ de la atención a

⁵ Durante el sexenio salinista (1988-1994) no se dejó de lado la descentralización de las labores de sanidad, sin embargo, estas sí fueron peculiares, de tal manera que se siguió una línea distinta al intento de los años ochenta. Tal es el caso de los “Sistemas Locales de Salud”, los cuales, si bien se encargaban de la atención a salud en el ámbito local, su espacio de responsabilidad no coincidía con la división política del país. En palabras de Gustavo Merino (2003): “no se trataba de una descentralización hacia los órdenes locales de gobierno”, de ahí la diferencia que se menciona respecto a la descentralización iniciada en los años ochenta (y a la que habría de retomarse a mediados de los noventa).

⁶ Entiéndase por eficiencia: “obtener el máximo valor posible en las condiciones de salud de la población con los recursos (físicos, humanos, materiales y financieros) disponibles (Moreno, 2001).

la población abierta”, reconociendo el excesivo centralismo que padecen las instituciones de salud en nuestro país, lo cual genera trámites excesivos, ambigüedad en la definición de responsabilidades, así como inercia en la asignación de recursos.

Sin embargo, es el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 el origen de este nuevo intento descentralizador, el cual propone “impulsar un nuevo federalismo para fortalecer los estados y municipios y fomentar la descentralización y el desarrollo regional”, esto con el objetivo de disminuir los desequilibrios entre los diversos segmentos poblacionales. Dicho documento, reconoce a los municipios como los entes de gobierno más cercanos a las necesidades de la población; también considera la amplia diversidad entre estos, de ahí que proponga una descentralización hacia estados y municipios que alcance el terreno de las “funciones, recursos fiscales y programas públicos”, todo bajo un mismo criterio, el del fomento de la equidad y eficiencia, en cuanto a la provisión de bienes y servicios a la comunidad.

Esta ocasión, la descentralización abarca una cobertura completa, en el sentido que dicho proceso habrá de profundizarse en los estados previamente descentralizados y de ponerse en práctica en las entidades federativas que permanecían centralizadas. En el Programa de Reforma de Sector Salud se enfatiza que los estados contarán con mayor libertad de acción, en concordancia con lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo, para concretar las metas fijadas en cuanto a salubridad. Además, una vez alcanzados los objetivos propuestos, los gobiernos locales podrán

destinar los recursos restantes a los rubros que les parezcan más convenientes.⁷

Dichas metas consistían en proveer un mínimo de recursos en materia de salud, mejor conocidos como “Paquete Básico de Servicios de Salud”.⁸

El nuevo intento descentralizador de los servicios de salud inició formalmente en 1996, con la firma del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, signado por el Gobierno Federal y el Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud; así como por los 31 estados de la República y el Distrito Federal. En éste se especifica el manejo directo de los servicios de salud por parte de los estados, así como la posibilidad de distribuir las Aportaciones Federales recibidas de acuerdo a sus necesidades particulares. Posteriormente, la Secretaría de Salud, firmó acuerdos de coordinación con cada uno de los estados a fin de precisar las atribuciones de cada una de las partes (Moreno, 2001).

3. Criterios de Distribución de los Recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud

En 1998 surge el Fondo de Aportaciones Federales o Ramo 33, el cual cumple con la función de transferir recursos —Aportaciones Federales—⁹ de la Federación hacia los estados, para que éstos cumplan con varias responsabilidades que les fueron

⁷ En opinión de Moreno (2001), este aspecto representa la aparición de un incentivo al ahorro (el cual estuvo ausente en los esquemas de presupuestación centralizados).

⁸El paquete Básico de Servicios de salud es un programa definido a nivel federal por el Consejo Nacional de Salud, el cual está conformado por un mínimo de servicios de promoción, prevención y rehabilitación todos en materia de salubridad (Moreno, 2001).

⁹ Definidas en el Artículo 25 de la LCF como “recursos que la Federación transfiere a las haciendas públicas de los Estados, Distrito Federal, y en su caso, de los Municipios, condicionando su gasto a la consecución y cumplimiento de los objetivos que para cada tipo de aportación establece esta Ley...”.

conferidas.¹⁰ Las Aportaciones Federales se encuentran regidas por la Ley de Coordinación Fiscal (LCF), la cual tiene como objetivo, de acuerdo con su Artículo Primero: “Coordinar el sistema fiscal de la Federación con los de los Estados, Municipios y Distrito Federal, establecer la participación que corresponda a sus haciendas públicas en los ingresos federales; distribuir entre ellos dichas participaciones; fijar reglas de colaboración administrativa entre las diversas autoridades fiscales; constituir los organismos en materia de coordinación fiscal y dar las bases de su organización y funcionamiento”.

Específicamente, los recursos dirigidos a salubridad, por concepto de aportaciones federales, se encuentran contenidos en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)¹¹, y es en el Artículo 30 de LCF donde se enfatiza cómo se determinará el monto del FASSA:

“El monto del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud se determinará cada año en el Presupuesto de Egresos de la Federación correspondiente, exclusivamente a partir de los siguientes elementos:

I. Por el inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal, utilizados para los cálculos de los recursos presupuestarios transferidos a las entidades fede-

¹⁰ Educación, salud, seguridad, educación tecnológica y para adultos.

¹¹ El Ramo 33 se encuentra compuesto por 8 fondos, denotados en el Artículo 25 de la LCF, los cuales se citan a continuación: Fondo de Aportaciones para la Educación Básica y Normal, Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social, Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de los Municipios y de las Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal, Fondo de Aportaciones Múltiples, Fondo de Aportaciones para la Educación Tecnológica y de Adultos, Fondo de Aportaciones para la Seguridad Pública de los Estados y del Distrito Federal y Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de las Entidades Federativas.

rativas, con motivo de la suscripción de los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud respectivos, incluyendo las erogaciones que correspondan por concepto de impuestos federales y aportaciones de seguridad social;

II. Por los recursos que con cargo a las Previsiones para Servicios Personales contenidas al efecto en el Presupuesto de Egresos de la Federación que se hayan transferido a las entidades federativas, durante el ejercicio fiscal inmediato anterior a aquel que se presupueste, para cubrir el gasto en servicios personales, incluidas las ampliaciones presupuestarias que en el transcurso de ese ejercicio se hubieren autorizado por concepto de incrementos salariales, prestaciones, así como aquellas medidas económicas que, en su caso, se requieran para integrar el ejercicio fiscal que se presupueste;

III. Por los recursos que la Federación haya transferido a las entidades federativas, durante el ejercicio fiscal inmediato anterior a aquel que se presupueste, para cubrir el gasto de operación e inversión, excluyendo los gastos eventuales de inversión en infraestructura y equipamiento que la Federación y las entidades correspondientes convengan como no susceptibles de presupuestarse en el ejercicio siguiente y por los recursos que para iguales fines sean aprobados en el Presupuesto de Egresos de la Federación en adición a los primeros;

IV. Por otros recursos que, en su caso, se destinen expresamente en el Presupuesto de Egresos de la Federación a fin de promover la equidad en los servicios de salud...”

Dado que este estudio se basa en la influencia de ciertas variables en la distribución del FASSA entre las Entidades Federativas, resulta conveniente reflexionar sobre las implicaciones del artículo recién mencionado. En lo que se refiere a la primera parte del artículo, en ningún momento se toca el tema de la distribución de recursos, solamente se menciona, el capital físico y humano que habrá de influir en la fijación del monto del FASSA, así como la inercia de asignaciones previas que habrá de influir en la más reciente. Se mencionan la infraestructura y personal médico que se hayan transferido a la entidad con motivo de la firma de los Acuerdos correspondientes signados como determinantes parciales del fondo, empero, no se especifica si dichas variables influyen de manera positiva, u otra, en la determinación del total. Finalmente, en este primer segmento, simplemente se mencionan las erogaciones hechas con motivo de aportaciones a seguridad social e impuestos federales, pero tampoco se señala la correlación que guardan con la asignación de aportaciones federales para los servicios de salud. La segunda y tercera parte sencillamente mencionan la influencia del gasto asignado en los ejercicios inmediatos anteriores en la determinación del FASSA, sin embargo, una vez más, no se especifica en qué sentido éste representa el componente inercial de la nueva distribución de recursos. La cuarta, y última parte, abarca recursos destinados exclusivamente a la promoción de la equidad entre los servicios de salud; en el caso de estos últimos, el Artículo

31, de la misma Ley, describe detalladamente una fórmula destinada a la distribución de los recursos; dicha expresión, se basa en datos como población abierta, gasto federal asignado para población abierta, indicadores de marginación, etc. sin embargo, de acuerdo a Merino (2003), esta fórmula aplica sobre el “recurso remanente” del fondo, es decir, a aproximadamente el 1% del total del FASSA.

4. Evidencia empírica de los resultados de la descentralización de los servicios de salud

En el trabajo de Moreno (2001), se identifican las limitaciones de la LCF de los criterios utilizados para distribuir los recursos federales destinados a promover la equidad de los servicios de salud entre las entidades. En respuesta a dicha carencia, analiza la influencia de variables epidemiológicas, de producción, y de rendimiento de insumos sanitarios, entre otras, sobre la distribución de las aportaciones federales en materia de salud para 1996 y 1998, es decir, antes y después de puesta en marcha la segunda etapa de descentralización. Moreno (2001) encuentra: un componente compensatorio en la conducta distributiva de la federación pues se dirigen más recursos por habitante a aquellas entidades con peores indicadores epidemiológicos. Asimismo, sugiere que la federación no considera el potencial de un Estado en cuanto a demanda de servicios de salud (reflejada por la población de alta demanda de servicios de salud)¹². En contraste, verifica una considerable influencia

¹² Cabe señalar que Moreno considera en este segmento poblacional a las personas mayores de 65 años y menores de 4; mientras que en este trabajo se encuentra conformado por los habitantes de 0 a 14 años y de 65 y más.

de los recursos humanos destinados a salubridad en la distribución de recursos federales, lo cual interpreta como una fuente de inercia en las asignaciones presupuestales.¹³ Por último, denota cierta capacidad redistributiva de la Federación al comparar las asignaciones antes y después de la aparición del Ramo 33.

Merino (2003), a partir de estudiar la relación entre aportaciones federales por población abierta y variables como el gasto estatal en salud y nivel de marginación, encuentra que: Las aportaciones federales no privilegian a aquellas entidades que muestran indicadores sanitarios deficientes. Por otra parte, descarta una equidad distributiva al encontrar considerable diferencia entre los recursos por población abierta que recibe cada entidad. Y confirma también un marcado componente inercial en la repartición de aportaciones federales.

Como evidencia empírica, en este trabajo se propone analizar los recursos asignados por el FASSA, la serie de datos utilizada corresponde a diez años tras la imposición de la descentralización,¹⁴ periodo 1998-2007, lo cual permite tener un mejor discernimiento de la conducta distributiva de la federación. En comparación al trabajo de Moreno (2001), que realiza una estimación por Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO) para descifrar la influencia del capital humano y físico, además de las recepciones previas de la entidades federativas sobre el criterio distributivo de las

¹³ Dicha conjetura cobra fuerza, al revelar que la influencia mencionada, toma lugar tanto antes como después de la descentralización. Así como obtiene un coeficiente de correlación, entre las asignaciones de gasto, de 1996 y 1998, de 0.9.

¹⁴ Los datos del FASSA abarcan el periodo 1998-2007; a su vez el resto de las variables comprenden el periodo 1997-2006 al ser utilizadas para las estimaciones (sin embargo, para su descripción en el Capítulo 2, se recurre al intervalo 1997-2007, con excepción del PIB que sólo llega hasta 2006).

autoridades federales, y respecto al trabajo de Merino (2003), que se encarga de hacer una amplia descripción de diversas variables en materia de salubridad, la herramienta principal de esta investigación es un panel de datos compuesto por las 31 entidades federativas que se extiende a través de diez años, y que cuenta con nueve variables, una dependiente y ocho independientes, recabadas a través de diversas fuentes oficiales, se explota gracias a los métodos de estimación de efectos aleatorios, efectos fijos y estimación dinámica de panel que, a diferencia de MCO, añaden dos dimensiones al análisis, el espacio y el tiempo.¹⁵ Este trabajo considera la perspectiva relativa (per cápita) y la agregada para juzgar qué entidades perciben más Aportaciones Federales.¹⁶ A su vez, las variables que reflejan el *stock* de capital físico y humano se consideran en términos agregados así como en relación a la población estatal; la producción real se considera también bajo ambos criterios. Se persigue el objetivo de detectar si las autoridades correspondientes toman en cuenta no sólo los rubros referidos, sino también, la perspectiva agregada o la per cápita.

Las fuentes de los datos utilizados para generar nuestros resultados son: las asignaciones del FASSA recabadas de la División de Economía y Comercio del Servicio de Investigación y Análisis de la Cámara de Diputados; la esperanza de vida¹⁷ y la

¹⁵ En el tercer apartado se demuestra la significancia del uso de los modelos mencionados, es decir, se justifica el uso de estos en lugar de MCO.

¹⁶ Los términos agregados sólo se abordan desde un punto de vista descriptivo, pues dado que uno de los objetivos primordiales de la descentralización es atender las necesidades particulares de cada Entidad, los términos per cápita proveerán un mejor discernimiento de criterio distributivo de la Federación.

¹⁷ Número de defunciones de menores de un año de edad por cada mil nacimientos ocurridos en un año determinado. Consejo Nacional de Población.

tasa de mortalidad infantil¹⁸ se obtuvieron por las proyecciones de población 1990-2030 del Consejo Nacional de Población; y los datos de médicos¹⁹, consultorios²⁰ y camas censables²¹ provienen de los Anuarios Estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); el Producto Interno Bruto, se recopiló del Sistema de Cuentas Nacionales de INEGI; los datos de población fueron obtenidos del Consejo Nacional de Población y del Quinto Informe de Gobierno del Presidente Vicente Fox Quesada.

Los métodos de proyección aplicados anticipan la heterogeneidad de las variables usadas para cada una de las entidades federativas, estos son efectos aleatorios (EA), efectos fijos (EF), y una estimación dinámica de Arellano-Bond (A-B). La razón de su uso es que permiten agregar al estudio la heterogeneidad presente a través de los estados de la República, cada uno posee las particularidades necesarias para enriquecer la evidencia que permitirá una mejor comprensión de la distribución de recursos federales.

¹⁸ Número de defunciones de menores de un año de edad por cada mil nacimientos ocurridos en un año determinado. Consejo Nacional de Población.

¹⁹ Persona autorizada legalmente con título profesional y cédula que desempeña labores relacionadas con la atención médica en beneficio de los pacientes. Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística, Núm. 19, 1999, Vol. I, Recursos y Servicios. México, D. F., 2000.

²⁰ El área física o cubículo de un establecimiento público, social o privado independientemente o ligado a una clínica, sanatorio o servicio hospitalario, que cuenta con las instalaciones y el equipo necesario para que personal médico y/o paramédico brinde atención de salud a pacientes ambulatorios. Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística, Núm. 19, 1999, Vol. I, Recursos y Servicios. México, D. F., 2000.

²¹ Cama de servicio instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos, debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la controla y asigna el paciente al momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia. Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística, Núm. 19, 1999, Vol. I, Recursos y Servicios. México, D. F., 2000.

Modelo de Efectos Fijos (EF)

El modelo de efectos fijos se representa a través de la siguiente ecuación:

$$Y_{it} = v_i + \beta_1 X_{1t} + \dots + \beta_7 X_{7t} + e_{it} \quad (1)$$

Donde i representa la i -ésima unidad transversal (entidad federativa), t denota el periodo de tiempo (año), Y es la variable dependiente (FASSA), β es el parámetro correspondiente a cada variable dependiente X , v_i es un término de error constante para cada i ;²² finalmente, e_{it} es el término de error específico a las observaciones. EF supone que existe un término de error constante para cada estado v_i , sin embargo, deja abierta la posibilidad que en algunos casos no exista tal, es decir, $v_i = 0$ para algún i . Empero, si dicha diferencia es cero para todas las entidades, es decir, que la información a través de los estados sea homogénea, no tiene razón utilizar EF, o cualquiera de los otros modelos mencionados, basta usar un método de estimación por mínimos cuadrados ordinarios (Márquez, 2005). Para asegurar la relevancia de la aplicación de EF se auxilia de la Prueba F restrictiva, cuya hipótesis nula es que todos los términos de error son cero. El resultado de la prueba:

$$F(7,241) = 124.73; Prob > F = 0$$

²² Las variables dependientes son: esperanza de vida, tasa bruta de mortalidad infantil, porcentaje de población de alta demanda, PIB per cápita, personal médico por cada cien mil personas, consultorios por cada cien mil personas y camas censables por cada cien mil personas.

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se comprueba la relevancia del uso de EF, es decir al menos algún v_i es distinto a cero.²³

Modelo de Efectos Aleatorios (EA)

El modelo Efectos Aleatorios (EA), propone la siguiente especificación:

$$Y_{it} = \alpha_i + \beta_1 X_{1t} + \dots + \beta_7 X_{7t} + e_{it}, \quad \alpha_i = \alpha + u_i \quad (2)$$

La notación de la especificación de EA es idéntica a la de EF. Como se puede observar, también se asume la existencia de un término de error a través del ámbito espacial α_i , sin embargo, la diferencia con EF radica en que α_i se compone por un término de error promedio α y una desviación respecto a ésta media (u_i) particular a cada entidad y constante a través del tiempo. Si $u_i = 0$, entonces la especificación de EA no difiere de la propuesta por MCO. Para confirmar la relevancia de EA se usa la Prueba de Multiplicadores de Lagrange de Breusch y Pagan,²⁴ se propone una hipótesis nula en que la varianza del término u_i es cero ($\sigma_u^2 = 0$), es decir, no existe divergencia relevante entre las entidades federativas (Márquez, 2005). Al llevar a cabo la prueba se obtiene:

$$chi2(1) = 566.96; Prob > chi2 = 0.0000$$

²³ El resultado mostrado se refiere a la regresión que incluye al Estado de México; sin embargo, al excluir éste de la regresión se confirma la relevancia de EF ($F(7,233)=119.66$; $Prob>F=0.0000$).

²⁴ Asimismo, esta prueba se usó para verificar heterocedasticidad.

Por lo tanto, dado el p-valor, se rechaza la hipótesis nula; en otras palabras, EA proveerá una mejor estimación que MCO.²⁵

Por último, para comprobar qué modelo es más conveniente, EA o EF, se acude a la prueba de Hausman. El uso de uno u otro modelo depende de la correlación entre el término de error u_i y las variables dependientes X . EA supone que dicha correlación es cero, sin embargo, en caso que ésta exista y sea significativa, el modelo padecerá de variable(s) omitida(s) y EF será el camino a seguir pues considera dicha correlación. La hipótesis nula de la prueba de Hausman es que los estimadores de EF y EA no difieren de manera importante; si no se rechaza dicha hipótesis EA será una mejor opción pues no estima tantas *dummies* como EF (Márquez, 2005). Al aplicar de la prueba de Hausman que el panel de datos no cumple todos los supuestos necesarios para llevar a cabo dicha prueba. Sin embargo, como se mostrará más adelante, los resultados de cada modelo arrojan parámetros estimados cuasi-idénticos para cada técnica.²⁶

Estimación Dinámica de Panel de Datos (Arellano-Bond)

La especificación usada por el modelo Estimación Dinámica de Panel de Datos de Arellano-Bond (A-B) es la siguiente:

²⁵ El resultado mostrado se refiere a la regresión que incluye al Estado de México; sin embargo, al excluir éste de la regresión se confirma la relevancia de EA ($\chi^2(1)=541.90$; $\text{Prob}>\chi^2=0.0000$).

²⁶ La correlación entre u_i y las variables dependientes X_n es de $-.3800$ al incluir al Estado de México; sin éste es de $.3777$.

$$Y_{it} = Y_{it-1} + \beta_1 X_{1it} + \dots + \beta_7 X_{7it} + e_{it}, \quad e_{it} = u_i + v_{it} \quad (3)$$

A-B agrega un instrumento representado por la variable endógena rezagada Y_{it} . u_i es el término de error de cada Entidad. v_{it} es el error de una observación. Se utiliza sólo un rezago para encontrar indicios de inercia distributiva pues la asignación de aportaciones federales es anual. La aportación de A-B a la estimación radica en que simplemente introducir rezagos al modelo trae consigo problemas de correlación entre el instrumento y el término de error, concretamente con el efecto fijo de cada entidad u_i , lo cual provoca un estimador sesgado de la variable; incluso si el resto de las variables explicativas se encuentran correlacionadas con el instrumento Y_{it-1} , los estimadores de éstas tendrán el mismo problema. Sin embargo, al usar A-B, se obtiene la primera diferencia de (5) lo cual elimina los efectos fijos del modelo u_i , y permite así la evasión de estos problemas y, por lo tanto, provee estimadores más certeros, Baum (2006). La consistencia de los parámetros cobra certidumbre tras verificar el nivel de autocorrelación en este modelo, para lo anterior se aplica la prueba de errores en primeras diferencias, cuyos resultados son:

Tabla 1.

Estimación de panel de datos.

Nivel	Z	Prob > Z
1	-2.0445	0.0409
2	0.20407	0.8383

Fuente: Elaboración propia.

Una vez justificadas las técnicas de estimación y habiendo enfatizado la relevancia de usarlas se procede a reportar los resultados obtenidos.

Coeficientes Estimados con el Modelo de Efectos Aleatorios

Tras justificar el uso de cada técnica se reportan las estimaciones realizadas con cada técnica. Primero se tratará de descifrar la distribución del FASSA utilizando las variables per cápita denotadas en el capítulo anterior, se realizará una estimación incluyendo al Estado de México para después llevar a cabo el ejercicio anterior pero sin considerar dicha entidad.²⁷ Posteriormente, se agregará una variable al análisis, las Aportaciones Federales dirigidas a salud recibidas un año antes por cada estado,²⁸ lo cual permitirá ponderar el grado de inercia distributiva que actúa sobre estas Aportaciones Federales, finalmente, se estimará la especificación con y sin el Estado de México.

Las variables independientes referidas abordan la influencia de los registros vitales, riqueza, composición poblacional y stocks de capital físico y humano de las entidades federativas sobre la distribución del FASSA per cápita. Los resultados de la prueba de Efectos Aleatorios, incluyendo al Estado de México, se muestran a continuación:

²⁷ Esto se debe a la particularidad que representa el Estado de México, pues como se mostró en el capítulo anterior, esta Entidad representa un *outlier* en cada una de las variables analizadas, por lo tanto, el ejercicio permitirá observar los contrastes al incluir al Estado de México en la proyección y al descartarlo.

²⁸ Para lograr esto se usa la Estimación Dinámica de Panel de Datos de Arellano-Bond.

Tabla 2.

Resultado del Modelo de Efectos Aleatorios.

Regresión 1 (Efectos Aleatorios)	Coefficiente	Significativo
Esperanza de vida	-27.78	Sí
Tasa bruta de mortalidad infantil	-27.77	Sí
Porcentaje de Población de alta demanda	-791.80	Sí
PIB per cápita	0.00	No
Personal médico por cada cien mil personas	0.35	Sí
Consultorios por cada cien mil personas	0.66	No
Camas Censables por cada cien mil personas	-0.02	No
R cuadrada ajustada=0.7662		

Fuente: Elaboración propia.

Ambos registros vitales poseen coeficientes negativos (prácticamente idénticos), lo cual brinda información contrastante, pues al observar la relación encontrada entre esperanza de vida y aportaciones federales parece que las autoridades distributivas privilegian a los estados con peores registros vitales, empero, al dirigir la atención al coeficiente obtenido para la tasa de mortalidad, se da con un resultado que contradice al primero, pues surge evidencia que sustenta la idea que la federación premia a las entidades con mejores registros.²⁹ Con excepción del porcentaje de población de alta demanda de servicios de salud y del capital humano, el resto de los parámetros no resulta significativo. La estimación para médicos per cápita muestra evidencia que mayor cantidad de recursos se dirigen a las Entidades con más personal médico, lo cual en cierto sentido concuerda con lo expresado por el parámetro

²⁹ Ambos parámetros resultan significativos al 1% en los tres modelos estimados.

de la tasa de mortalidad, es decir, se otorgan más recursos a aquellos estados con mejores indicadores de salud. La composición porcentual, de menores de edad y ancianos, de la población total presenta una fuerte intervención sobre el criterio distributivo del FASSA, algo que no resulta sorprendente, sin embargo, al ver el sentido en que actúa, es donde el parámetro obtenido deja de ser intuitivo, pues aquellas entidades con mayor potencial de demanda de servicios de salud son las que menos apoyos federales reciben, si bien esta variable no indica el grado de dedicación de cada estado a procurar las condiciones salubres, sí puede ser interpretado como una señal de la prioridad otorgada a la prevención de salud.

Coeficientes Estimados con el Modelo de Efectos Fijos

Correspondiente a la misma especificación, pero estimada a través de efectos fijos, tanto el parámetro de esperanza de vida como de tasa de mortalidad, siguen siendo significativos, además de confirmar el resultado contradictorio ya mencionado. A su vez la población de alta demanda y el capital humano dejan de ser significativos, mientras que los parámetros del resto de las variables siguen siendo rechazados. Los resultados obtenidos a través de este método fueron:

Tabla 3.

Resultado del Modelo de Efectos Fijos.

Regresión 2 (Efectos Fijos)	Coefficiente	Significativo
Esperanza de vida	-26.55	Sí
Tasa bruta de mortalidad infantil	-27.47	Sí
Porcentaje de Población de alta demanda	-842.49	No
PIB per cápita	0.00	No
Personal médico por cada cien mil personas	0.32	No
Consultorios por cada cien mil personas	0.69	No
Camas Censables por cada cien mil personas	-0.01	No
R cuadrada ajustada=0.7660		

Fuente: Elaboración propia.

Coeficientes Estimados por medio de la Técnica Dinámica de Arellano-Bond

Se procede a agregar rezagos a la especificación para considerar la inercia distributiva que pesa sobre el FASSA. Estos resultados brindan una idea de la capacidad de redistribución de la Federación. Correspondiente a los parámetros obtenidos: una vez más, la media de vida y la tasa de mortalidad resultan significativas, si bien esta última influye casi en la misma magnitud que en los modelos previos, la esperanza de vida incrementa considerablemente su peso sobre el criterio de las autoridades federales al repartir el FASSA. Asimismo, el potencial de demanda de servicios de salud recobra la significancia del modelo de efectos aleatorios, además, no

sólo mantiene la hipótesis de una correlación negativa entre población de alta demanda y aportaciones federales, sino que la acentúa.³⁰ La totalidad de los parámetros estimados fueron:

Tabla 4.

Resultado del Modelo Dinámico.

Regresión 3 (Dinámica)	Coefficiente	Significativo
FASSA en $t-1$	0.11	Sí
Esperanza de vida	-53.24	Sí
Tasa bruta de mortalidad infantil	-30.62	No
Porcentaje de Población de alta demanda	-1,372.65	Sí
PIB per cápita	0.00	No
Personal médico por cada cien mil personas	0.08	No
Consultorios por cada cien mil personas	0.29	No
Camas Censables por cada cien mil personas	-0.65	No
R cuadrada ajustada=0.7662		

Fuente: Elaboración propia.

Al llevar a cabo la los ejercicios anteriores, pero descartando al Estado de México del panel de datos, los resultados obtenidos prácticamente son los mismos.³¹ Lo anterior no es capaz de ser percibido intuitivamente, debido a que el Estado de México representa, en términos agregados, un *outlier* en cada variable descrita, sin embargo, los resultados obtenidos demuestran que en términos relativos no representa dicho sobresalto; incluso la magnitud de los parámetros prácticamente se mantiene, así como la significancia de estos.

³⁰ En Efectos Aleatorios su coeficiente fue de -791.8.

³¹ La única diferencia se da en la estimación del modelo de efectos aleatorios, pues al incluir al Estado de México el personal médico produce un parámetro significativo, mientras que, en el segundo ejercicio, deja de serlo.

Conclusiones

Los resultados obtenidos no sólo aclaran el panorama en cuanto al criterio que utiliza en los años más recientes la federación, sino que provee un bosquejo del proceso de maduración por el cual ha pasado la descentralización en nuestro país. El parámetro negativo que actúa sobre la esperanza de vida sugiere que la federación tiende a otorgar más recursos a aquellos estados cuya población padece un menor tiempo promedio de vida, lo cual lleva a pensar que las autoridades distributivas favorecen a aquellas entidades con peores registros vitales. Sin embargo, otro parámetro negativo aparece al estimar la relación entre aportaciones federales per cápita y tasa bruta de mortalidad infantil, la interpretación de dicha relación lleva a pensar justo lo contrario que el caso anterior, es decir, aquellas entidades con mejores registros vitales se ven incentivadas por la federación para mejorar sus registros vitales, y así contar con más recursos para satisfacer sus necesidades de salud.

Los resultados mencionados, concuerdan con los estudios que inspiraron este trabajo. Como se mencionó, Moreno (2001) encuentra evidencia que muestra una mayor dirección de recursos a aquellas entidades con mejores registros vitales, mientras que el análisis descriptivo de Merino apoya la interpretación realizada a partir de los resultados que muestra la tasa de mortalidad. Dado lo anterior, y los diez años de evidencia analizados, resalta el hecho que los criterios distributivos aplica-

dos han pasado por un proceso ajuste, el cual, probablemente, aún sigue experimentando cambios, pues la demanda potencial de servicios de salud de cada estado muestra evidencia parcialmente contrastante con la de trabajos previos.

En este estudio, al considerar las estimaciones incluyendo al Estado de México, no parece evidencia significativa que sugiera la dirección de recursos a los servicios preventivos, empero, al excluir a la entidad mexiquense del análisis, la potencial demanda de servicios de salud aparece con mayor peso a la hora de determinar la distribución del FASSA. Por último, al contrastar la influencia del *stock* de capital humano obtenida con los resultados de Moreno, se observa un descenso en la importancia del personal médico, pues sólo resultó significativo en uno de los modelos estimados lo que sugiere un esfuerzo por reducir la inercia distributiva que pesa sobre el FASSA y reafirma la capacidad redistributiva de la Federación.

En resumen, la idea de que las autoridades siguen en un proceso de aprendizaje, en cuanto a su criterio distributivo, cobra fuerza al considerar tanto la evidencia generada por este trabajo y la que le antecede; consecuencia de lo anterior es que no se define si se debe premiar a aquellas entidades con mejor desempeño en salubridad, o si los recursos deben procurar a aquellas que no logran alcanzar el estándar de salud impuesto por los estados con mejor desempeño, otra señal de este aprendizaje, es que incluso parece que la prevención en salud ha entrado en la agenda de las autoridades distributivas, sin embargo, no ha llegado a ocupar un rol estelar

Políticas públicas

en la toma de decisiones, lo cual debe reforzarse si se atiende además la obligatoriedad del Estado mexicano de ejecutar las acciones para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Lista de referencias

Cabrero, E., (2004). “Reseña de Las Políticas y Descentralizadoras en México (1983-1993) logros y desencantos”, *Gestión y Política Pública*, segundo semestre, vol. XIII, núm. 003, Centro de Investigación y Docencia Económicas, México, pp. 834-838.

Congreso de la Unión (1978). “Ley de Coordinación Fiscal”, Diario Oficial de la Federación, 27 de diciembre de 1978 (última reforma del 11 de agosto de 2014), México.

Congreso de la Unión (2006). “Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria”, Diario Oficial de la Federación, 30 de marzo de 2006 (última reforma del 11 de agosto de 2014), México.

Congreso de la Unión (2008). “Ley General de Contabilidad Gubernamental”, Diario Oficial de la Federación, 31 de diciembre de 2008 (última reforma del 9 de diciembre de 2013), México.

Jaramillo, M. C. (2007). La Descentralización de la Salud en México, Gerencia Política Salud Bogotá, julio-diciembre, pp. 85-111.

Márquez, J. (2005). Diagnóstico y Especificación de Modelos Panel en Stata 8.0., documento de trabajo, Centro de Investigación y Docencia Económicas.

Merino, G., (2003). Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo, en Kanaul F, Nigenda G, eds. Caleidoscopio de Salud: de la Investigación a las Políticas y de las Políticas a la Acción, México, FUNSALUD, pp. 195-207.

Moreno, C. (2001). La descentralización del gasto en salud en México: Una revisión de criterios de asignación, *Gestión y política pública*, 9(2), pp. 373-406.

Oates, W. E., (1997). "On the Welfare Gains from Fiscal Decentralization", *Economia delle Scelte Pubbliche*, pp. 83-92.

Serrano, S. y Vázquez, D. (2013). Los derechos en acción. Obligaciones y principios de derechos humanos, FLACSO, México

Soberón, G., y Martínez, G., (1996). La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta, *Salud Pública de México*, 38(005), Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, pp. 371-378.

Yafee, R. (2003). A Premier for Panel Data Analysis, Connect Information Technology at New York University.