

## Un análisis del financiamiento público para salud: ¿complementariedad entre Federación y Estados?

### An analysis of public funding for health: are federal and state funding complementary?

Juan Pablo Gutiérrez<sup>1</sup>, Maricela Cortés<sup>1</sup>, Cindy Olivares<sup>1</sup>

#### RESUMEN

A través de un estudio documental y financiero, se busca examinar el panorama del financiamiento de los servicios de salud en México, analizando cómo interactúan los recursos federales con los estatales. Este análisis busca identificar posibles áreas de oportunidad para mejorar la eficiencia del financiamiento público a la salud. El análisis identifica diversas áreas en las cuales sería deseable generar estrategias de mejora en la administración de los recursos, que sin dejar de lado la necesidad de establecer criterios estandarizados para el país, consideren las especificidades de las entidades tanto en condiciones de salud, como en capacidad de atención instalada.

**Palabras claves:** Financiamiento, Gasto público en salud, Programas Nacionales de Salud.

#### ABSTRACT

Using public data on budgets and resource allocation and legal documents that describe allocation rules between federal and state governments, a desk-study was implemented to examine how federal and state resources and budget rules interact. The aim of this analysis is to unveil potential opportunity areas to improve the efficiency of public financing for health, promoting allocation rules for health that within a normative framework that requires standard procedures, recognize the diversity in needs across the country, given the heterogeneities both in health conditions and health infrastructure.

**Key words:** Financing, health public spending, National Health Programs

#### INTRODUCCIÓN

Contar con acceso garantizado a los servicios de salud es un elemento de primera importancia para la población, ya que da certidumbre y protección financiera a su patrimonio, que en una situación diferente podría verse afectado como consecuencia del gasto relacionado con la atención a la salud, en particular de padecimientos que impliquen gastos elevados para su tratamiento o situaciones de emergencia que impliquen desembolsos

que no pueden ser pospuestos, tales como accidentes o violencia. De esta forma, desde el punto de vista de equidad social, es necesario asegurar el financiamiento efectivo y eficiente de los servicios de salud públicos, que permita ofrecer acceso universal a los mismos, sin depender del ingreso en el momento que el individuo o familia los demande.

<sup>1</sup> Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública.

**Artículo Recibido: 20 de septiembre de 2010; Artículo Aceptado: 28 de septiembre de 2010**

Correspondencia: Mtro. Juan Pablo Gutiérrez, Dirección de Encuestas Nacionales, Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública, 7ma Cerrada de Fray Pedro de Gante 50, Col. Sección XVI, Tlalpan, C.P. 14000, México D.F. Correo electrónico: jpgutier@correo.insp.mx.

Un elemento central de la respuesta mexicana a esta necesidad, es la generación de una alternativa para la población sin seguridad social, que es la que se enfrenta a un mayor riesgo de gastos imprevistos de alta magnitud para el cuidado de la salud. El Sistema de Protección Social en Salud y su brazo operativo, el Seguro Popular, que al ofrecer el acceso a servicios pre-pagados, incluyendo medicamentos, de un conjunto de intervenciones de salud, busca disminuir dicho riesgo.

Estudios previos sobre financiamiento de los servicios de salud en México se han enfocado principalmente en la composición y criterios de asignación de recursos. Con respecto al primero se observa una fragmentación financiera como resultado de las fuentes de los recursos, es decir, Gobierno Federal, Estados y cuotas de recuperación<sup>1,2</sup> y en cuanto al segundo, han identificado una mayor participación de los recursos federales en la atención de la población sin seguridad social, si bien con montos per cápita menores a los destinados a los cubiertos por la seguridad social y una tendencia en la asignación basada en criterios de capacidad instalada o presupuestos históricos, que refuerzan inequidades.<sup>3</sup>

El análisis de los mecanismos de asignación de los recursos en materia de salud es un elemento importante para mejorar la comprensión de la operación de los servicios de salud e implica transparentar los flujos y reglas entre los diversos actores involucrados. El objetivo general del presente estudio es identificar si el gasto federal en salud asignado a la población sin seguridad social está alineado con las necesidades de salud de los estados, a partir del examen de los criterios de asignación.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo y documental a partir de información pública sobre la normatividad de los recursos federales y estatales y sobre los montos y asignaciones por tipo de población (con y sin seguridad social). Para ello, se realizó un análisis sistemático de los reportes, documentos normativos y otros similares existentes sobre la normatividad aplicable en el caso de México para la asignación de los recursos, tanto en el ámbito federal como estatal. De igual forma, se hizo una revisión de las cifras oficiales reportadas por el Sector Salud con respecto al gasto de salud de origen federal y estatal, para un análisis estadístico descriptivo.

La revisión documental se enfocó en la obtención de la normatividad aplicable, en específico la que fundamenta los convenios que se establecen entre la Federación y los estados para la asignación de los recursos. Entre los documentos consultados se identificaron los anexos entre los mismos convenios, en particular el Anexo IV de los convenios para el régimen estatal de protección social en salud (Seguro Popular), así como las

estadísticas referentes a la evolución y conformación del financiamiento de los servicios de salud, que permitieron analizar las tendencias en este financiamiento y la lógica en su asignación

El estudio de gabinete se llevó a cabo en dos etapas: la primera consistió en una revisión de la normatividad federal y estatal para identificar los mecanismos de asignación de recursos con respecto a fuentes de financiamiento y restricciones para el uso y manejo de los recursos; y en la segunda etapa se realizó un análisis comparado de las cifras reportadas por el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) de 2007 y 2008 para la conformación del gasto por fuentes de financiamiento.

## RESULTADOS

### *Criterios de asignación de los recursos en materia de salud a los estados*

De acuerdo a la revisión normativa, los recursos públicos que se destinan a la operación de los servicios de salud provienen de dos fuentes de financiamiento, los recursos transferidos por la federación con este objetivo, y las asignaciones que se realizan en el estado.<sup>4</sup>

Los recursos federales para salud se trasladan a través del denominado Ramo 12\*, (Salud) que se compone de los recursos asignados a programas especiales, entre ellos el Seguro Popular y mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), perteneciente al Ramo 33 denominado Aportaciones Federales.<sup>5</sup>

La composición de estos recursos ha seguido un proceso de ajustes paralelo al proceso de descentralización de los servicios de salud, en particular durante el período 1995 al 2000, el cual se instrumentó para darle mayor libertad a los estados en cuanto al manejo de los recursos. A partir de 1997, los recursos del Ramo 12 fueron descentralizados y se sumaron a los del FASSA.<sup>6</sup> En este sentido, la evolución del gasto en salud a nivel nacional durante los últimos ocho años ha presentado importantes variaciones con relación al Ramo 12 y al FASSA. Con respecto al primero, la más alta en 2005 con 34.8% y la más baja en 2003 con 0.4%. En cuanto al Ramo 33, específicamente el FASSA, se observó la variación más alta en 2001, del 13.3% y la más baja en 2004, del -2.4% respecto del año anterior<sup>7</sup>. Cuadro 1.

\* Los recursos del Ramo 12 se distribuyen en funciones y subfunciones de generación de recursos para la salud los cuales pueden presentar adecuaciones, mientras que los recursos del ramo 33 son aportaciones de la Federación a las Entidades Federativas y al Distrito Federal que tienen como destino atender los gastos de los Servicios de Salud. Estos últimos son transferencias "etiquetadas" por partidas presupuestales que sólo pueden usarse para los fines que se señalan mediante fórmulas, procedimientos y términos de acuerdo al artículo 30 de la Ley de Coordinación Fiscal.

El objetivo de las aportaciones federales es apoyar el fortalecimiento y consolidación de los servicios de salud en los estados; así como pagar los servicios del personal médico, el mantenimiento, rehabilitación y construcción de infraestructura médica. La cobertura del FASSA incluye a todas las entidades federativas y su monto se determina cada año en el Presupuesto de Egresos de la

Federación (PEF) tomando en cuenta el inventario de infraestructura médica y las plantillas de personal, lo que se utiliza para los cálculos de los recursos presupuestarios transferidos a las entidades federativas, con motivo de la suscripción de los Acuerdos de Coordinación para la Descentralización.<sup>8</sup>

Cuadro 1. Evolución del gasto en salud asociado a los Ramos 12 y 33: Nacional 2000-2008 (Millones de pesos constantes de 2008)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2006/a	2007/a	2008/p
Ramo 12	25,457.10	26,782.30	27,824.20	27,932.70	28,099.90	37,888.50	44,713.90	45,583.20	57,518.20	64,686.30
FASSA	33,063.10	37,462.40	38,138.10	41,944.80	40,953.30	40,756.70	42,763.80	41,951.00	43,020.10	43,995.40

Variación real anual

	2001-2000	2002-2001	2003-2002	2004-2003	2005-2004	2006-2005	2007-2006	2008-2007
Ramo 12	5.2%	3.9%	0.4%	0.6%	34.8%	18.0%	26.2%	12.5%
FASSA	13.3%	1.8%	10.0%	-2.4%	-0.5%	4.9%	2.5%	2.3%

Fuente: Elaboración propia con información de la Cuenta de Hacienda Pública Federal 2000-2006 y PEF 2007-2008, SHCP.

Nota: a/Presupuesto aprobado 2007

p/Presupuesto proyectado en el PEF 2008

La fórmula para la distribución de los recursos del FASSA a las entidades federativas se establece en el artículo 31 de la Ley de Coordinación Fiscal (LCF).<sup>9</sup> En ese sentido, estos recursos tienden a tener un componente de presupuestos históricos, favoreciendo a las entidades con mayor capacidad instalada. Esta asignación del gasto de acuerdo con la capacidad instalada constituye un criterio cuyos incentivos pueden ser contrarios a la eficiencia, además de que limita la capacidad gubernamental de reasignar sus recursos a las áreas más estratégicas del sector, por ejemplo a programas de política sanitaria con una adecuada relación costo-efectividad.

Respecto al Ramo 12, también conocido como "Ramo Salud", es una partida que originalmente fue concebida dentro del PEF para dotar de recursos al rubro de gasto en salud del gobierno federal. A partir de 1997, los recursos del ramo 12 fueron descentralizados y se sumaron a otra gran aportación federal, que constituye el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).

En cuanto a la participación de los recursos federales se observó una mayor participación en la composición del gasto público en salud del 2007 y 2008. Con respecto a 2008, el 83.4% de los recursos fueron de origen federal y tan sólo el 16.6% fueron estatales, siendo el Ramo 12 el mayor aporte, 56% del total de los recursos federales, ver Figura 1. En este sentido es importante señalar que la mayor participación de los recursos federales también puede ser observado en el gasto per cápita ver Figura 2.

El gasto per cápita en salud promedio de la población sin seguridad social en 2007 era de 2,094.6 pesos, sien-

do el 84.12% de origen federal y el 15.88% estatal. Un análisis a nivel estatal reflejó heterogeneidad en la composición de los recursos a nivel per cápita, por ejemplo, en Guanajuato, la participación federal fue de 86.19% y 13.81% estatal, y en Tabasco 39.44% fueron recursos estatales<sup>10</sup>, ver Figura 3. Estas diferencias llevan a inferir que no existe una fórmula normativa para la participación de cada fuente en el financiamiento público de salud según los datos analizados.

#### El financiamiento del Seguro Popular

El caso particular del Seguro Popular dirigido a la población sin seguridad social sirve como un marco de referencia para observar las diferencias en las participaciones del orden federal y estatal. En 2008 este programa tenía una cobertura de 9,146,013 familias, esto es 27,176,914 beneficiarios de acuerdo al promedio de integrantes por hogar, 3 personas, lo cual representó el 46.6% de la población sin seguridad social. En lo que se refiere a su financiamiento a nivel nacional destacan dos fuentes federales: los recursos del ramo 12 y los del FASSA.

En cuanto a los recursos federales del Ramo 12 en 2007, el 63.1% se ejercieron en organismos desconcentrados de los cuales el 88.5% fue por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, y el 51.2% de éste se destinó al gasto en Programas Especiales en los que se incluye el componente de salud del programa Oportunidades y el Seguro Popular<sup>11</sup>.

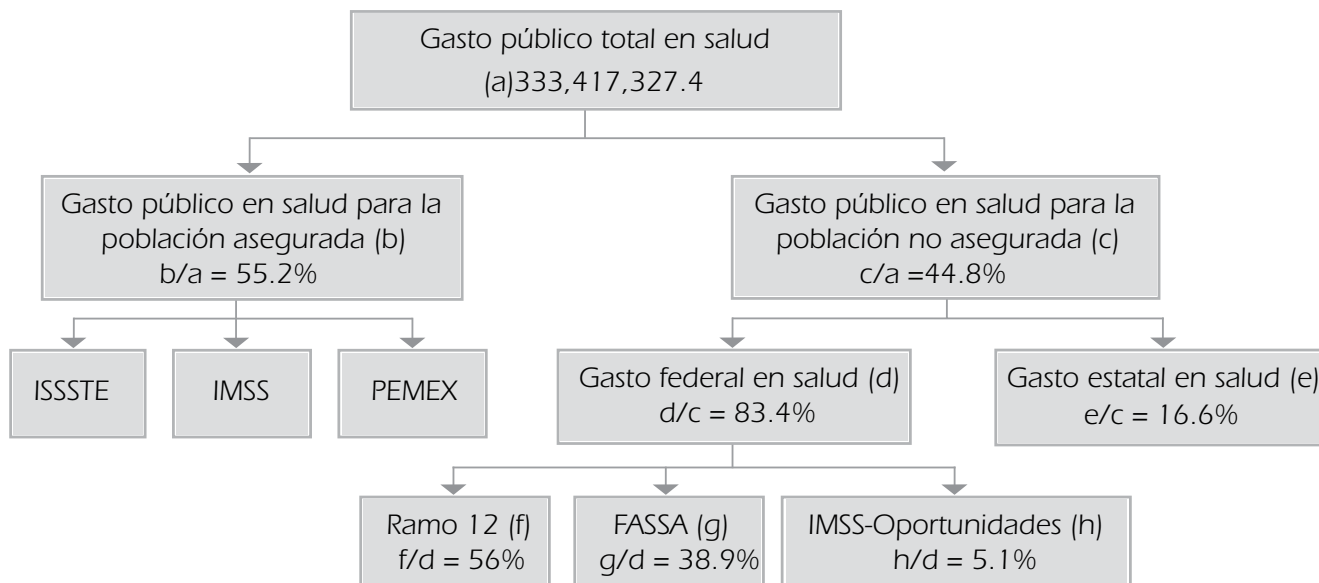


Figura 1. Composición del gasto público en salud en 2008.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS), México, 2009.

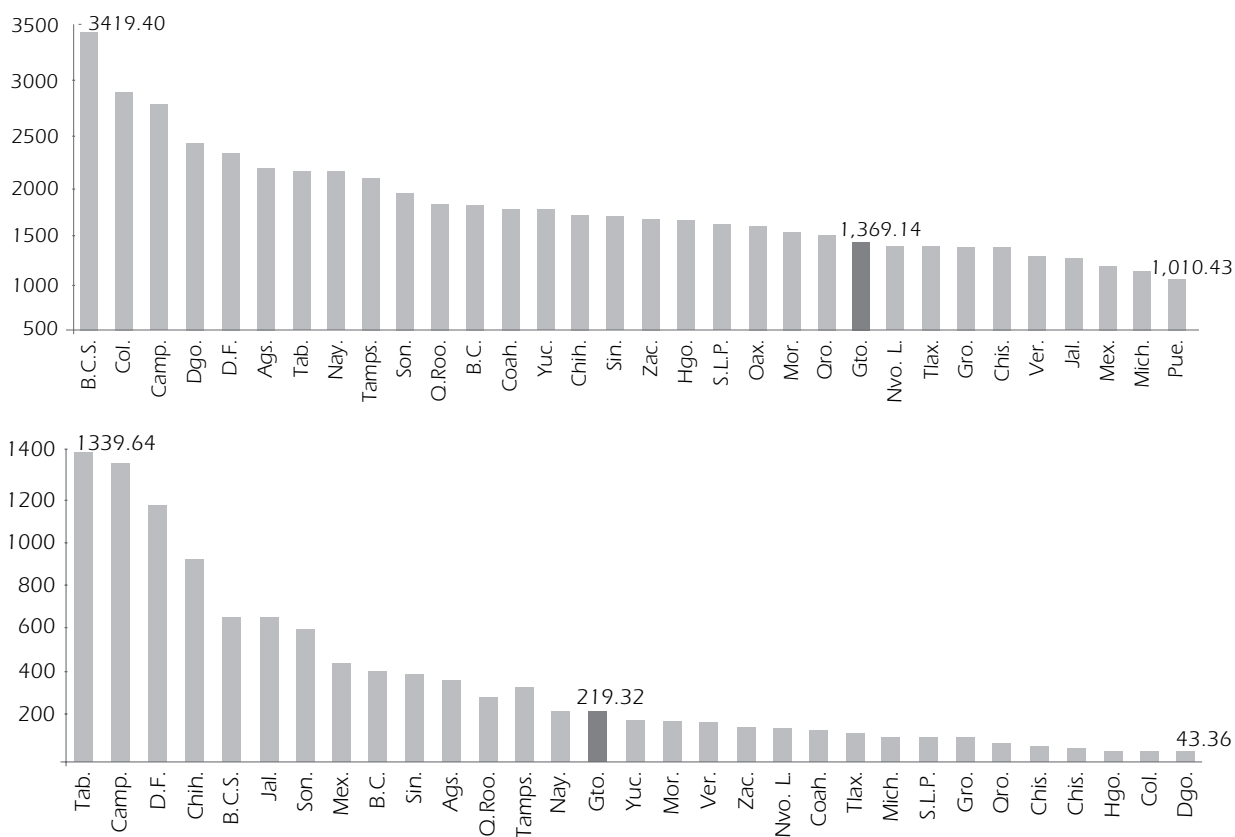


Figura 2. Gasto per cápita federal y estatal para la población no derechohabiente a nivel nacional en 2007 (pesos constantes de 2007).

Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS), Boletín de información estadística. Recursos Financieros 2007.

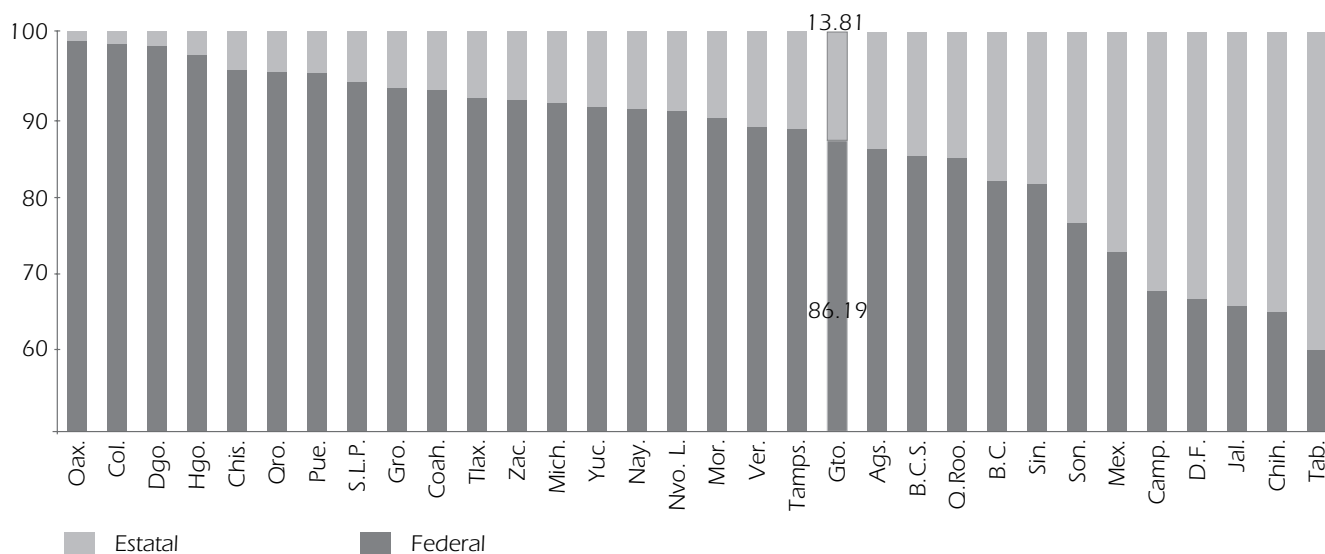


Figura 3. Proporción del gasto per cápita por origen de los recursos en 2007.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS), Boletín de información estadística. Recursos Financieros 2007.

La segunda fuente de recursos federales, es decir FASSA representaron el 36.8% del gasto federal en 2007. El FASSA que se asigna a cada estado se indexa a la inflación cada año y esto determina la variación en cada estado. Según Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) en 2007 el FASSA por concepto de gasto se destino el 83.35% al Capítulo 1000 Servicios Personales, que incluye remuneraciones al personal; el 7.24% al Capítulo 2000 Materiales y Suministros, que incluye medicamentos; el 9.39% al Capítulo 3000 Servicios

Generales, que incluye servicios de mantenimiento, conservación e instalación; y el 0.02% al Capítulo 4000 de Subsidios y transferencias.

Considerando la participación de los recursos federales y estatales se observa una heterogeneidad entre los estados, en este sentido destaca el caso de Guanajuato, donde el 74.5% de los recursos son de origen federal y 25.5% estatal, así como en el gasto per cápita en tanto que la federal es de 1,225 pesos y de 420 pesos la estatal, ver Figura 4 y 5.

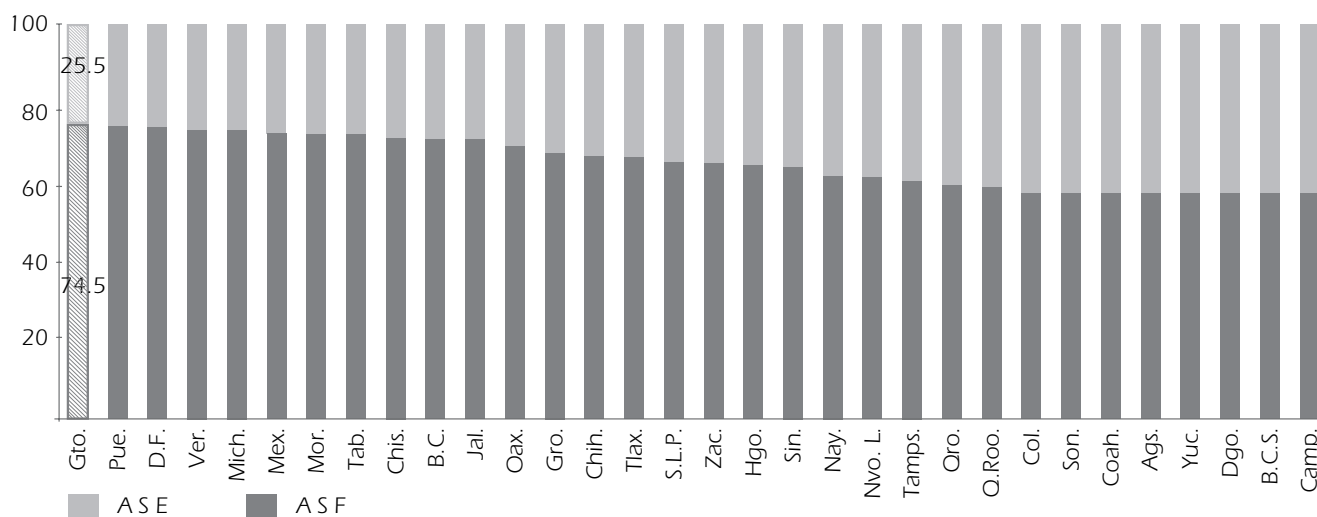


Figura 4. Proporción del gasto per cápita del Seguro Popular por origen de los recursos en 2007.

Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS), Boletín de información estadística. Recursos Financieros 2007.

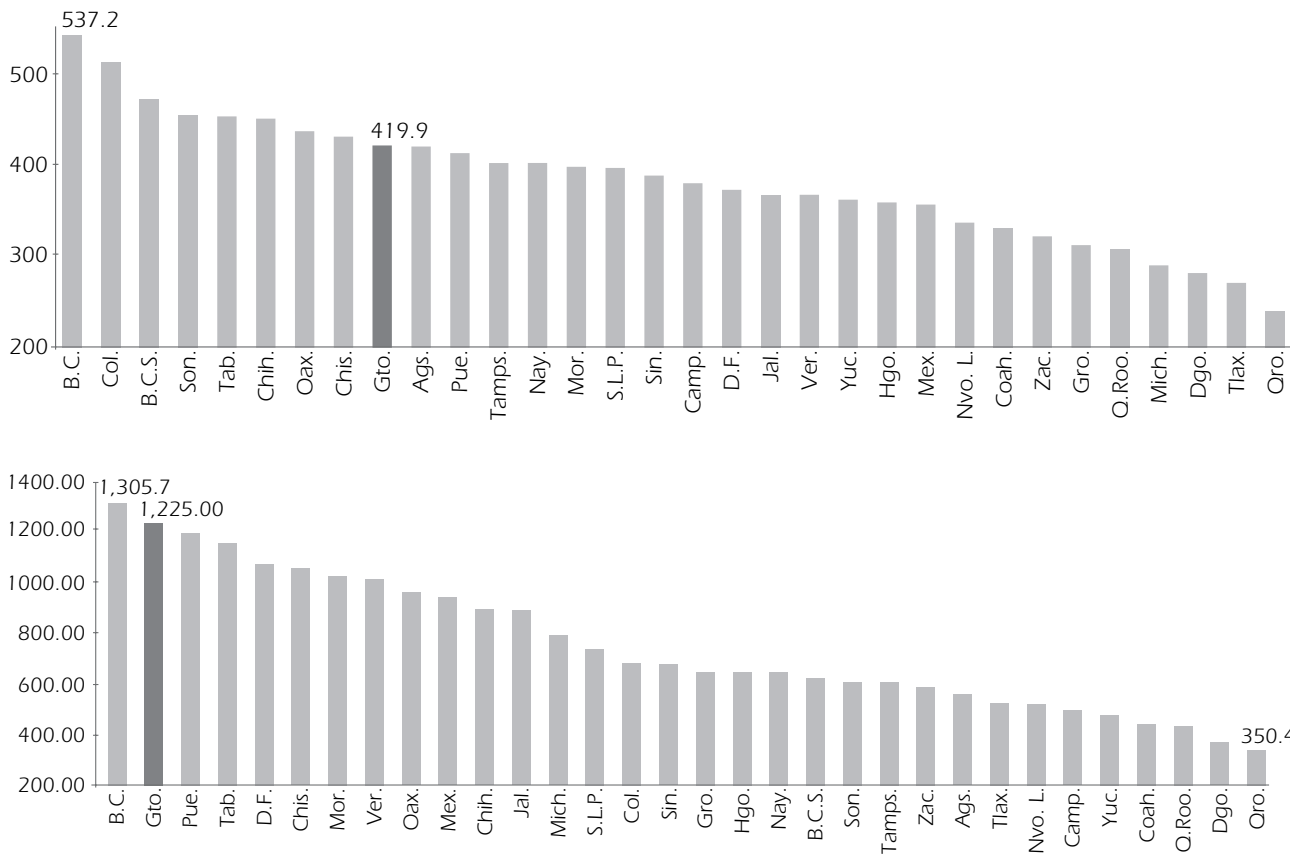


Figura 5. Gasto per cápita federal y estatal del programa Seguro popular a nivel nacional en 2007.

Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS), Boletín de información estadística. Recursos Financieros 2007. Nota: Para sacar el gasto per cápita se tomó el promedio de integrantes por familia de cada estado con datos del informe de resultados de la CNPSS del 2008.

En el caso de este programa existen reglas de asignación de los recursos federales y estatales que se encuentran señalados normativamente en fórmulas para la integración de las aportaciones solidarias federal y estatal (ASF y ASE) respectivamente, ver Figura 6.

En el Reglamento de la Ley General de Salud en el artículo décimo cuarto transitorio están establecidos los criterios para alineación de los recursos federales, en cuanto al subsidio que se transfiere efectivamente a los estados y lo destinado al fideicomiso. Para ejemplificar como se traduce este financiamiento con relación a la composición del gasto para este programa se presenta la situación del estado de Guanajuato, ver Cuadro 2.

#### Normatividad del gasto federal

Además de la existencia de reglas para la integración de la ASF y la ASE, es relevante mencionar que el nivel de complementariedad de estos recursos está afectado por

la situación de la normatividad del gasto federal establecida en los Acuerdos de Coordinación entre la Secretaría de Salud (SSA) y las entidades correspondientes. Estos se caracterizan por establecer topes en el uso de los recursos federales.

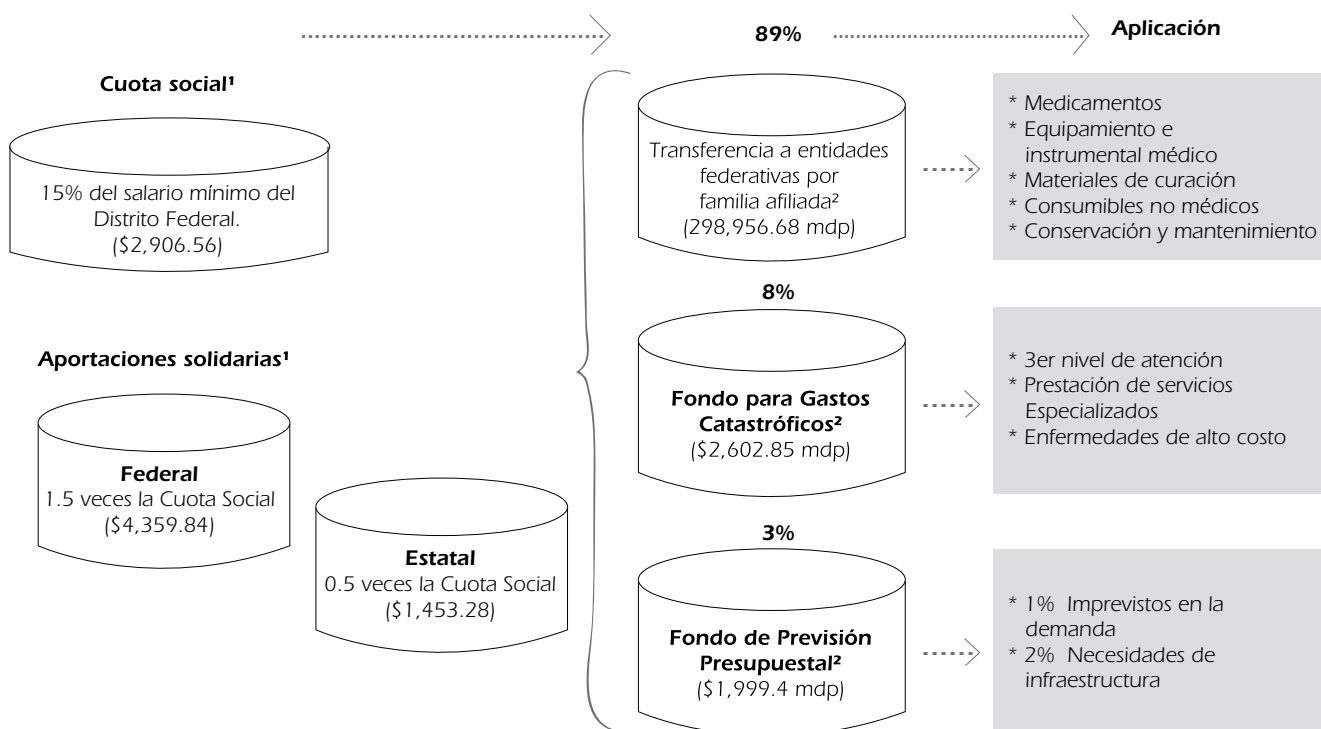
Para entender el efecto que estas barreras pueden tener en el gasto en salud se debe de tener claro lo siguiente: 1) el gasto en salud es equivalente al presupuesto ejercido y no al presupuesto autorizado ni modificado, de tal forma que el gasto refleja los costos que se derivan de las intervenciones en todas aquellas acciones destinadas al restablecimiento, mejoramiento, mantenimiento y protección de la salud y 2) el presupuesto se determina a partir de las necesidades.

Estas barreras o restricciones impuestas al ejercicio del gasto han sido establecidas en el Anexo IV del mencionado Acuerdo, conocido como Conceptos de Gasto. Este Anexo ha sufrido varias modificaciones basándose en los lineamientos establecidos en el PEF. El Anexo IV de 2008

hace énfasis en las siguientes restricciones, ver Figura 7.

Las restricciones para el ejercicio de los recursos federales se concentran en dos conceptos: 1) en las remuneraciones y 2) en compra de medicamentos. Nótese que en caso de que los requerimientos de contratación excedan el monto establecido, el estado será el responsable de buscar fuentes alternativas de financiamiento. Asimismo, el gasto en estos conceptos sólo puede ser financiado por la ASF y por la Cuota Social desde el 2008. Otra observación se refiere, al gasto en inversión en infraestructura médica nueva ya que resalta que después de que sea aprobado el proyecto, los gastos de operación de sus instalaciones serán solventados por el estado con cargo a su presupuesto y esta inversión debe de estar contemplada en el Plan Maestro de Infraestructura de cada entidad.<sup>12</sup>

Como posible resultado de estas disposiciones, se podría estar restringiendo el financiamiento de la nueva capacidad instalada, poniéndose en riesgo la inversión en la construcción de nuevas obras, que pretendan atender los excesos de demanda por servicios de salud. Bajo el supuesto de que los gobiernos estatales se fijaran metas de afiliación mayores, se requeriría de más infraestructura y fuentes de financiamiento estatales adicionales a las ya existentes en el Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud (FSPSS). Esto resultaría en que para los estados más pobres con escasa infraestructura para la provisión de los servicios implicarían en el mediano y largo plazo una mayor asignación estatal para enfrentar los gastos de operación y muy probablemente una situación financiera complicada.



1/Montos por familia

2/Cifras autorizadas en PED 2008

3/Actualizado con base en la inflación

Figura 6. Gasto per cápita federal y estatal del programa Seguro popular a nivel nacional en 2007.

Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS), Boletín de información estadística. Recursos Financieros 2007. Nota: Para sacar el gasto per cápita se tomó el promedio de integrantes por familia de cada estado con datos del informe de resultados de la CNPSS del 2008.

Cuadro 2. Composición del gasto en salud en Guanajuato del Seguro Popular en 2007 (miles de pesos constantes).

Fuente	Monto	%
Aportación Solidaria Federal (ASF)	1,167,430.00	39.97%
Cuota Social transferible	991,790.00	33.96%
Fondo de Gastos Catastróficos	19,050.00	0.65%
Fondo de Gastos Previsión Presupuestaria		0.0%
FPGC/Industria del Tabaco	2,050.00	0.07%
Aportación Solidaria Estatal (ASE)	740,140.00	25.34%
<b>Total</b>	<b>2,920,460.00</b>	<b>100%</b>

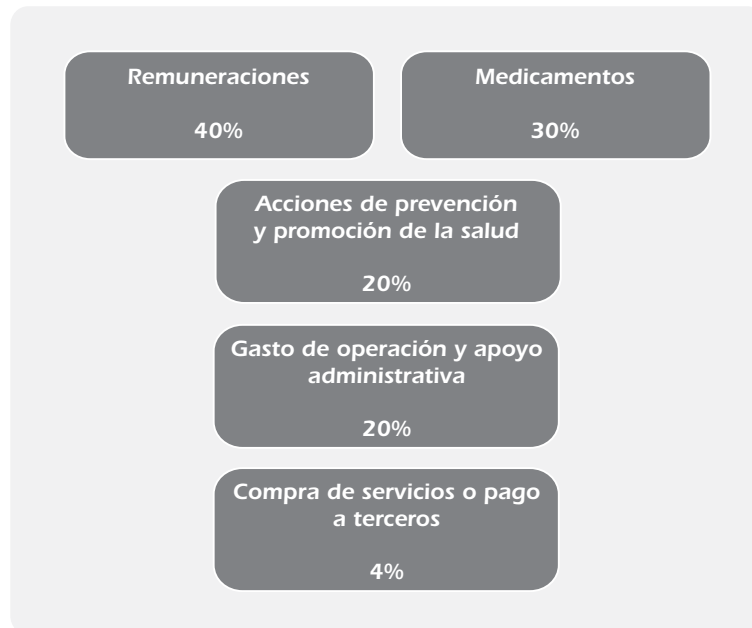


Figura 7. Limitaciones al gasto federal establecidas en el Anexo IV de 2008.

Fuente: Anexo IV de 2008 publicado por la CNPSS.

### Normatividad del gasto estatal

La normatividad en cuanto a los Lineamientos Generales de Racionalidad, Austeridad y Disciplina Presupuestal de la Administración Pública Estatal para el Ejercicio Fiscal de 2009 establece las barreras a la movilidad de los recursos entre capítulos de gasto y partidas. Las principales limitaciones al ejercicio del presupuesto son:

- Capítulo 1000 "Servicios personales", los traspasos de recursos sólo podrá hacerse entre el mismo.
- Capítulo 5000 "Bienes muebles e inmuebles", no se podrán realizar traspasos de otros capítulos de gasto a éste ni viceversa salvo autorización de la Secretaría por conducto de la subsecretaría de finanzas.
- Capítulo 6000 los recursos asignados a las partidas cuyo gasto en Obra Pública se refiere al capítulo 6000 y partidas específicas del gasto, 4306, 4951, 4997, 4747, 7803 y 7804, en ningún caso podrán ser utilizados a cubrir gasto corriente en otras partidas.<sup>13</sup>



- De la existencia de un fondo revolvente, es un mecanismo presupuestal que la Secretaría autoriza a cada una de las dependencias y entidades para que cubran compromisos de carácter urgente o de poca cuantía, derivado del ejercicio de sus funciones y presupuestos autorizados, éste gasto está autorizado para algunas partidas del capítulo 2000 y 3000.

## DISCUSIÓN

Al examinar los criterios de asignación es posible determinar que el gasto federal en salud asignado a la población sin seguridad social no necesariamente se encuentra alineado con las necesidades de salud de los estados

Una importante reflexión tiene que ver con la normatividad tanto en el nivel federal como en el estatal, ya que por el análisis documental realizado se encontró que existen restricciones a la libre movilidad de los recursos entre capítulos de gasto y partidas, pero también que el mayor peso del financiamiento público de salud es del ámbito federal dejando a los estados una mínima responsabilidad por este concepto. Además, la existencia de reglas poco claras para la asignación de recursos y el encauzamiento de los mismos a los conceptos de Remuneraciones y Medicamentos debilitan el claro entendimiento de los mecanismos de financiamiento para atender gastos no contemplados en el Anexo IV de los convenios para el régimen estatal de protección social en salud.

Los datos que se presentan en este documento describen una interacción compleja y en aspectos confusa entre los diferentes actores involucrados en el financiamiento para la salud en México. La descentralización de los servicios ha dado lugar a un reto mayor: asegurar que los recursos públicos se asignen con criterios que permitan mejorar las condiciones de salud en general y que al mismo tiempo contribuyan a mejorar la equidad social.

Un elemento esencial que debe permear en las negociaciones presupuestales entre los diferentes niveles/ actores que contribuyen al financiamiento de los servicios de salud es considerar las particularidades de cada entidad / municipio. Las condiciones y contextos de los estados y municipios son altamente heterogéneos, lo que hace deseable un mecanismo que sin dejar de lado la necesidad de contar con criterios estandarizados, permita incluir en las fórmulas para la asignación de recursos elementos que tomen en cuenta las especificidades de cada entidad. Es decir, aspectos con las asignaciones entre capítulos deben partir de analizar las necesidades de los servicios en el estado y la complementariedad de los recursos estatales.

Estos criterios deben permear igualmente en la asignación de recursos de los estados a los municipios y/o jurisdicciones sanitarias con reglas explícitas y transparentes, que permitan contar con elementos de rendimiento

de cuentas de los recursos en todos sus niveles.

Una forma de mejorar la eficiencia presupuestal es flexibilizar las reasignaciones entre capítulos y establecer mecanismos de rendimiento de cuentas asociados a desempeño, es decir, que los recursos se justifiquen con resultados de los servicios y no a partir de asignaciones rígidas.

El financiamiento federal sigue estando afectado por los presupuestos históricos, lo que tiende a mantener las inequidades entre entidades y en ese sentido no incentiva la complementariedad de los fondos, demandando una mayor inversión a los estados con mejores recursos.

## REFERENCIAS

1. Arredondo A, Recaman L. El financiamiento de la salud en México: algunas evidencias para las políticas del sector. *Hitos Ciencias Econom Administr.* 2003; 23:9-16. [actualizado 2003; acceso 17-11-2010] Disponible en: [http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/hitos/ediciones/23/original\\_arredondo.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/hitos/ediciones/23/original_arredondo.pdf).
2. Molina Salazar E, Carbajal C. Financiamiento del sistema de salud y equidad en México [Internet]. [publicado 20-01-2010; acceso 17-11-2010] Disponible en: <http://www.imagendelgolfo.com.mx/resumen.php?id=150959>.
3. Moreno JC. La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación [Internet]. [acceso 17-11-2010] Disponible en: <http://www.presupuestoygastopublico.org/documentos/salud/DT%2095.pdf>.
4. Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, H. Congreso de la Unión [México]. Presupuesto de Egresos de la Federación 2009 Función Salud. [publicado 31-03-2009; acceso 17-11-2010]. Disponible en: <http://www.cefp.gob.mx/notas/2009/notacefp0152009.pdf>.
5. Secretaría de Salud. Presupuesto 2008 en Salud. México: Dirección General de Programación Organización y Presupuesto, México; 2008. p. 24.
6. Reyes-Tépach M. La asignación presupuestaria del gasto federalizado en México, por entidad federativa y ramos, 2000-2008. México: Subdirección de Economía de los Servicios de Investigación y Análisis adscrita al Centro de Documentación, Información y Análisis de la Cámara de Diputados; abril 2008. p. 133.
7. Secretaría de Salud [México]. Ley General de Salud. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; 2005.
8. Barceinas CM. Origen y funcionamiento del Ramo 33. México: Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal de la Secretaría de Gobernación [Internet]. [acceso 17-11-2010] Disponible en: [http://www.e-local.gob.mx/work/resources/SPC/analisis\\_sintetico\\_ramo33.pdf](http://www.e-local.gob.mx/work/resources/SPC/analisis_sintetico_ramo33.pdf).
9. Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. Ramo 33 Aportaciones federales para entidades federativas y municipios. Cuadernos de Finanzas Públicas. México: Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión; 2006. [acceso 17-11-2010] Disponible en: <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/cefp0362006.pdf>.
10. Sistema Nacional de Información en Salud. Recursos Financieros. México: SSA. [acceso 2-08-2009] Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/index.html>.
11. SSA. Presupuesto en salud 2008. En: Dirección General de Programación y Presupuesto, editor. México 2008. p. 24 p.
12. Nayarit Gd. Anexo IV Conceptos de Gasto Nayarit 2008 [Internet]. [acceso 17-11-2010] Disponible en: <http://seguropopular.nayarit.gob.mx/documentos/convenios/convenios.html>.
13. Lineamientos Generales de Aplicación de Recursos en Materia de Obra Pública y Operación de Programas de Inversión para el Ejercicio Fiscal de 2009. México; 2009.