



Primera
Convención Nacional Hacendaria

Mesa de Gasto Público

Propuesta ejecutiva en materia de Salud

Junio de 2004

Propuesta ejecutiva en materia de salud

Contenido

1. Diagnóstico	
1.1. Clasificación de los bienes de la salud.....	1
1.2. Continuidad a las innovaciones en materia de salud.....	5
2. Propuesta de gasto público en materia de salud.....	6
2.1. Metodología para la elaboración de la propuesta	
2.1.1. Adecuación del Modelo de Clasificación Funcional Homologable	7
2.1.2. Otros criterios de análisis	7
2.2. Explicación de la propuesta de gasto público en materia de salud	
2.2.1. Marco jurídico.....	8
2.2.2. Bienes públicos nacionales y regionales: Competencia de la Federación.....	11
2.2.3. Prestación de servicios de salud a la persona: Competencia de las entidades federativas y los municipios.....	12
3. Aplicaciones de la propuesta de gasto público en materia de salud.....	12

1. Diagnóstico

1.1 Clasificación de los bienes de la salud (distinción por tipo de bienes)¹

Uno de los cambios más recientes que ha experimentado el sector salud en México ha sido la adopción de una visión que le permite proveer y brindar bienes y servicios de la salud conforme a su naturaleza.

Esta distinción ha permitido entender que las fuentes de financiamiento y las reglas para generar bienes y servicios de salud deben ser congruentes con la naturaleza del bien. A continuación se describe en términos generales el marco conceptual que permite distinguir los diferentes tipos de “bienes de la salud”.

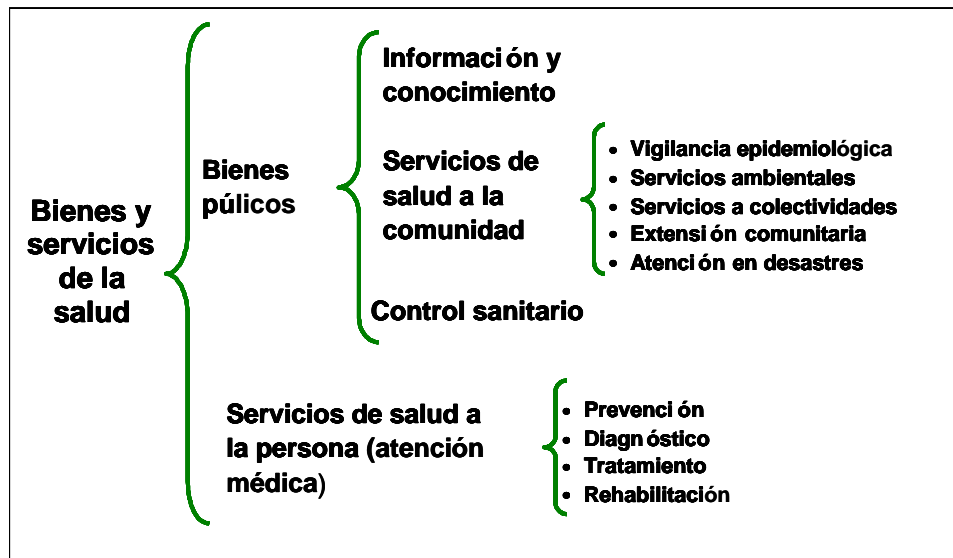
Los sistemas de salud tienen como objetivo fundamental mejorar las condiciones de salud de la población. Para cumplir con este objetivo realizan acciones a las cuales se les puede denotar en términos generales como “bienes de la salud”. Estos bienes se clasifican según su naturaleza² en bienes públicos y servicios de salud a la persona, como se muestra en la Figura 1.1.

¹ The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. OMS, Ginebra 2000.

² Para clasificar los bienes de la salud se utilizan las definiciones dadas por la teoría económica mediante las cuales se distingue entre bienes “públicos” y “privados”.

Bienes públicos: Se entienden como aquellos bienes o servicios que no se agotan cuando los consume un individuo o grupos de individuos. Al mismo tiempo el consumo del bien por parte de una persona no excluye su consumo por parte de otras personas. Tal es el caso, por un lado, de las tareas vinculadas a la generación de conocimiento derivado de la información así como la investigación científica y, por el otro, de los servicios de salud pública dirigidos a colectividades tales como la vigilancia epidemiológica, la salud ambiental, la atención en caso de desastres, el control de vectores y la regulación sanitaria. Otra característica de estos bienes es el hecho de que se proveen independientemente de que las personas acudan a demandarlos.

Figura 1.1. Principales innovaciones: clasificación de los bienes de la salud



Los bienes y servicios anteriores se caracterizan por estar dirigidos a la población en su conjunto, independientemente de su condición de afiliación, por dirigirse a grupos de población o colectivos y no a personas en lo individual.

En términos generales, bajo el rubro de bienes públicos se deberán incluir los siguientes bienes y servicios:

- colectivos,
- ambientales,
- de regulación, incluyendo el control sanitario de bienes y servicios y la instrumentación del marco regulatorio de la atención a la salud,
- vigilancia epidemiológica,
- atención de desastres, y
- educación/promoción de la salud.

En adición a los servicios anteriores, en este rubro están comprendidos aquellos servicios de salud que si bien se dirigen a la persona (y en ese sentido se consideran

bienes privados) se caracterizan por generar **externalidades**.³ En estos casos, la prestación del servicio genera un beneficio no sólo para quien lo recibe sino que el beneficio se extiende al resto de la población. Un buen ejemplo son las jornadas nacionales de vacunación. El acto de vacunación en sí mismo, se dirige exclusivamente a la persona. De hecho, la aplicación de una vacuna en una persona excluye la posibilidad de que otra persona reciba la misma vacuna. Sin embargo, mediante esta actividad no sólo se elimina el riesgo de enfermedad para la persona vacunada sino que también se reduce el riesgo de enfermedad para otras personas.

La presencia de externalidades en el caso de algunos de estos bienes implica que el efecto positivo o negativo que la producción de este bien por parte de un estado tenga efectos inmediatos en otros estados o incluso a nivel nacional. Estos efectos, sin embargo, no son tomados en cuenta al nivel de cada entidad al momento de tomar las decisiones respecto al monto de recursos que serán canalizados para producir el bien. Con ello, se corre el riesgo de que una entidad no incorpore en sus decisiones de asignación presupuestal el costo que pudiera tener – a nivel regional o nacional- el invertir menos recursos en la producción de un bien y por lo tanto existen incentivos para subinvertir en la producción de estos bienes. Más aún, las presiones existentes para canalizar mayores recursos a otros bienes de la salud (por ejemplo la atención médica) generan presiones para que los recursos se transfieran a estos rubros, en ocasiones desprotegiendo el financiamiento de actividades tan vitales como la vacunación.

Por otra parte, muchos de estos servicios se caracterizan por ser prestados por los Servicios Estatales de Salud sin que medie la demanda explícita o espontánea de la población. Es decir, generalmente son los prestadores de los servicios quienes, independientemente de que lo solicite o no la población, “salen” a la comunidad a prestar el servicio.

En suma, las actividades comprendidas en el rubro de bienes públicos se caracterizan por los siguientes atributos:

- ser de cobertura nacional o regional, es decir, provistos independientemente de la condición de aseguramiento en salud de la población beneficiaria;
- ser servicios que se otorgan de manera gratuita para la población en el momento de su utilización;

³ Se dice que el consumo (o producción) de un bien crea una “**externalidad**” cuando un tercero se ve afectado, sin recibir pago o compensación por tal efecto, y aún cuando no esté directamente involucrado en la decisión de consumir (o producir) el bien. Si el efecto es adverso, se conoce como costo externo o externalidad negativa. Si el efecto es un beneficio para el tercero, se conoce como beneficio externo o externalidad positiva. En el caso de salud, el tratamiento o prevención de enfermedades contagiosas genera externalidades positivas para la población, mientras que la falta de prevención o tratamiento de dichas enfermedades genera una externalidad negativa. En el ejemplo específico de la vacunación, cuando se vacuna a una persona el beneficio es para la persona pero además para la población en tanto se reduce el riesgo de contagio para el resto de la comunidad.

- ser acciones de impacto colectivo, que pueden prestarse simultáneamente a todos los miembros de la comunidad o a un grupo de población específica;
- ser servicios que deben proporcionarse independientemente de la existencia de una demanda explícita para los mismos, es decir, no requieren necesariamente de la participación activa de la comunidad, y
- prestar el servicio para una persona no reduce la cantidad de recursos disponible para otros miembros de la población.

El financiamiento de los bienes públicos de la salud debe seguir una lógica presupuestal clásica sustentada en impuestos generales, en tanto son bienes que benefician a la población en su conjunto, independientemente de su afiliación a alguna institución pública de salud. Dadas las características de estos servicios es fundamental garantizar su financiamiento de manera independiente.

Servicios de salud a la persona (atención médica): Se refiere a los servicios típicamente conocidos como “atención médica” y que son consumidos por cada persona. Estos servicios se brindan cuando la persona se presenta en la unidad de atención solicitando espontánea o explícitamente la prestación del servicio. La atención médica comprende servicios otorgados principalmente mediante la interacción directa del médico o personal paramédico con el paciente. En este rubro se incluyen servicios tales como:

- preventivos (cuando no generan una reducción externa de riesgos);
- diagnósticos confirmatorios aplicados a la persona en las unidades de salud;
- curativos (se incluyen tratamientos que no implican una reducción externa de riesgos);
- paliativos y
- de rehabilitación y limitación del daño.

Dada la incertidumbre en el riesgo de sufrir una pérdida de la salud, el financiamiento de los servicios de atención médica debe sustentarse en una lógica de aseguramiento público. Bajo esta lógica, la población afiliada contribuye al financiamiento mediante el pago de una cuota familiar de acuerdo a su capacidad de pago, por la que recibe un conjunto de beneficios explícitos establecido en un catálogo de intervenciones que toma en cuenta las necesidades de salud de la población. Con ello, se logra financiar la prestación de los servicios bajo el principio de solidaridad financiera⁴.

Más allá de preferencias ideológicas o regímenes políticos, existe consenso general de que los servicios de salud deben financiarse mediante contribuciones realizadas antes del momento de utilizar los servicios. Las características intrínsecas de los

⁴ El principio de solidaridad financiera es el que permite hacer accesible el precio del aseguramiento así como sustentable financieramente al sistema, dado que a partir de las contribuciones de las personas sanas se pagan las curas de los enfermos; con las aportaciones de los jóvenes se cubren las de los ancianos, entre otros ejemplos.

fenómenos de la salud -especialmente la incertidumbre que los rodea- hace necesario tratar su financiamiento como un problema de aseguramiento que proteja a las familias del riesgo de un pago excesivo. La forma más justa y eficiente de lograr ese aseguramiento es mediante el financiamiento público, que en casi todos los países implica una mezcla de impuestos generales y contribuciones a esquemas de seguridad social. La finalidad del SPSS es ampliar el financiamiento público para que incluya también a los trabajadores independientes e informales bajo un sistema universal de protección social en salud, sustentado en reglas de financiamiento conceptualmente equivalentes.

1.2 Continuidad a las innovaciones en materia de salud

El 1 de enero de 2004 entró en vigor la reforma a la Ley General de Salud (LGS) mediante la cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Esta reforma fue aprobada por el Congreso de la Unión el 30 de abril del 2003 y tiene como objetivo primordial hacer efectivo el derecho a la protección de la salud establecido en el artículo 4º Constitucional.

Para ello, fue necesario establecer un esquema de aseguramiento público en salud para la población sin acceso a la seguridad social que fuese financiado mediante recursos federales y estatales bajo reglas claras que permitiera vincular la asignación de recursos con la demanda. La reforma plantea un conjunto de innovaciones en materia de financiamiento del sector salud dirigidas a promover lo siguiente:

- *Ordenar las asignaciones actuales de recursos:* La reforma establece un vehículo único para acomodar la multiplicidad de fuentes de recursos para la atención médica de la población no derechohabiente de la seguridad social. Para ello se establecen reglas claras de financiamiento dependiendo del tipo de bien o servicio que produce el sistema de salud. Así, bajo la reforma es posible distinguir entre aquellos servicios considerados como bienes públicos, es decir, aquéllos que no son privativos de una persona o paciente en particular, sino que benefician a la comunidad en su conjunto, de aquellos servicios dirigidos a la persona (bienes privados) como es el caso de la atención médica. En el primer caso, se trata de servicios que deben ser provistos a la población en general, independientemente de su condición de aseguramiento. Por su parte, los servicios de atención médica a la persona son aquéllos comprendidos en los beneficios explícitos para la población afiliada al SPSS (ver sección 2.2).
- *Corregir gradualmente los desequilibrios financieros y las inercias históricas:* Uno de los desequilibrios financieros que se observan en el sector salud es la falta de vinculación entre la presupuestación de recursos y la demanda por servicios. Tradicionalmente los métodos de presupuestación se efectúan considerando como criterios variables asociadas a la oferta de servicios, tales como los capítulos de gasto y las necesidades para sufragar los gastos de operación de la infraestructura existente. Lo anterior, sin que exista necesariamente un vínculo claro con la población a la cual se debe prestar los

servicios en una determinada región. En ese sentido, mediante la reforma se busca que los recursos tanto federales como estatales se asignen conforme al número de familias que han de recibir los servicios. Este criterio permite vincular la asignación de recursos con la demanda por servicios.

- *Transitar hacia una lógica de aseguramiento público para financiar la atención médica:* Otro de los desequilibrios financieros observados en el sector consiste en el alto predominio del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento.⁵ Con el SPSS se extenderá la protección financiera a través del aseguramiento público en salud, mediante la sustitución gradual del pago de cuotas de recuperación al momento de la atención por una cuota familiar anual y anticipada conforme a la condición socioeconómica de las familias afiliadas. Dichas familias contarán con la prestación de un conjunto explícito de servicios de salud que incluirá, sin costo adicional, los medicamentos asociados a los tratamientos correspondientes.
- *Establecer la corresponsabilidad entre órdenes de gobiernos y con la ciudadanía:* Mediante la definición de reglas claras de financiamiento, la reforma busca promover la coparticipación del gobierno federal y los gobiernos estatales en el financiamiento de la salud, particularmente en lo que se refiere a la prestación de servicios de salud a la persona (ver apartado 2.2). Lo anterior, acompañado de una mayor precisión en la definición de atribuciones entre órdenes de gobierno y el uso de acuerdos de coordinación como instrumento de entendimiento en materia presupuestal. Asimismo, mediante la sustitución de las cuotas de recuperación por el cobro de cuotas familiares en función del nivel socioeconómico, la protección de la salud se concibe como una responsabilidad compartida por el gobierno y la sociedad.

2. Propuesta de gasto público en materia de salud

La propuesta establece las competencias entre órdenes de gobierno de acuerdo a las principales funciones que realiza el sistema de salud, las materias de salubridad general y la reciente reforma a la Ley General en Salud en materia de protección social en salud, de igual forma la propuesta plantea la asignación de los recursos para el financiamiento de los bienes de la salud con base en su naturaleza entre bienes públicos y servicios de salud a la persona (atención médica) y pasar de un financiamiento sustentado en la oferta a un esquema con base en la demanda.

Concretamente, la propuesta busca asignar al Gobierno Federal la responsabilidad primaria de la rectoría, el financiamiento y la provisión de los “bienes públicos” nacionales y regionales, comprendidos por: información y conocimiento, servicios de

⁵ El gasto de bolsillo comprende aquellas erogaciones monetarias que realizan directamente los hogares al momento de demandar los servicios o adquirir medicamentos. Esta fuente de recursos es inequitativa e ineficiente en tanto: los hogares deben pagar un monto independientemente de su capacidad de pago, se realiza en momentos de apremiante necesidad con lo que se favorece el gasto en atención curativa y no preventiva; además de reducir la capacidad de elección informada de compra o consumo de servicios.

salud a la comunidad y control sanitario. En lo referente a los servicios de salud a la persona (atención médica) se propone asignar la competencia primaria a los gobiernos estatales en la provisión de los servicios e incorporar a los municipios a dicha función. El financiamiento de los bienes públicos nacionales y regionales por parte del Gobierno Federal se propone que considere las siguientes características: conservar su naturaleza federal, tener especificación del objeto del gasto, mantener la rendición de cuentas en el ámbito federal, que su definición y asignación sea realizada por la Secretaría de Salud con base en criterios de interés nacional.

2.1 Metodología para la elaboración de la propuesta

2.1.1 Adecuación del Modelo de Clasificación Funcional Homologable

Para el caso específico de la función de salud se estableció una adecuación de modelo con el propósito de compatibilizarlo con el esquema de salud pública, de acuerdo a lo siguiente:

Subfunción dice:		Subfunción debe decir:	
8.1	Fomentar la salud	8.1	Bienes Públicos Nacionales y Regionales
8.2	Proporcionar atención médica	8.2	Servicios de salud a la persona
8.3	Brindar asistencia social	8.3	Asistencia social

En dónde, la subfunción 8.1 “Bienes Públicos” se desagrega en un tercer nivel de clasificación funcional, para facilitar su análisis e interpretación:

- 8.1.1. Información y conocimiento
- 8.1.2. Servicios de salud a la comunidad
- 8.1.3. Control sanitario

Adicionalmente, para cada una de las subfunciones, incluyendo su desagregación de tercer nivel, se estableció una asociación con cada tramo de la función producción, la cual está compuesta por rectoría, financiamiento y provisión e infraestructura.

Una de las implicaciones del modelo metodológico empleado fue el haber prescindido en éste análisis de la subfunción de asistencia social. La razón, es su vínculo horizontal entre distintos sectores, lo que dificulta su definición, además de que no se presentó a la Mesa de Gasto Público una propuesta en concreto en la materia.

Para el análisis funcional-competencial en materia de salud se ha utilizado una reagrupación de la función producción con la que cuenta el modelo de Clasificación Funcional Homologable. Originalmente éste cuenta con siete tramos de la función producción: legislación, regulación, política pública, infraestructura, provisión, control y fiscalización. La reagrupación consiste en pasar de siete tramos de la función a sólo tres, siendo esta reagrupación una excepción para el caso del sector salud.

En consecuencia, los tramos de la función producción reagrupados son: rectoría que incluye legislación, regulación, política pública, control y fiscalización; financiamiento que se adiciona a la función original; y la fusión de provisión e infraestructura como un solo tramo de la función.

2.1.2 Otros criterios de análisis

Adicionalmente, los criterios que fundamentaron la asignación competencial en materia de salud se derivan primeramente de la naturaleza de los bienes y servicios que se proveen por el sistema de salud. En este sentido, conforme a lo planteado en el apartado de diagnóstico del presente documento se identifican dos tipos de bienes y servicios: públicos, que atienden a colectividades y privados, que se dirigen directamente a la atención de las personas.

A partir de la diferenciación anterior se logra identificar claramente el nivel de gobierno más adecuado para su provisión. Los bienes públicos que se dirigen a colectividades y por ende brindan una respuesta conjunta a problemas comunes deben ser proveídos por el gobierno federal, en la medida en que de esta forma se permite la articulación adecuada de medidas de solución con impacto nacional. De lo contrario, si estos bienes públicos permanecen sujetos a agendas políticas de los gobiernos locales -las cuales no necesariamente corresponden al interés nacional- existe la posibilidad de mermar significativamente su efectividad.

Los bienes privados o en el caso de salud, servicios de salud a la persona, responden directamente al principio de subsidiariedad en la medida en que resulta de mucha mayor conveniencia que la prestación de dicha atención sea realizada por el ámbito de gobierno más cercano a la población objetivo.

Un segundo criterio para la distribución de competencias es la formulación residual la cual significa otorgar competencia, a los otros ámbitos de gobierno, sobre todo en aquello que no esté expresamente asignado a uno de ellos en particular (un ejemplo de la aplicación de dicha fórmula es el artículo 124 constitucional). Dicha fórmula aplica para los bienes públicos locales, los cuales son aquellos bienes y servicios con características de bien público pero cuyos efectos se limitan al ámbito de la entidad federativa.

El tercer criterio aborda los conceptos de obligación o responsabilidad última y el de prerrogativa. La responsabilidad última implica que quién ostenta la competencia es el responsable último por su cumplimiento, mientras que la prerrogativa permite la posibilidad de que aún cuando la competencia éste asignada en forma explícita a un determinado orden de gobierno ello no impide la colaboración y la participación de los otros órdenes de gobierno a través de mecanismos institucionales.

2.2 Explicación de la propuesta de gasto público en materia de salud

En la matriz de propuesta del gasto público en materia de salud (anexo 1) se puede observar la propuesta de distribución competencial así como la derivación que ésta tendría en la modificación de algunos ordenamientos legales así como mecanismos del gasto público.

2.2.1 Marco jurídico

El párrafo tercero del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Esta protección se ejerce mediante el acceso a los servicios de salud, los cuales son brindados mediante la concurrencia de esfuerzos entre la Federación y las entidades federativas.

En el artículo 3º de la Ley General de Salud (LGS) se determinan los bienes y servicios materia de salubridad general; por su parte, en el artículo 13º de la LGS se establecen la distribución competencial entre ámbitos de gobierno para dichos bienes y servicios.

Los objetivos de la protección social en salud que establece la Constitución son especificados en la LGS en su artículo 2º mediante las siguientes fracciones:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Para dar cumplimiento a los objetivos de la protección social en salud se requiere de los servicios de salud, entendidos como las acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad (ver LGS, Artículo 23)

Lo anterior permite entender a los servicios de salud en términos de los objetivos a los que pretenden dar cumplimiento (ver LGS, artículo 24): de atención médica, de salud pública y de asistencia social. Esta concepción de los servicios de salud que se establece en la LGS encuentra una clara correspondencia con los tipos de bienes que

se han discutido en el apartado de Diagnóstico del presente documento, ya que los servicios de salud pública tienen características de bienes públicos, mientras que la atención médica responde a una lógica de bienes privados, es decir, de servicios de salud a la persona.

Los bienes públicos nacionales y regionales en salud se refieren, por lo tanto, a aquellas acciones realizadas en beneficio de la sociedad nacional o de colectividades regionales o supra-estatales. Dentro de esta subfusión se han agrupado tres componentes generales: información y conocimiento, servicios de salud a la comunidad y control sanitario. Para cada una de estas “sub-subfunciones” el artículo 3º de la LGS establece bienes y servicios específicos como parte de la salubridad general:

Información y conocimiento

- IX. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos.
- X. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país.

Servicios de salud a la comunidad

- VII. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.
- VIII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud.
- XI. La educación para la salud.
- XII. La orientación y vigilancia en materia de nutrición.
- XIII. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.
- XIV. La salud ocupacional y el saneamiento básico.
- XV. La prevención y el control de enfermedades transmisibles.
- XVI. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes.
- XVII. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos.
- XIX. El programa contra el alcoholismo.
- XX. El programa contra el tabaquismo.
- XXI. El programa contra la fármaco dependencia.
- XXVII. La sanidad internacional

Control sanitario

- XXII. El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación.
- XXIII. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos.

- XXIV. El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en la fracción XXII y XXIII.
- XXV. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley.
- XXVI. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos.

La LGS mediante el artículo 13º distribuye la competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. La competencia de la Federación en términos de Rectoría para cada una de las “subsubfunciones” que integran los bienes públicos nacionales y regionales se establece en el inciso A del artículo 13º de la LGS, en las fracciones siguientes:

- I. Dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento.
- VI. Promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento.
- VIII. Realizar la evaluación general de la prestación de servicios de salud en materia de salubridad general en todo el territorio nacional.

La competencia de las entidades federativas en materia de Rectoría excluye el control sanitario, dentro de las “subsubfunciones” de los bienes públicos nacionales y regionales se especifica en el inciso B del artículo 13 de la LGS, en las fracciones que se enlistan a continuación:

- I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, II bis, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX y XX del artículo 3º de la LGS, de conformidad con las disposiciones aplicables.
- II. Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero.
- III. Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.
- VI. Vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de de la LGS y demás disposiciones aplicables.

Aún cuando la Rectoría de las tres “subsubfunciones” encuentra concurrencia entre el Ejecutivo Federal y las entidades federativas, la Provisión e Infraestructura es desarrollada mediante la participación de estas últimas y sus respectivos municipios.

Esta situación prevalece debido a la incapacidad práctica del Ejecutivo Federal para ejecutar algunas acciones de carácter nacional que requieren de la utilización de infraestructura física o en su caso de personal.

2.2.2 Bienes públicos nacionales y regionales: Competencia de la Federación

A partir de las tres divisiones pertenecientes a la “subfunción” de bienes públicos nacionales y regionales y considerando que por dicha naturaleza resulta necesario, tanto por motivos de externalidades como por efectividad, la propuesta es asignar a la Federación la competencia sobre la Rectoría en las “subsubfunciones” de información y conocimiento y en servicios de salud a la comunidad. En este sentido, se estaría atendiendo a la congruencia de asignar competencias en función de la naturaleza del bien y en beneficio del bien común.

Es importante considerar que el hecho de asignar la competencia de Rectoría a la Federación para los bienes públicos nacionales y regionales no excluye definitivamente a las Entidades Federativas en su participación. La propuesta se refiere a especificar como una obligación primaria de la Federación la provisión de dichos bienes y servicios, sin embargo, manteniendo el espacio para la participación de las Entidades Federativas como una prerrogativa, en la Provisión e Infraestructura.

La propuesta de asignar la competencia sobre los bienes públicos se basa en la fórmula residual que se expresa en el artículo 124 constitucional. Bajo este criterio, las “subfunciones” y en su caso “subsubfunciones” de bienes públicos que no sean nacionales o regionales quedan bajo la Rectoría de las entidades federativas.

2.2.3 Prestación de servicios de salud a la persona: Competencia de las entidades y los municipios

Como se mencionó anteriormente, los servicios de salud a la persona son las actividades de atención médica que se prestan a cada individuo que los requiera y por su naturaleza se definen como bienes privados.

La prestación de los servicios de salud a la persona se puede observar bajo el principio de subsidiariedad, dado que mientras más cerca se encuentre el prestador del servicio de aquel que lo reciba mejor será la atención brindada.

El análisis del marco jurídico que sustenta la actual distribución competencial con relación a la rectoría en materia de servicios de salud a la persona (ver LGS artículo 13 apartado A fracciones I, VI, VII, VII Bis, VIII y IX; y apartado B del mismo artículo fracciones I, II, III y VI) establece competencias sólo para los órdenes de gobiernos federal y estatal. Algo similar ocurre con respecto a la provisión e infraestructura (ver LGS Artículo 13 apartado A fracción III; y apartado B fracciones I y IV) y con el financiamiento (ver LGS artículo 77 Bis 12, 13, 17, 18 y 20).

En congruencia en el principio de subsidiariedad, se propone que los municipios tengan competencia en la provisión e infraestructura de los servicios de salud a la persona.

La heterogeneidad de las características y desarrollo de los municipios en materia de salud suponen una importante limitante para la asignación de competencias a nivel de funciones de salubridad general, dada la propia generalidad de las mismas. Es decir, una competencia de salubridad general es por ejemplo la atención médica, sin embargo existen municipios que en su territorio cuentan con hospitales capaces de otorgar atención médica de tercer nivel mientras que existen otros con limitantes para cubrir el primer nivel de atención.

Lo anterior nos lleva nuevamente a la aplicación del principio de subsidiariedad de forma tal que deben ser los estados y sus legislaciones en materia de salud la base sobre la cual las competencias que en términos de servicios de salud a la persona se deban definir para el ámbito municipal. Dicha decisión debe estar acompañada de un diagnóstico de la capacidad de los municipios para brindar atención médica.

3. Aplicación de la propuesta de gasto público en materia de salud

Como se mencionó, la propuesta de gasto público en materia de salud resulta en modificaciones a ordenamientos legales y mecanismos del gasto público para su aplicación.

Estas modificaciones a su vez deben contemplar:

- Promover mecanismos y reglas homogéneas entre las entidades federativas, incluyendo al Distrito Federal, en materia de gasto público.
- Promover el establecimiento de un foro o mecanismo que permita la interacción entre las áreas de finanzas y de salud del Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas en materia del proceso presupuestario.
- Además de promover una mayor equidad financiera entre entidades federativas se requiere promover una mayor equidad en el financiamiento al interior de cada entidad federativa. Lo anterior, en virtud del alto grado de heterogeneidad en los niveles de desarrollo socio-económico al interior de cada entidad (por ejemplo: entre municipios).
- La propuesta presentada deberá instrumentarse considerando criterios de gradualidad que permitan distribuir en el tiempo el impacto correspondiente bajo los esquemas de presupuestación inercial/tradicional y con ello atenuar los posibles impactos negativos en las finanzas estatales.

Particularmente, la aplicación de la propuesta en términos de bienes públicos nacionales y regionales implica:

- Identificar bienes y servicios explícitamente comprendidos en este rubro, con base en consideraciones técnicas de los expertos en salud pública de la Secretaría de Salud y con la participación de sus contrapartes respectivas en las entidades federativas.
- Que el financiamiento posea características tales como que el recurso no pierda la naturaleza federal; que tenga especificación del objeto del gasto; que la rendición de cuentas se realice en los ámbitos Estatal y federal, en los términos de su competencia y que se realice la definición y asignación por parte de la Secretaría de Salud con base en criterios de interés nacional.
- Para la fiscalización y rendición de cuentas la Secretaría de Salud comunicará ante el Consejo Nacional de Salud los resultados derivados del ejercicio de aquellos recursos públicos a los que se refiere la propuesta.
- Adicionalmente, se requerirá la adecuación del marco jurídico en lo que corresponde a esta propuesta: Ley General de Salud en términos de la distribución competencial; Ley de Coordinación Fiscal con relación a los criterios de asignación de los recursos públicos para la salud; y leyes estatales de salud haciendo referencia a la definición de los bienes públicos locales.
- Los criterios generales para su asignación en términos sociales deben responder a la población total en riesgo de salud pública de acuerdo con indicadores específicos. Así mismo, el criterio territorial deberá considerar a la densidad poblacional bajo el contexto de las necesidades de salud de cada entidad federativa y por último, el criterio de gradualidad deberá sustentarse en definir tiempos de implementación de las medidas jurídicas, administrativas y financieras en el corto y mediano plazo y reconocer los impactos de las medidas sobre la situación actualmente, abatiendo los rezagos y facilitando el tránsito de un esquema a otro.

Con relación a los servicios de salud a la persona (atención médica), la aplicación de la propuesta refiere a:

- Modificar aquellos ordenamientos legales que permitan la competencia primaria a los gobiernos estatales en la provisión de los servicios e incorporen a los municipios en dicha función, tales como: Ley General de Salud en términos de distribución competencial; Ley de Coordinación Fiscal con relación a los criterios de distribución del gasto público, leyes estatales de salud que permitan la participación de los municipios.
- Establecer mecanismos formales que permitan efectuar compensaciones entre entidades federativas por la prestación cruzada de servicios entre entidades federativas. Este mecanismo podría establecerse y administrarse a nivel federal para facilitar la colaboración y compensación entre entidades federativas.
- El financiamiento deberá respetar el que sea mediante aportaciones federales con criterios de financiamiento a la demanda y que se empleen recursos autónomos de las entidades federativas y los municipios.
- Los criterios generales de asignación deberán contemplar, referente a lo social, a la población derechohabiente de la seguridad social e indicadores de



necesidades de salud. Referente a los criterios de territorialidad es necesario emplear la densidad poblacional como una variable dependiente de las necesidades de salud de cada entidad federativa. Por parte de la gradualidad, estará sujeta a las disponibilidades fiscales del país y al reconocimiento a la heterogénea capacidad financiera de los municipios en nuestro país.