

LA DESCENTRALIZACION DE LA ADMINISTRACION PUBLICA: EL CASO DE MEXICO

JOSE FRANCISCO RUIZ MASSIEU

Ruiz Massieu, José Francisco, nació en México, es licenciado en Derecho y catedrático universitario. Fue jefe de Orientación y Servicios Jurídicos y secretario de la Asamblea General del INFONAVIT, secretario general de Gobierno en el estado de Guerrero, oficial mayor de la Secretaría de Salud y, actualmente, subsecretario de Planeación en esa dependencia. Entre sus publicaciones destacan: *Nueva administración pública federal; Empresa pública: algunos cabos sueltos; Estudios jurídicos sobre la administración pública*. El autor es Premio Nacional de Administración Pública y miembro Consejero del INAP.

I. Descentralización y Federalismo

1. La descentralización no es un fenómeno nuevo, pero recientemente se ha convertido en tesis universal. La universalización del reclamo descentralizador ha contribuido a la crisis de la teoría constitucional, que clasificaba los sistemas en federales y centrales.

Las constituciones democráticas —en particular la española de 1978 y la italiana de 1947— pusieron las bases del regionalismo constitucional que atempera los rigores concentradores del centralismo y pone en entredicho los alcances de muchos de los federalismos.

Rousseau dijo en su obra celeberrima que “hay en todo cuerpo político un máximo de fuerza del cual no debería pasarse” y que “la administración se hace más difícil cuando mayores son las distancias, al igual que un peso es mayor colocado en el extremo de una gran palanca”.¹ En la doctrina mexicana, Castillo Velasco se planteaba: “¿Debe la administración estar centralizada?. He aquí una cuestión que se ha debatido extensamente”.²

Si bien el siglo XIX fue el escenario predilecto de la centralización y el federalismo fue en mucho un esquema de vinculación de partes en proceso de disgregación, la falta de integración nacional, las dificultades de comunicación, los localismos, la

¹*El Contrato Social*. Porrúa. México, 1981. P. 25.

²*Ensayo sobre el Derecho Administrativo Mexicano*. Taller de Imprenta de la Escuela de Artes y Oficios para Mujeres. 1874. Tomo I, p. 15.

exigüedad de los recursos federales y el raquitismo de la administración nacional, militaban para que algunos gobernantes pugnarán por fórmulas descongestionadoras. Juárez, cuando fungió como gobernador del estado de Oaxaca, expresó en el informe que rindió al Congreso local que “la experiencia ha demostrado que centralizada la administración pública no puede cumplirse con uno de los fines principales de la sociedad, que es conocer de cerca las necesidades de los pueblos y procurar el remedio de ellos, bien haciendo observar y cumplir las leyes que se han expedido al efecto, o bien iniciando medidas análogas a las circunstancias y costumbres de cada lugar”.³

2. La ausencia de univocidad del término federalismo no ha sido ajena a la crisis en que ha caído este sistema de distribución de competencias. Sólo el repaso de los trabajos que ha promovido el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México sobre Canadá, Argentina, Brasil, Venezuela, Colombia, Estados Unidos, Centroamérica, la URSS, Checoslovaquia, Yugoslavia y la India,⁴ hace ver las dificultades a las que se enfrenta quien pretenda construir un esquema federal con validez teórica universal. Se alzan diferencias de tal hondura entre los distintos sistemas, que desalientan al constitucionalista más bien pertrechado.

³Ver *Gaceta Mexicana de Administración Pública Estatal y Municipal*. Instituto Nacional de Administración Pública.

⁴Varios autores. *Los Sistemas Federales del Continente Americano*. Fondo de Cultura Económica y Universidad Nacional Autónoma de México. 1972. Varios autores. *Federalismo Europeo*. Universidad Nacional Autónoma de México. 1978. Seervai. *El Federalismo en la India*. Universidad Nacional Autónoma de México. 1976.

A esa realidad protéica han de añadirse las nuevas modalidades que José Gamas Torruco identifica: federalismos coordinado, cooperativo y orgánico.⁵ Sin ignorar que la polémica conceptual ha generado amplísima y generosa bibliografía, nos acogemos a la autoridad de Mouskheli, quien después de recorrer esa bibliografía desemboca en los elementos esenciales del concepto federalismo: “El Estado federal es un Estado que se caracteriza por una descentralización de forma especial y del grado más elevado: que se compone de colectividades-miembros dominadas por él, pero que poseen autonomía constitucional y participan en la formación de la voluntad federal, distinguiéndose de este modo de todas las demás colectividades públicas inferiores”.⁶

El mismo jurista vincula federalismo y descentralización, señalando que aquél es forma superior de ésta y que a través de las diferentes modalidades de la descentralización, un sistema unitario puede acabar por transmutarse en federal.

La descentralización en un sentido lato debe verse también como un proceso tendiente a trasladar la toma de las decisiones públicas de los órganos nacionales asentados en la capital estatal hacia órganos que se hallan en el interior del país, sean éstos o no constitutivos de esos órganos nacionales. Así, se incluye a la descentralización en sentido estricto, a la desconcentración territorial y a los órganos delegacionales.

⁵*El Federalismo Mexicano*. SEP-Setentas. 1975.

⁶*Teoría Jurídica del Estado Federal*. Editora Nacional. 1981. P. 317.

Ese proceso, en sentido lato repito, puede dar lugar a la transferencia de competencias a otras personas públicas (en el caso de México, a estados y municipios), a la creación de personas morales o bien al establecimiento con criterio regional de órganos periféricos no personificados.

3. La descentralización así concebida está estrechamente vinculada al concepto región. Los regionalismos pueden conducir a la formación de esquemas federales o simplemente a sistemas descentralizados con o sin colectividades territoriales.

La región es una entidad social integrada históricamente, en tanto que las regionalizaciones son convenciones técnicas que responden a fines de eficiencia. En su ensayo "La redención de las provincias", Ortega y Gasset —a principios de la década de los treinta— atacaba el grosero error de magnificar la función política y cultural del municipio y reivindicaba el papel social e histórico de la región o comarca: "La unidad política local es la gran comarca. Organicemos a España en nueve o diez grandes comarcas...⁷ Entreguemos a los provinciales el cuidado de su región: pero, claro está, también la responsabilidad...⁸ hasta el punto de que resulte más breve enumerar lo que se retiene para la nación, que lo que se entrega a la región".⁹

El genio español desarrolló esa tesis en las Cortes Constituyentes el 4 de septiembre de 1931: "La verdadera España, aque-

⁷ *La Redención de las Provincias*. Revista de Occidente. Madrid, 1973. P. 292.

⁸ Op. Cit. P. 204.

⁹ Idem.

lla de que depende el porvenir, es esa otra España enorme, latente, profunda, agarrada al terruño, que es la provincia... yo imagino una España nueva constituida en grandes unidades regionales, cada cual con su gobierno local y con su asamblea comarcana de sufragio universal”.

El concepto regionalismo, para Thiébant Flory, se integra a base de distinguirlos de otros conceptos próximos: descentralización, desconcentración, federalismo y autonomismo.¹⁰ La región, por otra parte, puede clasificarse, dice Pedro Larumbe Biurrun, en región gubernativa (“es una demarcación por y para el Estado, en la que se descentran determinadas funciones del centro decisor central a órganos de radicación uniforme”), región local (“ente local supraprovincial con significación diferenciada del Estado, dotada de competencias y fines propios, y regida por órganos específicos de decisión y ejecución”), y región política (“auténtico ente político garantizado por la Constitución frente a la administración del Estado, al que no sólo se le transfieren competencias meramente administrativas, sino partes de soberanía nacional”).¹¹

Ante la región pueden asumirse varias posturas políticas e ideológicas: hacerla base de la definición de circunscripciones o, por el contrario, tratar de erosionarla con fines de identidad e integración nacional; dotarla o no de personalidad jurídica o bien transformarla a mera persona administrativa o elevarla al rango de persona política.¹²

¹⁰ *Le Mouvement Régionaliste Français*. Presses Universitaires de France. 1966. P. 4 y ss.

¹¹ *La Región. Aspectos Administrativos*. Editorial Montecorvo, S.A., Madrid, 1973.

¹² Argullol Murgadas. *La Vía Italiana y la Autonomía Regional*. Instituto de Estudios de Administración Local. Madrid, 1977.

En nuestro país, el federalismo tuvo su origen en las diputaciones provinciales instituídas por la Constitución de Cádiz de 1812 y éstas, a su vez, tomaron en cuenta las regiones formadas bajo el régimen colonial.¹³

4. La carga ideológica e histórica del término federalismo, resabio de las luchas que sostuvieron sus partidarios con los centralistas, ha impedido que aflore en México la región como entidad social e histórica. Muy recientemente han aparecido las regionalizaciones en su dimensión de circunscripciones administrativas.

En nuestro régimen constitucional sólo hay cabida para tres tipos político-territoriales: la federación, las entidades federativas (estados y Distrito Federal) y los municipios, puesto que los territorios, a partir de 1974, acabaron por desaparecer del mapa constitucional. Así, las regiones no tienen relevancia constitucional ni poseen personalidad jurídica y entidad político-territorial.

Asimismo, esa carga que conlleva el federalismo, hasta hace pocos años, hizo innecesario el manejo de la expresión descentralización.

Las piezas básicas son el Estado federado que pactó y refrendó la creación de la federación: y el municipio, institución local que se estructura a partir de las prescripciones de la Constitución general.

¹³Benson Nettie Lee, *La Diputación Provincial y el Federalismo Mexicano*. El Colegio de México, 1955.

La federación mexicana se levanta sobre la idea de la solidaridad, ésto es, sobre el quehacer común de las entidades dirigido al logro de fines comunes. La solidaridad lleva a la reconstrucción de la vida institucional de las entidades, al apoyo recíproco y a la unión y a medidas correctivas de desigualdades regionales.

Los fines comunes están constituidos por el desarrollo equilibrado y nacionalista. La solidaridad impone a las entidades y a la Unión la obligación de contribuir al desarrollo nacional y su derecho a obtener beneficios, y el de que las deficiencias sean suplidas con la ayuda del resto de las entidades y el concurso de los poderes nacionales (principio de subsidiariedad federal).

El principio de solidaridad no figura expresamente en la Constitución ni ha sido suficientemente trabajado por la jurisprudencia y la doctrina mexicanas. Por el contrario, la Constitución española de 1978 previene, en su artículo 2o., que “la Constitución se fundamenta en la indisoluble unidad de la nación española, patria común e indivisible de todos los españoles, y reconoce y garantiza el derecho a la autonomía de las nacionalidades y regiones que la integran y la solidaridad entre ellas”.

El artículo 138, por su parte, dispone que “el Estado garantiza la realización efectiva del principio de solidaridad consagrado en el artículo 2 de la Constitución, velando por el establecimiento de un equilibrio económico, adecuado y justo entre las diversas partes del territorio español y atendiendo en particular a las circunstancias del hecho insular”; y los artículos 156.1 y 158.2 completan diciendo, respectivamente: “Las comunidades autónomas gozarán de autonomía financiera para el desarrollo

y ejecución de sus competencias con arreglo a los principios de coordinación con la hacienda estatal y de solidaridad entre todos los españoles” y “con el fin de corregir desequilibrios económicos interterritoriales y hacer efectivo el principio de solidaridad, se constituirá un fondo de compensación con destino a gastos de inversión, cuyos recursos serán distribuidos por las Cortes Generales entre las comunidades autónomas y provincias, en su caso”.

La Constitución de Alemania Federal, con otra terminología, también consagra el papel de la solidaridad en el logro de un desarrollo regionalmente equilibrado: “artículo 91 (a).1.: La federación cooperará en los siguientes sectores en el cumplimiento de tareas incumbentes a los Lander (estados), cuando dichas tareas fueren de importancia para la colectividad y se requiera la cooperación de la federación para mejorar las condiciones de vida (tareas comunitarias)”.

II. La Descentralización en México

1. Conviene recordar que la descentralización en nuestro régimen constitucional puede evolucionar a través de dos vías que pueden usarse independiente o juntamente: la legislativa y la convencional.

La primera consiste en la redistribución de competencias a través de reformas a la Constitución General, a fin de ampliar las atribuciones de los estados y reducir, correlativamente, las de los poderes de la Unión. Esa vía se ha usado escasamente desde que se iniciara el proceso de reversión de la federalización o sea desde la década pasada. Por contra, un examen de las tendencias que subyacen en reformas y adiciones que han teni-

do lugar, lleva a reconocer que la competencia federal se ha ensanchado dramáticamente.¹⁴

Es precisamente en la materia sanitaria que se ha dado el caso más señalado de descentralización por vía constitucional. Mediante la adición del párrafo tercero del artículo 4o. constitucional, se establece el carácter concurrente de esa materia: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".¹⁵

Ese párrafo, como lo hizo el citado artículo 73, en su fracción XVI, implica —dice don Felipe Tena Ramírez— una verdadera delegación constituyente al legislador ordinario, pues será éste y no la Constitución, quien reparta la competencia entre la federación y las entidades federativas.¹⁶

Los sucesivos códigos sanitarios de los Estados Unidos Mexicanos, que debieron distribuir la materia entre los dos niveles de gobierno, acabaron por federalizarla casi en su totalidad. La adición de 1983, para revertir el proceso federalizador, explicitó

¹⁴ Valadés, Diego. *La Constitución Reformada en "Los Derechos del Pueblo Mexicano"*. México, Manuel Porrúa, S.A., Librería, 1979, Tomo XII.

¹⁵ Soberón, Guillermo, et alius. *Derecho Constitucional a la Protección de la Salud*. México, Miguel Angel Porrúa, 1983.

¹⁶ *Derecho Constitucional Mexicano*. Porrúa, 1983.

el carácter concurrente (coincidente, según la terminología norteamericana) de esa materia.

La otra vía de la descentralización la constituyen los convenios de coordinación que celebran el ejecutivo federal y los gobernadores de los estados. Esos instrumentos convencionales redistribuyen el ejercicio de la competencia administrativa, que no la legislativa, que otorga la Constitución General de la Unión.

En un opúsculo anterior a la adición de la fracción X, recomendamos que la utilización de esos instrumentos fuera prevenida en la propia Constitución, por tocar la distribución de competencias y afectar a los particulares que deben conocer quién es la autoridad competente.¹⁷ Esa fracción dispone que “la federación y los estados, en los términos de ley, podrán convenir la asunción por parte de éstos del ejercicio de sus funciones, la ejecución y operación de obras y la prestación de servicios públicos, cuando el desarrollo económico y social lo haga necesario.

Los estados estarán facultados para celebrar esos convenios con sus municipios, a efecto de que éstos asuman la prestación de los servicios o la atención de las funciones a las que se refiere el párrafo anterior”.

La multicitada fracción proporciona —aunque a posteriori— la base constitucional al artículo 22 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y a un buen número de ordena-

¹⁷ *La Naturaleza Jurídica del Convenio Único de Coordinación*. Instituto de Administración Pública del Estado de Guerrero, 1981.

mientos secundarios, que institúan los convenios en materia electoral, sanitaria, educativa y fiscal.¹⁸ Ese precepto establece que “El Presidente de los Estados Unidos Mexicanos podrá convenir con los gobernadores de federación, satisfaciendo las formalidades legales que en cada caso procedan, la prestación de servicios públicos, la ejecución de obras o la realización de cualquier otro propósito de beneficio colectivo, a fin de mejorar los servicios, abatir costos o favorecer el desarrollo económico y social de las propias entidades federativas”.

A partir del Convenio Unico de Coordinación —hoy transformado en Convenio Unico de Desarrollo—, instituído el 5 de febrero de 1977, la vía convencional se consolidó como el instrumento idóneo para dar impulso a la descentralización en el corto plazo.

En torno a esas dos vías descentralizadoras, la legislativa y la convencional, se pueden identificar varias fórmulas para descentralizar la administración pública federal, las cuales lamentablemente no pueden examinarse en este trabajo: a) redistribución del ingreso fiscal mediante la participación de los estados y municipios en el rendimiento de impuestos federales, a cambio de que se inhiban de imponer cargas fiscales a las mismas fuentes para así evitar la múltiple tributación; b) desconcentración territorial a través de la creación de órganos administrativos desconcentrados o bien de delegación en el interior del país; c) transferencia del ejercicio de facultades federales junto con los recursos correspondientes; d) relocalización de unidades adminis-

¹⁸El artículo 18 constitucional contemplaba convenios en materia de ejecución de penas y readaptación social.

trativas o de entidades paraestatales en los estados; e) traspaso de participaciones en el capital de entidades paraestatales que se encuentren domiciliadas en los estados cuando incidan importantemente en el desarrollo de los mismos; f) transferencia de recursos federales a los estados, a fin de que éstos ejecuten obras o presten servicios; g) readscripción de personal de las oficinas centrales a los estados; h) asignación preferente de inversión y de recursos de operación a los estados con criterios de desarrollo regional; i) de manera excepcional, reformas descentralizadoras de la Constitución en cuanto al reparto de competencias; y j) la participación de las entidades y municipios en el proceso de decisiones federales (Comités de Planeación del Desarrollo de los Estados). Es de señalar, por otra parte, que si bien es posible identificar precedentes, México no ha utilizado las fórmulas de descentralización funcional con criterio territorial.

2. La descentralización de los procesos administrativos, políticos y sociales o sea la descentralización del aparato público y de la sociedad, según se ha dicho ya, es una demanda universal, que se halla presente tanto en los países industrializados como en los subdesarrollados, lo mismo que en los sistemas de libre mercado, de economía centralmente planificada o de economía mixta.

La descentralización, sobre todo en su vertiente de regionalismo, ha encontrado alojamiento en las plataformas electorales y en los movimientos políticos de Europa occidental (señaladamente de España, Gran Bretaña y Francia), así como de Canadá (recuérdese el movimiento *Quebecois*), en particular en su expresión de representación política y de reparto descongestionador de competencias públicas.

Esa demanda también se ha alojado en las constituciones del siglo XX de Europa, tanto en las que han instituido sistemas federales como las que han construido fórmulas centralistas.

En la actualidad, la descentralización se mira, ciertamente con justicia, como una modalidad del proceso de vigorización del federalismo, esquema de gobierno irrevocablemente instituido a nivel constitucional desde la generación liberal, pero persistentemente vulnerado por la dinámica histórica. Durante los primeros regímenes revolucionarios, la necesidad de descentralizar los procesos administrativos y sociales llevó a la instauración de agencias regionales (delegaciones, representaciones) y más tarde a un planteamiento más moderno y sistemático tendiente a lograr un mayor equilibrio en las relaciones entre los poderes de la Unión y los poderes locales. Esto último es más claro a partir de la década de los setentas.

Desde la década de los setentas se ha acelerado el fortalecimiento del federalismo a través de una distribución más equitativa de los recursos fiscales y de mecanismos de participación de la instancia estatal y municipal en procesos federales.

A pesar de que la preocupación por reivindicar el pacto federal, en sus distintas expresiones, se ha conservado durante varios lustros, ha de reconocerse que subsistieron durante largo tiempo problemas de carácter teórico y práctico, que no permitían optimismo en torno al ritmo, a la dirección y las perspectivas de la descentralización.

3. El proceso de descentralización responde a una racionalidad que conviene revisar:

Los partidarios de la descentralización han señalado que las naciones son organizaciones que deben tener una escala óptima para funcionar con eficiencia, de manera que si se rebasa el tamaño de la organización, aparecen ineficiencias que se traducen en rendimientos decrecientes. En ciertos servicios o en determinadas actividades es necesario que la organización que las tiene a su cargo no sea de carácter nacional, sino de carácter estatal o en su caso municipal, para que la gestión sea productiva. El proceso de centralización que ha vivido nuestro país desde el siglo pasado se explicó por el propósito de integrar a la nación cultural, política, social y económicamente, pero ya ha agotado sus posibilidades.

La descentralización, por otro lado, permite la vinculación entre las acciones públicas que lleva a cabo la autoridad local. Ese argumento es contundente en el campo de la salud: el cuidado de la salud, concebido como atención médica y salud pública, requiere que se vincule con otras acciones que inciden en la salud y que son manejadas fundamentalmente por los gobiernos de los estados, como son dotación de agua potable y alcantarillado, apoyos a la alimentación y cuidado ecológico.

Muchas de las actividades que ha tomado la federación durante los decenios del proceso centrípeto, requieren de una acentuada participación de la comunidad para ser efectivas y para que el Estado no suplante a la sociedad. En el campo de la salud, como en el de la educación, la participación de la familia y de las pequeñas comunidades es fundamental para que los servicios cumplan sus cometidos. Esa participación se podrá dar con más eficacia si la organizan y promueven funcionarios municipales o estatales, por ser éstos los más cercanos a la población y por

problemas de dimensionamiento que facilitan el trabajo logístico.

La descentralización es, sobre todo en su aspecto político e ideológico, un proceso tendiente a rescatar una de las decisiones fundamentales del Constituyente de Querétaro: el federalismo. El federalismo se ha visto siempre como un arreglo de competencias que apoya el desarrollo democrático, porque evita la excesiva concentración del poder en una esfera gubernamental y porque busca una distribución simétrica y equilibrada de las potestades públicas entre la órbita nacional y la de los estados.

Contra la descentralización se han alzado voces y se han enderezado múltiples argumentos, lo que la ha convertido en arena en donde confluyen los enfoques político y eficientistas. El primer enfoque se caracteriza por buscar la reivindicación de grandes decisiones fundamentales de la nación, como son el pacto federal y el municipio libre y, al mismo tiempo, por tender a un uso socialmente productivo de los recursos del pueblo; en tanto que el segundo enfoque pretende custodiar la eficiencia microeconómica, a veces sólo la productividad de una institución pública en particular y cobija, de alguna manera, la creencia de que los servidores federales y los ciudadanos capitalinos son de mejor calidad que los empleados locales y los hombres del interior.

Otros han señalado que los tiempos de crisis, que se caracterizan por las bajas disponibilidades financieras y la disminución de la producción y del empleo, no son propicios para llevar a cabo proyectos tan trascendentes como el de la descentralización de la vida nacional. Añaden éstos que en tiempos de crisis es necesario centralizar las decisiones y disciplinar a las partes que componen al país.

4. La descentralización, hemos señalado arriba, es un proceso tendiente a dar una distribución equilibrada, en términos regionales, a las acciones públicas, así como a elevar la participación de las autoridades locales en las mismas. Así y siguiendo en parte las definiciones del “Marco Conceptual y Lineamientos Generales para la Desconcentración Administrativa de la Administración Pública”,¹⁹ en cuya elaboración participé cuando fungí como director general de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se identifican tres modalidades básicas de descentralización administrativa, desde el punto de vista orgánico: la delegación regional, la desconcentración regional y la descentralización en sentido estricto.

La delegación regional es el establecimiento de órganos revestidos de facultades, que son ejercidas en determinada circunscripción y bajo el poder jerárquico del delegante. Este puede ejercer directamente esas facultades cuando lo estime conveniente.

La desconcentración regional es el establecimiento de órganos administrativos desconcentrados que poseen autonomía técnica, para uso, en determinada circunscripción, de las facultades que le fueron conferidas por el superior. El poder jerárquico se mitiga y el superior no puede ejercer directamente las facultades desconcentradas.

Los actos emitidos podrán ser anulados, modificados o sustituidos por el superior.

La descentralización en sentido estricto, consiste en la trans-

¹⁹ Documento editado por la Coordinación General de Estudios Administrativos de la Presidencia de la República. México. 1980.

ferencia a la administración pública local de facultades y con ellas programas y recursos, que son ejercidos bajo la tutela del organismo que las traspasa. El órgano que recibe las facultades (estado, municipio) posee su propia personalidad y patrimonio, así como autonomía política y no se halla bajo el control jerárquico del transmisor.

A través de la tercera modalidad el estado tiene dos tipos de competencia: la propia, que se posee conforme a las prescripciones del poder constituyente, y la que le es transferida por ministerio de un convenio. El ejercicio de la primera es libre respecto del ejecutivo federal, y en la segunda está sujeto a lo convenido con la federación.

Otra diferencia debe tenerse en cuenta: la primera competencia es igual en todos los estados, puesto que se está al principio de igualdad competencial que contiene el pacto federal, y la segunda puede no serlo, ya que se trata de instrumentos de uso potestativo, casuístico y gradual.

Esta última modalidad es la contemplada en la fracción X del artículo 115 de la Constitución General.

La Constitución italiana de 1947 consagra expresamente tanto la desconcentración como la descentralización, pero introduce una modalidad que no reconoce el Derecho mexicano: la descentralización por ley, ya no por convenio ("El Estado podrá delegar, mediante leyes, en las regiones, el ejercicio de otras funciones administrativas", reza en su artículo 118).

Esa diferencia se explica porque conforme a nuestro sistema federal, la Constitución General distribuye la competencia y los

estados gozan de autonomías para definir su competencia con base en el artículo 124, que señala que todo lo no conferido a la Unión se entiende de los estados federados.

Reviste la mayor importancia señalar que ha de cuidarse que la descentralización por vía convencional no merme el carácter coextenso del federalismo mexicano. En todo caso, en las controversias que se den con motivo de la interpretación y cumplimiento de los convenios, se deberá estar a la solución que consagra el artículo 44 de la Ley de Planeación: "El ejecutivo federal, en los convenios de coordinación que suscriba con los gobiernos de las entidades federativas, propondrá la inclusión de una cláusula en la que se prevean medidas que sancionen el cumplimiento del propio convenio y de los acuerdos que del mismo se deriven.

De las controversias que surjan con motivo de los mencionados convenios conocerá la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en los términos del artículo 105 de la Constitución General de la República".²⁰ Se sigue así la solución contenida por la Ley de Coordinación Fiscal.

III. La Descentralización de los Servicios de Salud

1. México ha dispensado marcada prioridad a la descentralización de los servicios de salud. La descentralización en el ámbito de la salud debe mirarse como capítulo sobresaliente de la lla-

²⁰ El artículo 105 constitucional dispone que "corresponde sólo a la Suprema Corte de Justicia de la Nación conocer de las controversias que se susciten entre dos o más estados, entre los poderes de un mismo estado sobre la constitucionalidad de sus actos y de los conflictos entre la federación y uno o más estados, así como de aquellas en que la federación sea parte en los casos que establezca la ley".

mada reforma sanitaria, que en la mayor parte de los países occidentales se ha tratado de iniciar con un doble propósito: elevar el nivel de salud de la ciudadanía y al tiempo evitar el quebranto de las finanzas públicas. Entre los elementos de esa reforma, que no es el caso revisar, figuran la integración de los distintos servicios institucionales para formar un sistema nacional, la disminución de desigualdades en cuanto a la calidad y cobertura de los servicios, dar balance a los distintos niveles de atención, mejorar la localización regional de la capacidad instalada, vincular los sectores educativo y de la salud, fomentar la participación de la comunidad y la gestión democrática de los servicios, elevar la productividad de la administración, establecer un servicio civil de la salud, reivindicar la medicina preventiva y la atención primaria.

La descentralización, al igual que todos los campos de cambio identificados, se orienta a hacer posible que el derecho a la protección de la salud, en el marco de una democracia social, sea disfrutado progresiva pero aceleradamente.

Conviene revisar la evolución histórica de la descentralización de la salud en México.

En primer término, debe recordarse que la Constitución de Querétaro definió, ciertamente con obscuridad, que la salubridad general de la República correspondía a la federación y el resto, siguiendo al artículo 124 de esa Carta, sería propio de los estados. La obscuridad constitucional y factores de hecho provocaron la centralización sanitaria.

La legislación de la salud consagró la fórmula de la coordinación, pero realmente ésta conllevó la sujeción de la instancia lo-

cal y más tarde su total reemplazo.

El carácter concurrente de la materia sanitaria y la necesidad de lograr la unificación técnica, empujaron para que se usara la vía convencional, a la que ya hicimos referencia, desde la década de los treinta.

Así, la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República Mexicana, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de agosto de 1934, en su artículo 2o. facultaba al jefe del Departamento de Salubridad Pública para celebrar convenios por la federación, con los estados y, cuando lo permitiera la legislación local, con los ayuntamientos, en materia de unificación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios.

Con base en esa ley se crearon los Servicios Coordinados de Salud Pública, como unidades regionales de competencia coordinada.

A partir de ese ordenamiento, todos los códigos sanitarios previnieron la fórmula de la coordinación. El código de 1973 proporcionaba los elementos básicos de esa coordinación:

- Se pueden celebrar convenios de coordinación sanitaria;
- Esos convenios establecerán las unidades que tendrán a su cargo los servicios: los Servicios Coordinados de Salud Pública de los estados;
- Las partes —la federación y los estados —harán aportes financieros y de recursos humanos;

- La organización, funcionamiento y vigilancia de los servicios se rige por el código y sus reglamentos, así como por el propio convenio;
- La dirección técnica corresponde a la federación, por conducto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia;
- Los convenios deberán expresar por lo menos:
 - Los fondos y bienes que se afecten,
 - Las circunscripciones territoriales que se definan,
 - El procedimiento para la aprobación de los proyectos de presupuestos,
 - Las medidas legales y administrativas que las partes se obliguen a adoptar o promover,
 - El derecho de ambas partes a vigilar el desarrollo de los servicios,
 - La facultad del titular de la SSA para designar al jefe de los servicios,
 - El procedimiento para la designación y remoción del personal técnico y administrativo, y
 - La duración del convenio.

A pesar de ese mecanismo, el proceso centralizador de la nación dejó sentir su presencia en el campo de la salud: los

gobernadores se inhibieron progresivamente de intervenir en el funcionamiento de los servicios; el personal local que se asignó a éstos fue "federalizado"; el aporte financiero de los estados se redujo con persistencia (en 1982 representó alrededor del 8%); los servicios carecieron de una autonomía funcional integrada, racional y eficiente, y surgieron delegados de la SSA para programas específicos (mejoramiento del ambiente, paludismo, planificación familiar y atención materno-infantil).

Por otra parte, la federalización virtual contribuyó a la indefinición de la vigencia de los códigos sanitarios locales, a pesar de que gran parte de la materia sanitaria no se contemplaba en el código federal.

2. La centralización condujo a que se planteara la descentralización de los servicios de salud, la cual reviste la peculiaridad de avanzar a través de las dos vías que se han identificado líneas arriba: por reforma constitucional y por convenios de coordinación.

El artículo 4o. de la Constitución General fue adicionado por decreto publicado el 3 de febrero de 1983 en el Diario Oficial, para disponer que una ley establecerá la concurrencia entre federación y entidades federativas en materia de salubridad general. Así, la ley reglamentaria, para asegurar la unificación técnica que es indispensable en esa materia, tendrá que establecer tres tipos de salubridad:

- La salubridad general "federal", que normará técnicamente y operará la federación;
- La salubridad general de las entidades federativas, que legis-

larán y operarán éstas, pero que se sujetará a las normas técnicas federales; y

- La salubridad local, que quedará íntegramente en la esfera de las entidades y, en su caso, de los municipios, según lo disponga el Derecho local.

La modernización de la legislación sanitaria, a nuestro juicio, para que en efecto impulse la descentralización debe abarcar toda la pirámide normativa: la constitución y su ley reglamentaria, las constituciones estatales, las leyes orgánicas de los ejecutivos y las leyes orgánicas municipales y, por último, los bandos de policía y buen gobierno.

La otra vertiente de la descentralización la constituyen los convenios que instituirán los programas estatales relativos. Al efecto, el 30 de agosto se publicó en el Diario Oficial el decreto por el que el ejecutivo federal establece las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, constituyéndose así en el ordenamiento rector del proceso descentralizador.

El decreto señala que en los acuerdos de coordinación que se celebren o revisen con los gobiernos de las entidades federativas, se pondrán las bases del programa estatal de descentralización:

a. Se identificarán las facultades que se transferirán a los gobiernos locales (descentralización en sentido estricto) y las que se atribuirán a los servicios coordinados (desconcentración);

b. Se proveerán los recursos que se transferirán;

c. Se fijarán las acciones que se llevarán a cabo para la integración de los sistemas estatales de salud;

d. Se convendrá que el titular de la SSA expida acuerdos de desconcentración de facultades y establezca los manuales de organización, de procedimientos y servicios al público de los servicios coordinados;

e. Se definirán las directrices de la descentralización de los gobiernos de los estados a los municipios (descentralización en sentido estricto) y de la desconcentración de los servicios coordinados a las jurisdicciones sanitarias; y

f. Se acordarán los plazos para el cumplimiento de los compromisos convenidos.²¹

El decreto, además, precisa la naturaleza jurídico-administrativa de los servicios coordinados de salud pública de los estados, al señalar que serán órganos administrativos desconcentrados o sea instancia inexcusable para las oficinas centrales de la SSA, con competencia coordinada o sea atribuída por la federación y por los estados, para que así se logre la unificación técnica y regida ésta última por los acuerdos de desconcentración y los de coordinación.

Meses después, el 8 de marzo de 1984, se publicó en el Diario Oficial de la Federación un decreto presidencial que da el trazo definitivo a la descentralización de los servicios de salud para población abierta: a) a partir de ese año se convendría con

²¹ Artículo 2o.

los gobernadores, como efectivamente se hizo, que la autoridad estatal coordinara los servicios federales (los que operaban los servicios coordinados de salud pública y los de IMSS-COPLAMAR) entre sí y con los locales, con el propósito de prevenir duplicidades y superarlas cuando las hubiera, provocar el apoyo recíproco y la asunción paulatina de los funcionarios locales en la gestión de los servicios, y b) desde 1985, con base en los avances observados en la fase anterior, se implantaría la etapa definitiva consistente en la fusión de los servicios federales, lo que conllevaría la extinción de todo órgano federal en el interior del país, para constituir los servicios estatales de salud, cuya operación sería entregada a la oficina estatal que se creara al efecto.

Así, la descentralización sanitaria tiene por objetivo, aparte de los identificados en todo proceso descentralizador, la integración orgánica de los distintos servicios que atienden a la población no derechohabiente.

3. En 1985 entró en vigor la Ley General de Salud,²² que sustituye al Código Sanitario de 1973. Ese ordenamiento contempla tres aspectos fundamentales: reglamenta el derecho a la protección de la salud; establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, y determina la concurrencia entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

La Ley General de Salud reconoce una mayor jerarquía a los estados en el terreno de la legislación de la salud: si en los viejos

²² Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.

códigos sanitarios se les tenía por auxiliares de las autoridades federales, el nuevo ordenamiento les reconoce como autoridad sanitaria, para lo cual se identifican tres tipos de esferas sanitarias:

- La salubridad general, que se reserva íntegramente a la federación;
- La salubridad general que conocerán las entidades federativas bajo las normas técnicas federales; y
- La salubridad local que, conforme a la legislación local y a las ordenanzas municipales, conocen las entidades y los municipios.

La Ley General de Salud precisa veintisiete ámbitos de la salubridad general y cuáles serán responsabilidad de los estados y cuáles retendrá la Secretaría de Salubridad y Asistencia y dispone que para lograr la unificación científica y técnica de la salud y asegurar una operación más eficaz, la federación y las autoridades estatales podrán convenir la institución de estructuras administrativas, que manejen las competencias sanitarias federales y estatales con sujeción a las bases siguientes:

- Las estructuras administrativas —una para cada estado— adoptarán la forma jurídico-administrativa que convenga en cada caso;
- Esas estructuras podrán tener personalidad jurídica y patrimonio propios, así como facultades de autoridad;
- La competencia podrá ser concurrente, pues además de las

de carácter estatal, la federación podrá transferirle la atención de las que ha retenido; y

- La federación y los estados afectarán a esas estructuras los recursos que con tal propósito convengan.

Esas estructuras, denominadas genéricamente servicios estatales de salud, prestarán la atención a la población abierta o sea a la que no está protegida por la seguridad social; y podrá hacerse cargo, igualmente, de las facultades de autoridades sanitarias. Además, según la ley, se instituirán los sistemas estatales de salud como mecanismos de coordinación de los gobiernos locales de los servicios estatales de salud y de los servicios de salud que prestan otras entidades federales o locales como el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y los cuales serán parte del Sistema Nacional de Salud, coordinado, por la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Para completar y definir mecanismos operativos de coordinación, la Ley General de Salud contempla que la Secretaría de Salubridad y Asistencia y los gobiernos de los estados celebren los acuerdos que estimen pertinentes.

IV. Los Problemas y el Modelo Administrativo de la Descentralización de los Servicios de Salud

Es imprescindible hacer una revisión sucinta de los obstáculos que más severamente entorpecen a la descentralización sanitaria, para valorar los elementos que integran el modelo jurídico-administrativo que se ha adoptado.

1. El marco jurídico de la salud es uno de los componentes fundamentales del proceso de descentralización de los servicios de salud, pues sólo una idónea instrumentación jurídica asegura que se lleve a cabo en concordancia con las distintas instituciones que integran su estructura política y administrativa (como son la soberanía de los estados, la libertad municipal, la autonomía universitaria, la autonomía paraestatal, los derechos laborales y de las organizaciones sindicales, entre otras), y se garantice que su implantación goce de orden y fijeza.

En México, tradicionalmente, ese marco mostraba insuficiencias que sólo se justipreciarán si se toma en cuenta que la materia de salubridad general, conforme lo establece la Constitución General de la República en sus artículos 73 y 115, es concurrente —coincidente en la terminología norteamericana—, de modo que tiene competencias tanto la federación —mayormente la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General— como las entidades federativas y los municipios mismos.

La conjunción de ese carácter concurrente y el desarrollo jurídico desigual imponía limitaciones a la acción descentralizadora. El Código Sanitario de 1973, que seguía en mucho la técnica legislativa de los varios códigos que lo precedieron, no regulaba suficiente y armónicamente las distintas materias sanitarias ni precisaba suficientemente su reparto entre las esferas federales y estatales, con lo que se incurría en superposiciones y omisiones. Además, la reglamentación de ese cuerpo legal se ha venido caracterizando por la abundancia de ordenamientos —reglamentos, decretos y acuerdos— expedidos en épocas distintas y por la dificultad para identificar la vigencia de las disposiciones específicas.

Por lo que se refiere a la legislación local, conviene dar cuenta que el código federal, por la centralización creciente, acabó de hecho por sustituir a los códigos locales, los cuales cayeron en obsolescencia.

Así, la descentralización había de contar con una plataforma legal sistemática, integral y moderna.

2. México, como sucede en un número significativo de países latinoamericanos, posee varios sistemas institucionales de servicios de salud que históricamente han actuado incoordinadamente, lo que ha provocado marcadas desigualdades y deficiencias en cuanto a productividad de los recursos y efectividad de la atención. Esos servicios, desde el punto de vista jurídico-administrativo, y de acceso, pueden clasificarse así: a) servicios para universos cerrados y b) servicios para universos abiertos. Los primeros, a su vez, se dividen en los de seguridad social (los del Instituto Mexicano del Seguro Social, que atienden a trabajadores subordinados y a sus dependientes, y los del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que protegen a los servidores públicos y sus familiares) y en los que emanan de contrataciones colectivas (los de Petróleos Mexicanos). Los segundos, por su parte, son los que benefician a población abierta gratuitamente o mediante cuotas de recuperación (los de la Secretaría de Salud), los que se prestan conforme a esquemas de solidaridad social a cambio de que el usuario realice labores de beneficio comunitario o familiar (los denominados IMSS-COPLAMAR), aquéllos que responden preponderantemente a un interés de formación de recursos humanos (servicios médicos universitarios) y los que proporcionan el Distrito Federal, los estados o los municipios (servicios locales). Esa pluralidad es mayor si se consideran los servicios a cargo de las

fuerzas armadas.

La proliferación de sistemas institucionales y la ausencia histórica de un verdadero sector salud, así como las distintas fórmulas de financiamiento—la seguridad social obtiene sus recursos mediante cuotas del asegurado y del empleador determinadas por ley, en tanto que los servicios para población descansan en aportaciones fiscales— y de orden jurídico-administrativo, han conducido a que no esté cabalmente implantado un modelo de atención, que asegure el acceso a servicios básicos de salud de calidad homogénea, y a que los recursos tecnológicos, materiales y financieros muestren pronunciadas desigualdades entre los servicios institucionales y un gasto per cápita muy distinto.

En particular, la proliferación de servicios institucionales, la prolongada ausencia del sector salud —apenas en proceso de consolidación formal— y el rezago técnico y administrativo de la autoridad sanitaria (Secretaría de Salud), conspiraron para que no se contara con una normativa técnica de observancia obligatoria que rigiera la atención que prestan los distintos organismos.

Al respecto, debe concluirse que nuestro país no dispone aún de un sistema nacional de salud consolidado, y entendido como mecanismo de coordinación que garantice el acceso universal a servicios públicos de salud de calidad igualitaria y que asegure un aprovechamiento eficiente de los recursos que a la salud se destinan.

3. Uno de los obstáculos más difíciles de superar es el laboral, por sus repercusiones políticas y a la vez financieras.

Los servicios de salud institucionales, particularmente los sus-

ceptibles de descentralizarse a los estados y municipios, están sujetos a estatutos laborales distintos: a) servicios regidos por el apartado B del artículo 123 constitucional, éste es por el régimen aplicable a los trabajadores burocráticos (Secretaría de Salud, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal); b) servicios sujetos al apartado A de dicho precepto y a contratos colectivos (Instituto Mexicano del Seguro Social y Petróleos Mexicanos); c) servicios regidos por el apartado A citado y un régimen de contratación especial (IMSS-COPLAMAR); d) servicios sujetos a los estatutos laborales estatales (servicios de estados y municipios); y e) servicios regidos por el apartado A y convenios colectivos especiales (servicios de salud universitarios).

Tanto los apartados constitucionales como las leyes reglamentarias y los contratos colectivos, convenios colectivos (para el caso de los servicios universitarios), contratos especiales (para el programa IMSS-COPLAMAR) y condiciones generales de trabajo, definen garantías laborales y condiciones de trabajo significativamente distintos, que obstaculizan la integración orgánica de los servicios y su entrega a instancias locales.

4. La descentralización del aparato público federal de la salud debe considerar, a fin de no poner en riesgo su eficacia, que México se caracteriza, por un lado, por su marcada desigualdad regional en lo relativo a desarrollo socioeconómico y, por otro, que, en término general, hay un cierto rezago en los estados respecto del nivel alcanzado por la administración pública federal.

A ello debe agregarse que los servicios de salud para población abierta se encuentran en estadios de desarrollo técnico y administrativo muy distintos, y que la infraestructura de atención también ha evolucionado, en cuanto a cobertura, nivel, claridad y productividad, asimétricamente. Además, el avance de las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud también es irregular.

Así, existen entidades cuyos servicios para población no derechohabiente están formados prácticamente sólo por unidades de primer nivel (centros de salud y unidades auxiliares), en tanto que otros disponen de una capacidad hospitalaria amplia y unos cuantos poseen también, por modesta que parezca, infraestructura de alta especialidad.

Por otro lado, se advierten desigualdades administrativas y técnicas que inciden en las aptitudes locales para la planificación regional de los servicios y su gestión autónoma.

5. El gobierno federal, por conducto de la Secretaría de Salud, ha iniciado ya la celebración de acuerdos de coordinación con los gobernadores de los estados, en el marco del Convenio Unico de Desarrollo, para culminar el proceso de descentralización consistente en la fusión de los servicios federales de atención a población abierta, la creación de los servicios estatales de salud y la operación de éstos por la estructura administrativa local que con tal propósito se creó. En esos acuerdos, suscritos ya por 11 gobernadores, se configuran los servicios estatales de salud en torno a los siguientes elementos básicos, con los que se busca superar las limitaciones y obstáculos que líneas atrás fueron reseñadas:

- Los servicios estatales de salud tendrán a su cargo las siguientes competencias: a) la competencia local, excepción hecha de la que corresponde a los municipios; b) la salubridad general concurrente, esto es, la que conforme a la Ley General de Salud está a cargo de los dos, pero se sujeta a normas técnicas federales y c) la salubridad general que retiene íntegramente la federación pero cuyo ejercicio, con fundamento en el artículo 115 constitucional, puede ser transferido exclusivamente a los gobiernos estatales por la vertiente de coordinación. Por otro lado, los servicios estatales de salud deberán tener, desde el punto de vista del derecho administrativo, dos tipos de competencias: a) facultades de autoridad y b) facultades de gestión, o sea la prestación de servicios de atención médica y salud pública.

- Los acuerdos contemplan que los servicios estatales de salud sean administrados por la estructura administrativa que se avenga más a las posibilidades, requerimientos y experiencia de las entidades federativas. Así, se han identificado las siguientes opciones orgánicas: a) dependencia administrativa centralizada (Secretaría de Salud, Subsecretaría o Dirección General dentro de una Secretaría de Desarrollo Social; b) organismo público descentralizado, y c) Secretaría de Salud y organismo público descentralizado, siguiendo la fórmula que se usa en la esfera federal.

Es de señalar que la Ley General de Salud contempla que los organismos públicos descentralizados que mediante la vertiente de coordinación establezcan los estados, podrán contar con facultades de autoridad, es decir, podrán ejercer facultades de control y regulación sanitaria, de manera que se subsane la objeción doctrinaria de que entidades paraestatales tengan

esas competencias por vía de decreto de los ejecutivos.

- El personal de los servicios estatales de salud que tienen establecida su relación laboral con el ejecutivo federal o con alguna entidad paraestatal de la federación, seguirán protegidos por el apartado B del artículo 123 constitucional, pero delegándose el ejercicio de las facultades patronales en la estructura administrativa que opere los servicios estatales de salud, con lo que se concilian la descentralización y las garantías laborales. El personal del programa IMSS-COPLAMAR, que estaba protegido por el apartado A del mencionado precepto constitucional y por un régimen contractual especial, puede optar por su liquidación en términos de ley o por ser protegido por el apartado B, liquidándose legalmente sólo las diferencias de prestaciones.
- Para facilitar la implantación de esa solución en los estados, en los que culmina la descentralización y culmina también el proceso de homologación salarial, de modo que los trabajadores que laboraban en los servicios coordinados de salud pública, los de IMSS-COPLAMAR y, en su caso, los locales, tengan un mismo tabulador por lo que se refiere a cuota diaria. Igualmente, y con el mismo propósito, se define un solo catálogo funcional.

Al efecto, se fijaron las condiciones generales de trabajo debidamente depositadas en el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje.

- Para avanzar en el proceso de descentralización financiera los servicios estatales de salud obtendrán el apoyo federal, por conducto de la Secretaría de Salud, pero a través del capítulo

4000, a efecto de que se les aplique la normativa programática presupuestal del subsidio. Ese tratamiento asegura flexibilidad en la operación presupuestal. Previas las reformas legales del caso, los recursos así entregados a los servicios estatales podrán figurar en las leyes de ingresos, presupuestos de egresos y cuentas públicas estatales.

Por otra parte, se refuerza el esquema de cofinanciamiento de los servicios a población abierta, para que los gobiernos locales, en la medida en que avance la redistribución del ingreso fiscal por niveles de gobierno, vayan elevando su apoyo presupuestal a los mencionados servicios. Las cuotas de recuperación que por la atención se obtengan, se integrarán al presupuesto de ingresos de los servicios estatales de salud.

- Los bienes muebles e inmuebles, con fundamento en la Ley General de Bienes Nacionales, se ponen a disposición y en uso gratuito de los gobiernos estatales. Cuando se trate de bienes del patrimonio del Instituto Mexicano del Seguro Social afectos a unidades de solidaridad social por cooperación comunitaria, que se fusionen a los servicios estatales de salud, la federación cubrirá lo que corresponda a dicho organismo.
- La Secretaría de Salud, como lo disponen la Ley General de Salud, los decretos presidenciales que rigen el proceso de descentralización de los servicios de salud, y los acuerdos de coordinación suscritos, retiene facultades de salubridad general residual, así como la de fijar la normativa técnica para la salubridad general concurrente. Además, la Secretaría de Salud, por la dependencia financiera que caracteriza a los servicios estatales de salud, ejercera facultades de programa-

ción, presupuestación y evaluación nacional, sin perjuicio de las competencias que los estados tengan en sus respectivas jurisdicciones territoriales.

Si la federación conserva facultades normativas en la salubridad general y de apoyo financiero, por una parte, y las entidades federativas poseen competencias en cuanto a administración de servicios y salubridad general concurrente y local, por la otra, es imprescindible la configuración de mecanismos de coordinación que aseguren el uso armónico de las respectivas competencias, así como el apoyo recíproco. Esos mecanismos de coordinación deben usarse a la luz de los principios legales del federalismo, como son la solidaridad y la igualdad entre los componentes de la unión mexicana. Los avances que ha registrado la normatividad y la administración de la planeación permiten que mediante acuerdos de coordinación, cuyo contenido sea tanto financiero como técnico, y de gestión y por medio de un órgano en que concurran representantes federales y de las entidades federativas, se pacten con periodicidad los asuntos de interés común.

- La obsolescencia y falta de integración de un sistema jurídico de la salud, que abarque ordenamientos de los tres niveles de gobierno, ha exigido un proceso modernizador de la legislación sanitaria para que la descentralización posea una plataforma que asegure su eficacia. Así, dentro de un sistema integrado, se ha llevado a cabo la adición al artículo 4o. constitucional que a la vez que consagra el derecho a la protección de la salud reitera el carácter concurrente de la salubridad general; se han expedido las leyes reglamentarias de ese precepto, Ley General de Salud y Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social; se ha impulsado la emisión de leyes esta-

tales de salud, a partir del reparto competencial que hizo la Constitución de la República y sus leyes reglamentarias, y en su momento habrán de entrar en vigor reglamentos, bandos y ordenanzas municipales. Al mismo tiempo, se han modificado la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y las leyes orgánicas y municipales de los estados para que las estructuras administrativas se adecúen a los aspectos sustantivos.

- Hemos dejado al final de este trabajo el obstáculo non de todo proceso de descentralización: la resistencia política. Ese obstáculo se manifiesta en dos direcciones, puesto que surge entre los que deben transferir facultades y recursos, a la vez que entre los que los deben recibir.

Si bien la resistencia política se sustenta en una rica y variada argumentación, ésta toma el tamaño que le corresponde realmente una vez que precisa que la oposición a la descentralización, así tenga un envolvente administrativo relevante, afecta la localización del poder y, por tanto, a sus detentadores.

El obstáculo político sólo puede superarse con una combinación de voluntad política y de imaginación instrumental. Con la primera se vencen las voluntades opuestas y con la segunda se define cómo derrotar a éstas.

De ahí que la descentralización en general, y en particular la de los servicios de salud, ha de mirarse como un proceso político que descansa tanto en la negociación como en el poder.