

La salud pública en México y el municipio

Autor: Dr. Juan Manuel Rodríguez Valadez¹
Coautores: Dr. Rafael Rodríguez Rodríguez²
Dr. Juan Manuel Reyes Cardona³
Dra. Viridiana Reyna de Luna⁴
Dra. Liliana Angélica Vélez Rodríguez⁵

Resumen: *Las facultades en materia de salud pública en los municipios del país son limitadas; el órgano de gobierno de primer contacto con los ciudadanos, tiene restringidas actuaciones en la materia, sólo reservadas a las campañas de salud que anualmente realiza federación y Estados. El municipio está ausente del pacto federal.*

Palabras clave: municipio; ciudadanía; salud pública y la protección de la salud.

Introducción

La descentralización de los servicios de salud a nivel municipal fue una posibilidad que se planteó en la década de los ochenta como respuesta a la promoción de establecer el municipio libre para el fortalecimiento del federalismo derivada de la reforma al artículo 115 constitucional publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983.

¹ Integrante del Cuerpo Académico en construcción, denominado *Ciudadanía e Instituciones Jurídicas*. **Doctor en Administración Pública** por el Instituto Internacional del Derecho y del Estado, campus Zacatecas; **Maestro en Docencia e Investigaciones Jurídicas y Licenciado en Derecho**, ambas por la Universidad Autónoma de Zacatecas. **Diplomado en Derecho Municipal** por la Universidad Cuauhtémoc, campus Guadalajara. Decano en la materia de Derecho Constitucional, y actualmente Defensor Universitario-UAZ.

² Integrante del Cuerpo Académico en construcción, denominado *Ciudadanía e Instituciones Jurídicas*. **Doctor en Derechos Fundamentales** por la Universidad Autónoma de Madrid, España; **Maestro en Docencia e Investigaciones Jurídicas** por la Universidad Autónoma de Zacatecas y **Licenciado en Derecho**, por la Universidad Autónoma de Coahuila unidad Torreón. Abogado litigante.

³ Integrante del Cuerpo Académico en construcción, denominado *Ciudadanía e Instituciones Jurídicas*. **Doctor en Administración Pública** por el Instituto Internacional del Derecho y del Estado, campus Zacatecas; **Maestro en Docencia e Investigaciones Jurídicas y Licenciado en Derecho**, ambas por las Universidad Autónoma de Zacatecas. Abogado litigante.

⁴ Integrante del Cuerpo Académico en construcción, denominado *Ciudadanía e Instituciones Jurídicas*. **Doctora en Ciencias de la Educación** por la Universidad Autónoma de Coahuila; **Maestra en Docencia e Investigaciones Jurídicas y Licenciada en Derecho**, ambas por la Universidad Autónoma de Zacatecas. Abogada litigante.

⁵ Integrante del Cuerpo Académico en construcción, denominado *Ciudadanía e Instituciones Jurídicas*. **Doctor en Administración Pública** por el Instituto Internacional del Derecho y del Estado, campus Zacatecas; **Maestra en Docencia e Investigaciones Jurídicas y Licenciado en Derecho**, ambas por las Universidad Autónoma de Zacatecas.

La salud es causa y efecto del desarrollo. No puede mirarse a la salud como resultado automático del crecimiento económico, como si entre éste y el desarrollo social hubiera una relación ordinal.

El artículo 4° de la CPEUM, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud en él se señaló que “*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*”.

En el precepto constitucional se observa que se consigna el derecho a la protección de la salud y al mismo tiempo se establece la responsabilidad del Estado en la materia. Sin embargo, en México observamos que existen diferencias entre lo que establece la Constitución y lo que en la realidad el Estado realiza para el pleno desarrollo de los seres humanos.

La salud de una población refleja y engrandece sus cambios en todos los órdenes. La salud, por tanto, está ligada al destino general de la nación. El avance social, económico, el bienestar y la estabilidad política dependen de la buena salud.

En México desde el siglo XVII, han existido instituciones públicas y de asistencia social que proporcionaban el servicio de salud.

- I). El Real Tribunal del Protomedicato de 1628, instituido por el Consejo de Indias, dependiente del Consejo de Castilla.
- II). La Facultad Médica del Distrito Federal establecida en 1831.
- III). El Consejo Superior de Salubridad 1841.⁶

Estas instituciones estuvieron encargadas de la salubridad pública, atendiendo los padecimientos de la población y serenando sus necesidades de asistencia, para lo cual se contó con la *Dirección de la Beneficencia Pública* en 1861.

El Consejo Superior de Salubridad expedía y registraba títulos y sólo los profesores ejercían en los ramos de la ciencia médica. También se encargó de elaborar la legislación y fue el 15 de julio de 1891 cuando se expidió el primer *Código Sanitario*.

Más adelante, nuevas entidades se crearon de naturaleza pública:

- I). El Departamento de Salubridad Pública en 1917, se crea como un “*órgano nacional encargado de la salubridad y la higiene pública*”.⁷

⁶ BARNARD AMOZORRUTIA, Alicia (coord.), *Guía General del archivo Histórico de la Secretaría de Salud*. Centro de Documentación Institucional, Departamento de Archivo Histórico. México, 1984. pp. 29-48; y *Reseña Testimonial 1988 -1994*. Secretaría de Salud. Tomo 1. México, 1994. pp. 13-30.

⁷ *Ibíd.* p. 41.

II). La Dirección de la Beneficencia Pública de 1861 fue sustituida por la Secretaría de Asistencia Pública.

III). La Secretaría de Salubridad y Asistencia surge por decreto presidencial y se estableció el 15 de octubre de 1943, se crea como un solo organismo para coordinar los servicios de salubridad y asistencia, entre sus principales objetivos tuvo el de instaurar un sistema hospitalario.

IV). La Secretaría de Salubridad y Asistencia fue sustituida por la Secretaría de Salud conforme al decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación del 21 de enero de 1985, para que coordinara el Sector y el Sistema Nacional de Salud.

El término *salud pública* es reciente. En los primeros años del siglo XX se usaban en México palabras como salubridad⁸ y beneficencia⁹. La primera más bien despierta la idea de lo que es bueno para la salud. La segunda se refiere a los servicios de salud que presta el gobierno. El concepto actual de salud pública se usa en todo el mundo y es más complejo. La mayoría de los países coinciden en que la salud pública depende de elementos económicos, políticos, sociales, culturales y ecológicos. En México, al finalizar el siglo XX, la salud pública tiene una posición integral que comprende la relación mutua entre el gobierno y la sociedad en cuestiones de salud ambiental y colectiva, servicios de salud, programas de medicina preventiva y programas contra enfermedades que, por su alta frecuencia o peligrosidad, se convierten en problemas de salud pública.¹⁰

Posteriormente, el Estado mexicano asumió la responsabilidad de su cumplimiento bajo un aspecto individualista. Con la Revolución Mexicana de 1910 surgieron las ideas progresistas que transformaron esta concepción y le otorgaron su carácter y naturaleza social. Fue hasta el 3 de febrero de 1983 cuando el derecho a la protección de la salud se elevó a rango constitucional, al reformarse el artículo 4°.

Una rápida mirada, señala que el municipio está ausente en esta materia, derivado de su ausencia también del artículo 39 y 40 del Pacto Federal. El contenido específico del derecho a la protección de la salud lo encontramos en el artículo 2° de *Ley General de Salud* el cual dispone que el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades: *el bienestar físico y mental de la persona para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;*

⁸ Definición expresada en entrevista con la **Dra. Ana María Monreal Ávila**, sobre la Salubridad, como *las actividades relacionadas con aspectos de sanidad en el ámbito comunitario y municipal (incluyendo el aspecto ambiental). También, se refiere a las condiciones higiénico-sanitarias que deben tener establecimientos (restaurantes, rastros, panteones, etcétera), servicios (agua potable, transportes, y otros), productos (medicamentos, alimentos, etcétera), y personas (aquellas que manipulan o preparan alimentos o bebidas).* En pleno siglo XXI, el Consejo de Salubridad General recae por disposición expresa de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es una autoridad que depende única y exclusivamente del Presidente de la República. Anótese, como subsiste conflicto conceptual y de facultades que asume la federación que corresponden a los municipios.

⁹ La beneficencia hace referencia a actos de buena voluntad, amabilidad, caridad, altruismo, amor o humanidad. La beneficencia puede entenderse, de manera más general, como todo tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros. Si la benevolencia se refiere a la voluntad de hacer el bien, con independencia de que se cumpla o no la voluntad, la beneficencia, en cambio, es un acto realizado por el bien de otros. Véase: SIURANA APARISI, Juan Carlos. “*Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural*”. Universidad de Valencia. *Veritas* n° 22. Marzo. España, 2010. pp. 125-126

¹⁰ FRENK, Julio; URRUSTI SAENZ, Juao (et allí). “*La Salud Pública*”. En ARÉCHIGA, Hugo, y SOMOLINOS Juan, (orgs.), *Contribuciones mexicanas al conocimiento médico*. Fondo de Cultura Económica. México, 1993. pp. 534-36.

la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de las condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Así, México muestra una lenta transición epidemiológica, pues sigue siendo azote la enfermedad y muerte por padecimientos infecto-contagiosos, muchos que son típicos de la pobreza y otros, como el COVID-19 (*que son expresión de la globalidad*), mientras se incrementan las enfermedades crónico-degenerativas.

Verificar cuáles son las facultades del órgano vecinal en materia de Salud, es, además. **Polémico**, porque al no ser parte del Pacto Federal, la célula básica de la sociedad que es el municipio, queda jurídicamente ausente de muchas materias. De acuerdo con De la Cueva, “*la auténtica vida comunitaria es aquella en la cual el derecho coincide con las convicciones morales; el derecho que requiere de las bayonetas no es baluarte para la vida social; únicamente se realizará cuando responda a la moral del pueblo*”¹¹. Lo trascendente de esta relación en el orden de lo político, es la institucionalización del orden. Es la base de sustentación del quehacer político que tiene como objetivo el bienestar de los ciudadanos. ¿Y el municipio?

1.1. La reforma de 1908 en materia de salud

Los siglos XVII y XIX son cruciales en el mundo, por las pandemias y enfermedades. La efervescencia política y social acentuó las condiciones insalubres. En nuestro país, la influencia española no desapareció rápidamente, y en materia de higiene pública continuó la tradición de las *Ordenanzas o Bandos de Policía y Buen Gobierno*, que regulaban las condiciones de vida de los ciudadanos. La influencia borbónica modernizadora, el Bando de Policía y Buen Gobierno del 7 de febrero de 1825 se distinguió por su sentido humanitario, sus conceptos de bienestar público y el valor que otorgó a las leyes y a la educación higiénica.¹²

En ese periodo el gobierno manifestó gran interés por aumentar su poder en asuntos de salud. Hizo leyes sanitarias, bandos y entró en franca oposición con la iglesia respecto a la regulación de hospitales y cementerios. Las órdenes hospitalarias se suprimieron en 1820 y desde entonces los hospitales dependieron del ayuntamiento.¹³

El Tribunal del Protomedicato¹⁴ reguló a la medicina y a los que la practicaban hasta noviembre de 1831 cuando fue sustituido por un organismo denominado Facultad Médica del

¹¹ DE LA CUEVA, Mario. “*La Filosofía del Derecho y del Estado de Jorge Guillermo Federico Hegel*” en: SÁNCHEZ AZCONA, Jorge (compiladores). Colección Lecturas de Sociología y Ciencias Política, pp. 25-26

¹² GONZÁLEZ OROPEZA, Manuel. *Anuario Jurídico XV 1988*. UNAM-IIIJ. México, 1988. Passim. Pp. 141-168

¹³ MEYER, Rosa María. *Instrucciones de seguridad social*. INAH. Proceso historiográfico Cuadernos de Trabajo del Departamento de Investigaciones Históricas. México, 1975. p. 60. También de DÍAZ LIMÓN, José. “*La Seguridad Social en México: un enfoque histórico*”. Revista Jurídica de la Escuela Libre de Derecho de Puebla, núm. 2. p. 46

¹⁴ BORJA VALADEZ, Ilse Ivonne, y ZACARÍAS PRIETO, Jorge. “*El Protomedicato en México: Una mirada desde el Archivo de la Facultad de Medicina*”. UNAM, Facultad de Medicina. Disponible en <http://web.uaemex.mx/iesu/PNovohispano/Encuentros/2013%20XXVI%20EPN/Siglo%20XVII/Ilse%20Ivonne%20Borja.pdf>. Accesado

Distrito Federal.¹⁵ Este funcionó hasta 1841 cuando fue sustituido por el Consejo Superior de Salubridad.¹⁶ Con relación a la enseñanza de la medicina, la universidad fue suprimida temporalmente en 1833 y el 23 de octubre del mismo año el vicepresidente Valentín Gómez Farías, hombre inteligente y de carácter fuerte, creó el Establecimiento de Ciencias Médicas¹⁷.

Para 1848 los problemas de México siguieron siendo importantes y afectando la salud del pueblo. Ese año terminó la guerra con Estados Unidos con la venta, por una cantidad ridícula, de Texas, Nuevo México y California. La miseria producto de la guerra fue causa parcial de una epidemia de cólera que concluyó en 1851¹⁸. En el sur, Yucatán padecía una terrible lucha de castas. En el centro y norte, Chihuahua, Durango y San Luis Potosí tenían revueltas y turbulencias sociales.

En 1856 el presidente Benito Juárez desamortizó los bienes de la Iglesia con lo cual los hospitales y orfanatos quedaron bajo el control del gobierno. La Iglesia siempre tuvo amplio poder en México y el principio de caridad, fuertemente arraigado en el catolicismo, hizo que durante toda la Colonia la Iglesia fundara y atendiera hospitales, se hiciera cargo de pobres y huérfanos e incluso regulara los cementerios y otros asuntos que ahora dependen de la Secretaría de Salud. Con Benito Juárez se inician los servicios de atención a la salud como obligación del gobierno y no como obra de caridad de la Iglesia. El proyecto de sociedad de Juárez desplazaba el poder de la Iglesia. Curiosamente, en la Constitución de 1857 no aparecen preceptos relacionados con la salud a pesar de que su ideario era el humanismo y que, desde entonces, Juárez pretendía sustituir la caridad cristiana por la asistencia pública. Así en 1861 decretó la creación del Consejo Nacional de Beneficencia Pública que coordinaba la beneficencia y hospitales para convertirlos en un servicio público dependiente del Estado¹⁹

Maximiliano de Austria entre 1864 a 1867, creó el *Hospital de Maternidad e Infancia*²⁰ y un instituto para sordomudos. Benito Juárez al regresar al poder, continuó la pugna con la Iglesia lo que se reflejó en el mal servicio a la salud que tenía la población. Esto fue causa parcial de que la medicina privada aumentara de modo importante y creciera el número de fundaciones. La beneficencia siguió existiendo, pero, debido a la malversación de fondos, tuvo que ser legislada y en 1877 se creó el

el día 17 de octubre de 2022

¹⁵ Véase: <http://www.facmed.unam.mx/fm/historia/evolucion> Accesado el día 17 de octubre de 2022

¹⁶ KERSHENOBICH STALNIKOWITZ, David. *El Consejo de Salubridad General*. Gaceta Médica de México. 2012; 148: 598-6000. Véase https://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_598-600.pdf. Accesado el día 17 de octubre de 2022

¹⁷ FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, Francisco. "El establecimiento de ciencias médicas". En *Antología de escritos histórico-médicos*. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1986. pp. 451-60.

¹⁸ RODRÍGUEZ DE ROMO, Ana Cecilia. *Epidemia de cólera en 1850. Análisis histórico: médico de un curioso manuscrito*. Facultad de Medicina, UNAM. Nueva Época, *Archivalia Médica* ns 4. México, 1994.

¹⁹ MORENO CUETO, Enrique.; MOGUEL VIVEROS, Julio; DÍAZ DE SANDI, Miguel A; GARCÍA UGARTE, Martha E y CÉSARMAN VITIS, Eduardo. *Sociología histórica de las instituciones de salud*. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1982. P. 28

²⁰ RODRÍGUEZ PÉREZ, Martha Eugenia. (Proyectos Universitarios) *Hospital de maternidad e infancia*. UNAM/Facultad de Medicina/Área de las Humanidades y de las Artes. México, 2010. El decreto de apertura del Hospital de Maternidad e Infancia de la ciudad de México data del 7 de junio de 1865. y exactamente un año más tarde, también un 7 de junio fue inaugurado por los emperadores Maximiliano y Carlota bajo la denominación de Casa de Maternidad. La utilidad de la institución fue innegable, puesto que resolvía no sólo cuestiones materno infantiles, como la atención de los partos y la asistencia para niñas, niños y contagiosos además del hospicio propiamente dicho, sino también brindaba asistencia dental y médica en general a través de los consultorios públicos.

Consejo de Beneficencia.²¹ El reglamento apareció en 1881 (Reglamento de Beneficencia, 1881) y su idea principal es el derecho a la ayuda médica y el deber de la sociedad a contribuir a ésta.²²

La Constitución de 1857 no establecía facultades a la federación para intervenir en materia de salubridad; y fue hasta la Reforma Constitucional realizada en 1908, en que se otorgó a la federación facultades en materia de salubridad.

Se pretendía reformar sólo al artículo 11, pero era muy discutible que por ello se entendiera que el Congreso adquiriría facultades para legislar sobre salubridad, por tal motivo, la iniciativa propuso como complemento, que se reformara la fracción XXI del artículo 72, para legislar bajo el concepto de salubridad pública en costas y fronteras; así mismo, se extendía facultad para: “*legislar sobre ciudadanía, naturalización, colonización e inmigración*”.

Al finalizar el siglo XIX, se inició la medicina preventiva y la sociología médica. En 1880 el médico José Lobato publicó un artículo en la Gaceta Médica de México donde relaciona por primera vez la *sociología y la salud pública*. El trabajo de Lobato en 1880, dice textualmente:

*Conservar la salud colectiva, impedir la decadencia individual y alejar las enfermedades locales, he aquí el objeto de la higiene sociológica derivada de la demografía. La demografía es la ciencia que se ocupa de la descripción del pueblo considerando en sus relaciones estadísticas, estáticas y dinámicas con la higiene sociológica.*²³

En el mismo año otro médico usó el término medicina preventiva. La comunidad médica, al hacerse eco de las palabras, dice que es la relación entre el buen estado de salud de un pueblo y la atención médica recibida antes de contraer cualquier enfermedad.²⁴

Es interesante mencionar el primer Congreso Nacional de Médicos en 1876 porque representó el choque formal entre las teorías antiguas y modernas, es decir, miasmas y desequilibrio de humores contra microbios como causantes de enfermedad.

²¹ Con Benito Juárez García, se inician los servicios de atención a la salud como una obligación del gobierno y no como obra de caridad de la Iglesia. El paso intermedio fue la beneficencia que era regulada por el gobierno, pero con una participación importante de la sociedad civil. El proyecto de sociedad de Juárez desplazaba el poder de la Iglesia. Curiosamente, en la Constitución de 1857 no aparecen preceptos relacionados con la salud a pesar de que su ideario era el humanismo y que, desde entonces, Juárez pretendía sustituir la caridad cristiana por la asistencia pública. Así en 1861 decretó la creación del Consejo Nacional de Beneficencia Pública que coordinaba la beneficencia y hospitales para convertirlos en un servicio público dependiente del Estado. Véase MORENO CUETO, Enrique; Miguel; DÍAZ DE SENDI, Miguel., GARCÍA UGARTE, Martha y CÉSARMAN VITIS, Eduardo. *Sociología histórica de las instituciones de salud México*. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1982, p. 28.

²² La Beneficencia Pública, es una Institución creada en el régimen del Presidente Benito Juárez García, como consecuencia de las Leyes de Reforma, específicamente con la *Ley de Desamortización de los Bienes Eclesiásticos de 1856* y el *Decreto de Secularización de Hospitales y Establecimientos de la Beneficencia Pública en 1861*. Con esos memorables actos, el Gobierno de la República asumió las facultades de cuidar, dirigir y mantener los hospitales y establecimientos de beneficencia que desde la conquista se encontraban en manos de la Iglesia; encomendó su administración a la Dirección General de Fondos de Beneficencia Pública, la que se constituyó por Decreto de 2 de marzo de 1861. El decreto de creación otorga a esa Dirección General amplias facultades para administrar las fincas, capitales y rentas pertenecientes a los establecimientos, así como los recursos fiscales y los provenientes de particulares destinados a propósitos de beneficencia. En 1867, un nuevo decreto transforma aquel órgano en junta, a la que denominó Dirección de Beneficencia Pública. Disponible: <http://aphp.salud.gob.mx/contenidos/antecedenteshistoricos1.html>

²³ LOBATO, José. “*Sociología en sus relaciones con la demografía y demología mexicanas*”. *Gaceta Médica de México*, 15: 357. México, 1880.

²⁴ SEPTIEN Y LLATA, Manuel “*Establecimiento de iguales médico-farmacéuticas en toda la República*”. *Gaceta Médica de México*. 15: 357. México, 1880.

1.1.1. Modificación de la iniciativa de 1908

La Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos de 1824, no hacía referencia alguna al tema de la salubridad pública, ni otorgaba poder alguno en dicha materia al Supremo Poder Ejecutivo de la Federación, ni a los poderes Legislativo y Judicial. El texto de esta Constitución ni siquiera hace referencia a los derechos y obligaciones de los mexicanos.²⁵

La Constitución Mexicana de 1836, establecía en su artículo 1º, numeral 4, que: “*Los mexicanos gozarán de todos los otros derechos civiles, y tendrán todas las demás obligaciones del mismo orden que establezcan las leyes*”. Asimismo, establecía expresamente en su artículo 25, que:

*Estará a cargo de los Ayuntamientos de policía de salubridad y comodidad: cuidar de las cárceles, de los hospitales y casas de beneficencia, que no sean de fundación particular, de las escuelas de primera enseñanza que se paguen de los fondos del común de la construcción y reparación de puentes, calzadas y caminos y de la recaudación e inversión de los propios y árbitros: promover el adelantamiento de la agricultura, industria y comercio y auxiliar a los Alcaldes en la conservación de la tranquilidad y el orden público en su vecindario, todo con absoluta sujeción a las leyes y reglamentos.*²⁶

Con lo anterior quedó claro que a partir del primer tercio del siglo XIX se formularía constitucionalmente la relación intrínseca entre la salud y las condiciones de 15 de julio que generaron y/o procuraron bienestar para el ser humano. Es necesario hacer notar que sólo hasta la primera década del siglo XX, la salubridad general de la República entró a la escena constitucional, ya que la reforma de la fracción XXI del artículo 72 de la Constitución de 1857, formulada el 12 de noviembre de 1908, incluyó entre las facultades del Congreso la de “*dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República*”,²⁷ y con base en esta facultad, fue emitido el decreto número 33 que establecía que el ejercicio del derecho de todo hombre para entrar y salir de la República, podría verse limitado por lo que dispusiera la *Ley de Salubridad General de la República*, observándose claramente una de las primeras medidas de intervención preventiva de las epidemias.²⁸

La Comisión de Puntos Constitucionales de la Cámara de Diputados, produjo un dictamen que alteró substancialmente la iniciativa que dictaminaba. Dijo la comisión en su dictamen:

“Otra modificación que consultamos hacer a la iniciativa, es la de sustituir, en la fracción XXI del artículo 72 la frase Salubridad General de la República por la de Salubridad Pública de las Costas y Fronteras”.

²⁵ CÁZARES GARCÍA, Gustavo. *Derecho de la seguridad social*. Porrúa. 2ª edición. México, 2007.

²⁶ BURGOA ORIHUELA, Ignacio. *Las garantías individuales*. Porrúa. 41ª edición. México, 2008.

²⁷ SÁNCHEZ CORDERO DE GARCÍA VILLEGAS, Olga. *Simposio Internacional “Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente”*. *Derecho Constitucional a la Protección de la Salud. Suprema Corte de Justicia de la Nación*. Ciudad de México. 2000. La más importante modificación a la Constitución de 1857, en cuanto al ámbito de la salubridad se refiere, se llevó a cabo en 1908, cuando se facultó por primera vez al Congreso de la Unión para dictar las leyes que garantizaran una correcta actividad sanitaria en todo el país, corrigiéndose así la irregular actividad del gobierno federal que hasta ese momento había implementado un sinnúmero de medidas, no solo en el Distrito Federal sino a nivel nacional, careciendo de competencia constitucional para ello.

²⁸ *Constitución Política de la República Mexicana de 1857*. Biblioteca de la Cámara de Diputados.

Se advierte que se amplió la reforma propuesta por el Ejecutivo, *que se limitaba a la salubridad pública de costas y fronteras*, y lo que debía hacerse era otorgar facultad expresa al Congreso, *para que legislase en todo lo relativo a Salubridad General de la República*.

1.1.2. La Salud y salubridad en el Constituyente de Querétaro

El proyecto de Constitución expresado por Venustiano Carranza, no introducía modificación alguna al tema en cuestión, que sobre salubridad se contemplaba en la reforma realizada en 1908.

En la sesión del Congreso Constituyente de 19 de enero de 1917, el galeno José María Rodríguez y Rodríguez²⁹, presentó una adición al artículo 73 fracción XVI, consistente en declarar de interés público la mortalidad por epidemias, y la degeneración de la raza por el alcoholismo y las drogas, cuestiones que exigían una enérgica y rápida intervención de las autoridades, lo cual se conseguía, si la salubridad era considerada como general y ejecutiva.

La Constitución Federal de 1917, creó dos organismos encargados exclusivamente de asuntos de salud: el *Consejo de Salubridad General (CSG)* y el *Departamento de Salubridad Pública (DSP)*. Se trató de los exponentes iniciales de lo que podría denominarse primera generación de reformas de salud de nuestro país. El CSG se creó como *una instancia vinculada directamente al presidente de la República, que cuenta con la facultad de dictar disposiciones sanitarias obligatorias en todo el país*. Este consejo heredó algunas de las funciones del CSS, pero se estableció con la intención de reaccionar de manera rápida y efectiva ante emergencias de salud pública.³⁰

El DSP, por su parte, se estableció como una dependencia administrativa del Poder Ejecutivo federal y adquirió algunas de las atribuciones que tenían el CSS y las que en materia de salud tenían hasta ese entonces la Secretaría de Gobernación. Destacan dentro de estas atribuciones el diseño de la legislación sanitaria de la República; la policía sanitaria de puertos, costas y fronteras; la implantación de medidas contra enfermedades contagiosas y enfermedades epidémicas; la preparación y administración de vacunas y sueros; la inspección de alimentos, bebidas y drogas, y la organización de congresos sanitarios.³¹

²⁹ José María Rodríguez y Rodríguez fue un médico y *militar mexicano* que participó en la *Revolución mexicana*, y uno de los diputados constituyentes que escribió la constitución mexicana de 1917. Nació en *Saltillo, Coahuila* el *15 de octubre de 1870*, hijo de Jesús M. Rodríguez y Doña Melquíades Rodríguez. En *1895* se graduó de la *Escuela Nacional de Medicina*. Fue precursor del *antirreleccionismo* fundando en *1893* el *Partido Liberal de Coahuila* a los *23 años* de edad. Destacó por su pasión de llevar salud a los habitantes con mayores necesidades económicas, por lo que fue nombrado *Presidente del Consejo de Salubridad General (1914-1916)*, y más tarde jefe del *Departamento de Salubridad Pública*. Radicó en las ciudades *Saltillo* y *Torreón, Coah.* en México. Recibió en *1945* del doctor *Gustavo Baz*, *Secretario de Salubridad y Asistencia*, por acuerdo del *Presidente de la República, Manuel Ávila Camacho*, la medalla “*Doctor Eduardo Liceaga*”, en atención a los servicios brindados al pueblo. Murió en *Torreón*, el *16 de enero de 1946*. El *Hospital Regional del ISSSTE en Saltillo, Coah.*, el *Centro de Salud* ahora *Hospital General de Torreón, Coah. SSA* y la *secundario federal No.1 en Torreón, Coah.* llevan honrosamente su nombre.

³⁰ COSSÍO DÍAZ, José Ramón, GOSLINGA RAMÍREZ, Lorena, MEJÍA GARZA, Raúl Manuel, MONTES DE OCA-ARBOLEYA, Rodrigo. “*Reflexiones constitucionales sobre el Consejo de Salubridad General*”. *Gaceta Médica Mexicana*, número 149. México, 2013. pp. 356-62

³¹ RODRÍGUEZ DE ROMO, Ana Cecilia, RODRÍGUEZ PÉREZ, Martha Eugenia. *Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos 1998; pp. 292-310.

Cabe también destacar tres fracciones del Artículo 123 constitucional, relacionados con la salud: las fracciones XIV, XV y XXIX. Las dos primeras obligan a los empleadores a establecer medidas para garantizar la seguridad e higiene laborales en los sitios de trabajo y pagar por la atención a la salud en caso de accidentes laborales y enfermedades ocupacionales, convirtiendo así a la atención a la salud en un derecho ocupacional. En la fracción XXIX se declara “*de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines familiares*”.³²

Este texto constituye el germen de la seguridad social mexicana y prefigura el concepto de ‘*Seguro Popular*’ que habría de utilizarse en la reforma que se produjo en 2003.³³ Dentro de las innovaciones en el campo de la salud pública que se dan en la segunda mitad de los años veinte destaca la disposición de 1925 del gobierno del general Elías Calles de extender el ámbito de influencia de los servicios sanitarios del país de los territorios, puertos y fronteras a todas las entidades federativas, que da lugar a la creación, en 1926, de las Delegaciones Federales de Salubridad, responsables de las estadísticas vitales, la organización de campañas de control de enfermedades infecciosas y la observancia de las leyes sanitarias.³⁴

En 1934, mediante la expedición de la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios entre el DSP y los gobiernos de los estados, se crearon los Servicios Sanitarios Coordinados, cuya función era superar de una vez y para siempre la continua falta de coordinación en materia de salubridad entre los tres órdenes de gobierno.³⁵

El 15 de octubre de 1943, el presidente Ávila Camacho firmó el decreto que ordenaba la fusión de la SAP con el DSP y que dio origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Los primeros años de la SSA estuvieron marcados por el énfasis en la actividad asistencial, producto de la creciente hegemonía de la medicina clínica especializada. Esto se reflejó sobre todo en la construcción de los hospitales civiles que todavía se ven en algunas ciudades del interior del país. En los años cuarenta, de hecho, se organizaron campañas contra las enfermedades venéreas y el ocio y se intensificó la lucha contra la viruela. El último caso de esta enfermedad en México se notificó en 1951 en el Ejido Tierra Nueva, San Luis Potosí.³⁶ Ese año extraordinario de la salud en México se establecieron, además de la SSA, otras dos importantes instituciones de salud: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Infantil de México, el primero de los institutos nacionales de salud. En 1944 se creó el Instituto Nacional de Cardiología y dos años más tarde, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición.³⁷

³² Texto original de la Constitución de 1917 y de las reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 5 de febrero de 1917 al 1º de junio de 2009. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. México, 2018.

³³ DE LA SELVA, Mauricio. *La seguridad social, el seguro social y sus realizaciones en México*. Cuadernos Americanos. Vol. CXVIII, No 4. México, 1961. pp. 50-74.

³⁴ Anónimo. *Historia de la salud en México*. Disponible en: <http://saludenmexico.blogspot.com/2007/07/historia-de-la-salud-en-mexico.html>

³⁵ Lara-Bayón J, de la Cruz-Arana JC, Miguel E. Bustamante. *Un pilar de la salud pública moderna en México*. Fundación Carlos Slim, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Clío. México, 2016.

³⁶ FRANCO-PAREDES, Carlos, LAMMOGLIA, Lorena, SANTOS-PRECIADO, José Ignacio. “*Perspectiva histórica de la viruela en México: aparición, eliminación y riesgo de reaparición por bioterrorismo*”. *Gaceta Médica Mexicana*, vol. 140, No. 3. Mayo-junio. México, 2004. pp. 321-7

³⁷ GÓMEZ DANTÉS, Octavio y FRENK, Julio. “*Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud*”. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2019. P. 207

1.1.2.1. Crítica al sistema

Como hemos visto el precepto sobre salubridad, que se ha ido conformando a través de reformas y adiciones a partir de la iniciativa Presidencial de 1908, no sólo denota incongruencias, sino también altera nuestro sistema constitucional.

* Atribuir al Congreso de la Unión facultad de definir la esfera de acción en materia de salubridad de los poderes federales y locales, como lo hizo la reforma de 1908 y ratificó y reformó la Constitución de 1917, *es contrario al sistema federal que tenemos consagrado en el artículo 124, mismo que se deslinda en que sea la Constitución y no las leyes secundarias, el Constituyente y no el Congreso Ordinario, los que fijen y determinen las materias reservadas a la federación.*

* Más grave y trascendental -que lo anteriormente dicho-, consiste en lo establecido en los párrafos 2º y 4º de la fracción XVI del artículo 73 «adición aprobada por el Constituyente de Querétaro»; mismas que sustentan lo siguiente:

a). - El párrafo 2º establece, que, en caso de epidemia de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad podrá dictar medidas preventivas e inmediatas a reserva de después ser sancionadas por el Presidente de la República.

Este es el único caso en que una Dependencia puede obrar autónomamente sin el acuerdo previo del Presidente.

b). - En el párrafo 4º ordena que las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y las drogas, serán revisadas después por el Congreso de la Unión en los casos que le competen. Esto significa que el Consejo de Salubridad goza de facultades legislativas en sustitución del Congreso de la Unión, pues sólo así se explica que éste tenga que revisar después las medidas aceptadas por el Consejo referido.

Así tenemos que en estas hipótesis el Departamento de Salubridad, asume funciones de Jefe del Ejecutivo y del Congreso de la Unión, lo cual *significa reunir dos poderes en un sólo titular, y no tan sólo eso, sino que ese titular único de suplantar dos poderes federales, es una simple dependencia del Ejecutivo.*

1.2. La Jurisprudencia de la Suprema Corte

No será extraño frente a la problemática jurídica que genera la incertidumbre, la jurisprudencia de la SCJN, en materia de salubridad, dictó dos ejecutorias abordando la difícil cuestión de determinar la esfera de acción en salubridad federal y locales, de allí que se hayan generado fallas posteriores, originando con ello una doble y contradictoria interpretación jurisprudencial:

La primera ejecutoria de 25 de enero de 1932, determinó:

“Es exacto que el repetido inciso XVI del artículo 73 constitucional habla de la salubridad general de la República, lo cual dejaría entrever que cuando se trata de salubridad local de una región o estado determinado, la materia quedaría entonces reservada al poder local correspondiente; esto es innegable, y entonces la dificultad consistiría en tratar de precisar lo que es Salubridad General de la República y lo que corresponde a salubridades generales o locales; la materia no puede decidirse sin un examen concreto en cada caso de que se trate, y más bien es una cuestión de hecho que por circunstancias especialísimas deben decidir los tribunales y en su caso la Suprema Corte”.

Como se puede observar, dicha ejecutoria plantea correctamente el problema, pero no lo resuelve.

La segunda ejecutoria de 13 de septiembre de 1932, trata visiblemente de fijar las bases para una determinación objetiva de la competencia federal sobre la materia de salubridad, y expresó:

“Los términos de la Constitución federal delimitan la competencia Constitucional del Departamento de Salubridad Pública, en lo que se refiere a la jurisdicción de que está investido el Territorio Nacional, a los casos de epidemias de carácter grave, de peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país y la campaña contra el alcoholismo y comercio de estupefacientes”.

Como se denota en esta jurisprudencia, planteaba con claridad la cuestión, en cuanto a las facultades federales en materia de salubridad, pero no fue delimitado el concepto de Salubridad General de la República, y provoca confusión con aquella correlativa de los Estados o salubridad local.

1.3. Qué debe entenderse por Salubridad General de la República

Lo que debe entenderse por Salubridad General de la República, se encuentra en el dictamen que inspiró la reforma de 1908; pues como allí se había dicho, la iniciativa del entonces Ejecutivo Federal sólo limitaba la Salubridad a Costas y Fronteras, y fue subsanada tal situación, cuando la comisión de puntos constitucionales de la Cámara de Diputados alteró el sentido de la iniciativa, confiriendo al Congreso de la Unión la facultad de conferir en la Ley Ordinaria, lo que debería entenderse por Salubridad General de la República. Es, por lo tanto, el Código Sanitario, sería el conjunto normativo que debería definir la magnitud y alcance de la vaga expresión que al respecto de salubridad emplea nuestro Código Político. De entenderse así el precepto, el Poder Judicial (encargado de la aplicación de la Ley) no puede subsistir al Legislativo, declarando inconstitucional al Código Sanitario por considerar que regula una materia ajena a la salubridad general.

Lo anterior no significa que el Congreso de la Unión tenga un poder ilimitado, sino que el ejercicio en esta materia se debe respetar la competencia estatal para legislar en materia de salubridad local. Lo anterior implica el reconocimiento y respeto a nuestro sistema federal, mismo que debe ser

entendido —para subrayar la materia de salubridad—, como un reparto de facultades entre los Poderes Federal y Estatales, de acuerdo al artículo 124 de nuestra Constitución vigente.

Salubridad, son las actividades relacionadas con aspectos de sanidad en el ámbito comunitario y municipal (incluyendo el aspecto ambiental). También, se refiere a las condiciones higiénico-sanitarias que deben tener establecimientos (restaurantes, rastros, panteones, etcétera), servicios (agua potable, transportes, y otros), productos (medicamentos, alimentos, etcétera), y personas (aquellas que manipulan o preparan alimentos o bebidas).³⁸

La Salud Pública, es la rama de la medicina que trata o estudia los fenómenos, acontecimientos o enfermedades que afectan a grupos de personas; ven la enfermedad como el fenómeno resultado de la interacción entre la población y los entornos sociales, económicos, biológicos y ambientales entre otros; dentro de esta rama tiene un papel fundamental la demografía, epidemiología, sociología, economía y ecología. Algunos problemas son: la farmacodependencia, cólera enfermedades infecciosas, diabetes, hipertensión y prostitución.³⁹

1.4. La Ley General de Salud

En 1982, bajo el liderazgo del doctor Guillermo Soberón Acevedo, se creó la *Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República*. Esta coordinación tenía como propósito hacer una evaluación del estado en que se encontraban los servicios públicos de salud para la población abierta con el fin de integrarlos a un sistema nacional de salud que diera cobertura a todos los mexicanos. La implementación de esa propuesta, entre 1982 y 1988, dio origen a la segunda generación de reformas de salud en México.

La segunda generación de reformas ha sido llamada “*el cambio estructural de la salud*” y comprendió una verdadera renovación legislativa y una reforma administrativa y sustantiva que involucró, sustancialmente, a los servicios que atienden a la población abierta, es decir la que no es derechohabiente de la seguridad social.

La renovación legislativa arranca con la inclusión, en la Constitución, del derecho a la protección de la salud en 1983 y continúa con la promulgación de la Ley General de Salud.⁴⁰ La Ley reglamentó el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

³⁸ Datos proporcionados por la Dra. Ana María Monreal Ávila. **Directora de Regulación Sanitaria de los Servicios Coordinados de Salud Pública** en el Estado de Zacatecas. 1990.

³⁹ Ídem.

⁴⁰ En diciembre de 1983 el Congreso de la Unión aprobó la **Ley General de Salud**, que entró en vigor en julio de 1984. La Ley General de Salud reglamentó *el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona*, en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; estableció las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. En 2003 se reformó la Ley General de Salud, cuyo objeto fue la creación del *Sistema de Protección Social en Salud*. En 2019, la Ley sufrió numerosas modificaciones en artículos relacionados principalmente con la prestación de servicios de salud, la protección social en salud y el control sanitario de medicamentos.

El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven 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, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Son reconocidas como autoridades sanitarias:

- I. El Presidente de la República;
- II. El Consejo de Salubridad General;
- III. La Secretaría de Salud, y
- IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Departamento del Distrito Federal.

Como puede apreciarse, el municipio no es reconocido como autoridad sanitaria (*como debiese*), pese a que éste es el núcleo de la sociedad organizada, toda vez que no es contemplado como parte integrante del pacto federal y que a partir de 1999 es reconocido como un nivel de gobierno.

1.5. El municipio ausente y carente de facultades en materia de salud pública

Este trabajo tiene como principal objetivo abordar la capacidad de los ayuntamientos para asumir la prestación de los servicios de salud directamente, pues incluso siendo ésta una posibilidad jurídicamente viable, una vez iniciado el proceso descentralizador en 1984, la siempre problemática cuestión económica impide que pueda concretarse este fin.

El derecho a la salud, recogido en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la propia Constitución, es el punto de partida de esta investigación, que aborda desde una perspectiva crítica el papel que juega este derecho en el ámbito municipal en el marco de las competencias específicas que la Constitución mexicana otorga.

1.5.1. Competencias municipales artículo 115 de la Constitución federal

El derecho a la salud, como un derecho humano reconocido en diversos instrumentos nacionales e internacionales, ha inspirado el orden jurídico interno de México.

Esta realidad no debe verse disociada sino complementaria de otros mandatos constitucionales que abordan la efectividad de este derecho; tal es el caso de las competencias otorgadas por la Constitución a los municipios,⁴¹ siempre que tengan una relación estrecha con la protección de la salud.

Precisamente en este punto radica la doble vertiente de obligaciones para los municipios en materia de salud, pues, por una parte, se trata de abordar la temática desde la responsabilidad de las autoridades administrativas en *la promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos de acuerdo con la exigibilidad de los compromisos adquiridos por México a través de los tratados internacionales*. Por otro, se debe reconocer que, en materia de salud, *las competencias otorgadas expresamente por el artículo 115 de la Constitución se relacionan estrechamente con una concepción amplia del derecho a la salud si se observan como elementos indispensables para el sostenimiento de estándares de una calidad de vida digna y de protección del medio ambiente saludable*.

La fracción III del artículo 115 señala expresamente una serie de funciones y servicios públicos que los municipios deberán asumir. Entre ellos se destacan, por su relación con el derecho a la salud, los relacionados con los incisos:

- a). El agua potable, el drenaje, el alcantarillado, y el tratamiento y disposición de las aguas residuales.
- b). Limpia, recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos.
- c). Mercados y centrales de abastos.
- d). Panteones.
- e). Rastro.
- f). Calles, parques y jardines, y su equipamiento.

Todas estas encomiendas tienen un trasfondo de salud pública,⁴² es el Municipio sede de satisfacción o decepción de las necesidades de los servicios públicos, relacionados más íntimamente con el desarrollo de las condiciones de vida, de una vida digna. Específicamente, la relación entre el derecho a la protección de la salud y las competencias municipales constitucionales, se recuerda la naturaleza simbiótica de sus objetivos.

⁴¹ Tras la reforma de 1983 al artículo 115 de la Constitución (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983) los ayuntamientos asumen, de acuerdo con la fracción III, una serie de competencias específicas que apenas han sido modificadas sustancialmente en su contenido; sin embargo, el contexto de su desarrollo competencial sí se ha visto modificado por la forma de asumir las competencias. En 1983, la fracción III señalaba que “*los municipios, con el concurso de los estados cuando así fuere necesario y lo determinen las leyes tendrán a su cargo los siguientes servicios públicos*”. Posteriormente, tras la reforma de 1999 (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de diciembre) la fracción III señala que los “*municipios tendrán a su cargo las funciones y los servicios públicos siguientes*”. Este cambio se relaciona con que se reconozca al municipio como “*un verdadero orden de gobierno y no como una mera instancia de administración*” siempre supeditada a otros niveles de gobierno, específicamente el estatal. Sobre los aspectos positivos y negativos de la reforma de 1999 véase RENDÓN HUERTA BARRERA, TERESITA. *Diagnóstico y diseño de la reglamentación municipal en México*, Universidad de Guanajuato. México, 2011. p. 26.

⁴² Este hecho se corrobora desde una perspectiva histórica, pues desde la época colonial los municipios cumplían algunos mandatos en relación con la salud, e incluso la Constitución de Cádiz encomendó la policía de salubridad a los municipios. Véase RUIZ DE CHÁVEZ, Manuel. “*La salud y el...*”, Op. Cit., p. 22.

De esto encontramos evidencias en diversas normas, en especial todas aquellas que relacionan la salubridad del agua o el medio ambiente con la salud, cualquiera que sea el ámbito competencial en el cual se desarrollen.

1.5.2. La Ley de Salud del Estado de Zacatecas

El artículo 8º fracción VI, de la Ley de Salud del Estado de Zacatecas⁴³, es un buen ejemplo, al relacionar el derecho a la protección de la salud con las “*condiciones sanitarias del ambiente*”. Este puede configurarse como un concepto jurídico indeterminado, pero no confuso, pues simplemente abarca todas aquellas situaciones que perjudiquen el ambiente.

Pensemos en deficiencias en la red de drenaje, alcantarillado o disposición de aguas residuales, que puede implicar la contaminación de alimentos, bebidas o la transmisión de enfermedades por contacto; la mala gestión de los residuos,⁴⁴ lentitud, irregularidad o la deficiencia en los medios y formas de recolección se relaciona con la suciedad en las calles, la transmisión de enfermedades y la exposición a peligros como tropiezos o cortaduras; de la gestión de los mercados, centrales de abasto y rastros depende la salubridad en la comercialización y distribución de alimentos (control de origen, enfermedades, tiempo de exposición, etcétera); incluso la gestión de los panteones tiene implicaciones de salubridad pública, pues la inhumación, exhumación y traslado de restos humanos tiene correspondencia con el control de enfermedades.

El establecimiento y posterior desarrollo de las competencias municipales constitucionales no ha estado exenta de problemática y un amplio sector de la doctrina ha señalado las deficiencias de las reformas de 1983 y 1999 a la Constitución, así como las tareas pendientes.⁴⁵ Entre otras, el fortalecimiento de un verdadero gobierno municipal y su emancipación financiera,⁴⁶ la necesidad de una ley reglamentaria del artículo 115 constitucional y la reforma administrativa, especialmente en materia de prestación de servicios públicos.⁴⁷

La prestación de servicios públicos, como forma de actividad material de las administraciones públicas, radica en el ejercicio de competencias constitucionales otorgadas a los municipios y también

⁴³ Vinculados también, se observa el artículo 2º fracción VII; 20 fracción I; el 57 fracción IV; 69 fracción III; el Capítulo VI de esta Ley y el artículo 73.

⁴⁴ Los casos más dramáticos implican municipios que depositan los residuos al aire libre sin control, “*provocando enfermedades y focos de infección donde proliferan plagas nocivas para el ser humano y para la comunidad en su conjunto*”. Véase DÍAZ DÍAZ, Fulgencio. “*Residuos sólidos municipales*”, en Altamirano. *Revista del H. Congreso del Estado de Guerrero*, año 3, No. 16, 2000, p. 342.

⁴⁵ Sobre la problemática en torno a la distribución de competencias entre la Federación, las entidades federativas y los municipios véase GÁMIZ PARRAL, Máximo. “*Las relaciones del municipio, los estados y el gobierno federal en México. Un nuevo artículo 115 constitucional*”, en VALENCIA, SALVADOR (coord.). *El municipio en México y en el mundo. Primer Congreso Internacional de Derecho Municipal*, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2005, pp. 91 y ss.

⁴⁶ Al respecto se ha señalado que el reconocimiento constitucional del municipio como orden de gobierno (tras la reforma de 1999) no se ha traducido a la realidad, pues “el trato oficial de los asuntos municipales es el mismo, el concepto que del municipio se tiene desde la entidad federativa, y no se diga desde la Federación, no se ha modificado; sigue viéndosele como el más insignificante, como el ente manumitido condenado a la penuria financiera; continúa atrapado entre expedientes, datos, procesos y trámites, para acceder a fondos estatales y federales”. Véase RENDÓN HUERTA BARRERA, TERESITA. “*Diagnóstico y diseño de la reglamentación municipal...*”, Op. cit., p. 47.

⁴⁷ Las vicisitudes en la prestación de los servicios públicos por parte de los gobiernos municipales han sido abordadas por S. VALENCIA CARMONA en relación con las formas de colaboración entre lo público y lo privado de acuerdo con las tendencias privatizadoras de las últimas décadas. Véase VALENCIA CARMONA, SALVADOR. “*Constitución, municipio y reforma*”, en VALENCIA, SALVADOR (coord.). *El municipio en México...*, cit., pp. 91 y ss.

de aquellas otras que les pudieran haber sido transferidas por parte de las entidades federativas. En esta ocasión el debate no debe centrarse en relación con la forma de asumir la prestación de los servicios públicos, es decir, no debe distraernos la cuestión de si se hace o no de forma directa o indirecta, pues lo que atañe a este trabajo es explicar la importancia de que los municipios asuman la tarea de satisfacer determinadas necesidades ciudadanas en relación con el derecho a la salud.

Si esto se lleva a cabo directamente, a través de la gestión privada y las concesiones administrativas, o incluso por entes de derecho social,⁴⁸ la cuestión trascendental radica en la decisión de los gobiernos municipales de asumir la responsabilidad de esas necesidades. Uno u otro modelo, antes que temprano, finalmente habrían de exigir resultados materiales sobre las responsabilidades que implican las competencias municipales.

Lo anterior se puede sostener si se recuerda la importancia del control en el otorgamiento y desarrollo de las concesiones administrativas para la prestación de los servicios públicos. En efecto, el adecuado control de las concesiones administrativas respecto de la forma y medios de prestación de los servicios públicos por parte de entes privados mantiene un vínculo muy importante —y muchas veces despreciado— entre las administraciones y los servicios. Respecto de su otorgamiento, implican la propia configuración del servicio, el cómo quiere el municipio que se presten los servicios (estándares de calidad, accesibilidad, asequibilidad, etcétera); respecto de su desarrollo, la administración tiene la capacidad de continuar velando por la forma en que se prestan los servicios públicos a través de figuras clave como la sanción, la rescisión o el rescate.⁴⁹

Manifiesta el artículo 14 de la Ley Estatal de Salud, en el ámbito municipal:
“**ARTÍCULO 14**”. *Corresponde a los Ayuntamientos:*

I). Asumir sus atribuciones en los términos de ley y de los acuerdos y convenios que suscriban con el Ejecutivo del Estado, los Servicios de Salud o entre sí;

II). Cumplir con la normatividad que emitan las autoridades sanitarias federales y estatales en las siguientes materias: Calidad del agua para uso y consumo humano, rastros, mercados, centros de abasto, centros de control canino, recolección de residuos, venta de alimentos en vía pública;

III). Establecer en la reglamentación municipal, medidas de control sanitario, en el marco de las leyes de la materia;

IV). Formular y desarrollar programas municipales de salud de conformidad con los sistemas nacional y estatal;

V). Vigilar y hacer cumplir en la esfera de su competencia las leyes y reglamentos sanitarios;

⁴⁸ L. J. BÉJAR RIVERA recuerda la posibilidad de que los servicios públicos se presten a través de este tipo de entidades, como sociedades de producción rural, cooperativas, etcétera, que colaboran con el Estado “*como prestador de servicios hacia sus socios, agremiados o asimilados*”. Véase BÉJAR RIVERA, José Luis. *Una aproximación a la teoría de los servicios públicos*. UBIJUS. México, 2012, p. 89

⁴⁹ MARTÍNEZ MORALES, Rafael I. *Derecho administrativo*. Oxford. Primer curso. 6ª edición. México, 2011. pp. 270-272.

VI). *Organizar los comités municipales de salud, para que participen como coadyuvantes con las autoridades, en el mejoramiento y vigilancia de los servicios de salud;*
VII). *Aportar los recursos humanos, materiales y financieros que sean necesarios para coadyuvar en la operación de los servicios de salubridad municipal, y (...).*⁵⁰

1.5.2. Derechos humanos y actuación municipal en la protección de la salud

El derecho a la salud, en la concepción amplia del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, crea un vínculo entre este derecho y actuación de las administraciones públicas municipales, en ejercicio de sus competencias constitucionales que tienen impacto en la salubridad del medio ambiente.

Por otra parte, las reformas de junio de 2011 a diversos artículos de la Constitución para albergar la más amplia protección de los derechos humanos crean condiciones para exigir una actuación administrativa coherente con su respeto, más aún si estos derechos están reconocidos (aunque no con el mismo alcance) en la propia Constitución mexicana como derechos fundamentales.⁵¹ Y es que incluso por su misma naturaleza, el derecho a la salud y los servicios públicos municipales son interdependientes y necesitan unos de otros para conseguir sus objetivos. No sólo debemos preguntarnos si las autoridades municipales están conscientes de este marco de actuación, sino también de cómo piensan abordarlo.

Desde un punto de vista tradicionalmente positivista podemos recuperar marcos normativos como la Ley de Salud del Estado de Zacatecas, la cual, en el artículo 10, establece que los ayuntamientos son autoridades sanitarias en sus respectivos ámbitos competenciales, lo que proporciona un parámetro de acción y de responsabilidad en materia de salud como órgano de gobierno de los municipios. Además, el Consejo de Salud del Estado de Querétaro se integra, entre otros cargos públicos, por los presidentes de los consejos municipales de salud, de acuerdo con el artículo 9º. Esta estructura orgánica de la administración sanitaria juega un papel esencial como punto de partida para la protección del derecho a la salud, siempre que sea efectiva.⁵² Sin menoscabo de esta realidad, debemos tener presente el nuevo paradigma sobre el que se fundamenta la concepción de los derechos humanos en México. Sin desconocer el pragmatismo de contar con este tipo de marcos de actuación, lo cierto es que es necesario impulsar una nueva concepción de los municipios y de sus propias responsabilidades, sobre todo teniendo éstas un impacto directo en los derechos fundamentales.

No debemos olvidar que la doctrina más acreditada en materia de derechos fundamentales ha señalado que las facultades u obligaciones de los distintos niveles de gobierno en materia de

⁵⁰ *Ley de Salud del Estado de Zacatecas*. Publicada en el Suplemento al número 1 del Periódico Oficial del Estado de Zacatecas el miércoles 7 de marzo de 2018. Última reforma publicada el 24 de agosto del 2019.

⁵¹ CARBONELL, MIGUEL. *Los derechos fundamentales en México*. Porrúa-UNAM-CNDH. 4ª edición. México, 2011.

⁵² Ignacio Francisco Herrerías Cuevas, recuerda que la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en relación con el caso Radilla Pacheco vs. México, sentencia del 23 de noviembre de 2009, considera que “no sólo la supresión o expedición de las normas de derecho interno garantizan los derechos contenidos en la Convención Americana, de conformidad a la obligación comprendida en el artículo 2 de dicho instrumento. También se requiere el desarrollo de prácticas estatales conducentes a la observancia efectiva de los derechos y libertades consagrados en la misma. En consecuencia, la existencia de una norma no garantiza por sí misma que su aplicación es adecuada”. Véase HERRERÍAS CUEVAS, Ignacio Francisco. *Control de convencionalidad y efectos de las sentencias*. UBIJUS. México, 2012. p. 80.

derechos humanos no interfieren con el sistema de distribución de competencias previsto en el derecho interno.

Una autoridad no puede excusarse del cumplimiento de los tratados internacionales basándose en la posible afectación de esferas competenciales.⁵³ Por una parte, porque el propio derecho internacional, particularmente la Convención Americana sobre Derechos Humanos en el artículo 28, prevé la adopción de medidas por parte de los Estados (*que tienen como forma de Estado la Federación*) para evitar este tipo de conflictos.

Por otra parte, la reforma de 2011 y la adopción del párrafo tercero del artículo 1º de la Constitución, todas las autoridades, dentro de sus respectivos ámbitos competenciales, son sujetos de obligaciones en materia de derechos humanos.

Conclusiones

PRIMERO. Desde la Reforma Constitucional de 1908, el Congreso de la Unión tuvo facultades en materia de Salubridad.

SEGUNDO. En el seno del Constituyente de 1917, se reformó del artículo 73 la fracción XVI, que otorgó con buena intención y mala redacción jurídica las facultades en materia de Salubridad General de la República.

TERCERO. La SCJN, mediante dos tesis jurisprudenciales intentó resolver las competencias entre federación y estados en la materia de Salubridad y Salud Pública; las describió bien y resolvió mal.

CUARTO. Los diversos códigos sanitarios, que debieron definir los alcances de la acción sanitaria federal y precisar la local, quedaron de manera confusa e inacabada entre **Salubridad** (que es una facultad comunitaria municipal) y **la Salud Pública** que tiene que ver con condiciones económicas, sanitarias, proliferación de enfermedades infecto-contagiosas, etcétera.

QUINTO. El esfuerzo por reconocer y concretar el protagonismo del municipio en la vida nacional, implica mucho más que reformas constitucionales en el ámbito municipal y demás normas federales y estatales.

El objetivo debe centrarse en otorgarle la capacidad de observar el impacto de sus acciones en el proceso de construcción del país, de un país más justo y digno. En este modelo, al que debemos aspirar, los derechos humanos son elementos indispensables.

SEXTO. Se debe reconocer que las áreas estratégicas, como la salud, en el conjunto de la actuación administrativa municipal, implica *mucho más que formalismos en la ejecución de las competencias otorgadas por la Constitución o por normas federales o estatales; está íntimamente relacionada con el respeto a los derechos humanos y con la propia construcción de una comunidad saludable.*

⁵³ Véase CARBONELL, MIGUEL. “Las obligaciones del Estado en el artículo 1º de la Constitución...”, Op. cit., pp. 67 y 68.

La relación entre los derechos humanos y el ejercicio de competencias municipales constitucionales no debe quedar reservada a la doctrina o a ámbitos especializados de actuación municipal.

SÉPTIMO. La participación municipal en materia de salud es amplia, pues aun cuando de manera directa no otorga servicios médicos, lo cierto es que con las acciones emprendidas con los servicios que le otorga el artículo 115 en materia de *agua potable, drenaje, alcantarillado, tratamiento y disposición de sus aguas residuales; alumbrado público, limpia, recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos; mercados y centrales de abasto; panteones, rastro, calles, parques y jardines; contribuye de manera importante a mantener una calidad de vida saludable en su entorno.*

OCTAVO. Pero para impulsar las facultades en materia de salud municipal, se deben tomar básicamente dos criterios:

- I). Ajustarse a las características socioeconómicas y geográficas de cada municipio, lo que determinará las necesidades particulares de los mismos.
- II). Voluntad política de las autoridades estatales, para impulsar una descentralización, otorgando los medios necesarios para su ejecución, desde recursos humanos, financieros, infraestructura y capacitación necesaria:

El propósito del proceso de descentralización consiste en el acercamiento entre las instituciones estatales que realizan acciones que inciden en la salud y los municipios, para llevar a cabo esfuerzos conjuntos, sobre todo mediante acciones preventivas y de salud pública que contribuyan a mejorar las condiciones reales de salud de la población.

El objetivo es, que los servicios básicos de salud se presten por la autoridad más próxima a la comunidad, y que los problemas se resuelvan en el lugar en donde se producen. Esto permitirá que la población acceda a servicios adecuados, que la infraestructura y los programas respondan eficaz y oportunamente a las necesidades; además, que la operación del sistema de servicios amplíe su cobertura y mejore su calidad.

Fuentes de investigación

- 1).- Anónimo. *Historia de la salud en México*. Disponible en: <http://saludenmexico.blogspot.com/2007/07/historia-de-la-salud-en-mexico.html>
- 2).- BARNARD AMOZORRUTIA, Alicia (coord.), *Guía General del archivo Histórico de la Secretaría de Salud*. Centro de Documentación Institucional, Departamento de Archivo Histórico. México, 1984.
- 3).- BARNARD AMOZORRUTIA, Alicia. *Reseña Testimonial 1988 -1994*. Secretaría de Salud. Tomo 1. México, 1994.
- 4).- BÉJAR RIVERA, José Luis. *Una aproximación a la teoría de los servicios públicos*. UBIJUS. México, 2012.
- 5).- BORJA VALADEZ, Ilse Ivonne, y ZACARÍAS PRIETO, Jorge. “*El Protomedicato en México: Una mirada desde el Archivo de la Facultad de Medicina*”. UNAM, Facultad de Medicina. Disponible en <http://web.uaemex.mx/iesu/PNovohispano/Encuentros/2013%20XXVI%20EPN/Siglo%20XVII/Ilse%20Ivonne%20Borja.pdf>
- 6).- BURGOA ORIHUELA, Ignacio. *Las garantías individuales*. Porrúa. 41ª edición. México, 2008.
- 7).- CÁZARES GARCÍA, Gustavo. *Derecho de la seguridad social*. Porrúa. 2ª edición. México, 2007.
- 8).- CARBONELL, Miguel. *Los derechos fundamentales en México*. Porrúa-UNAM-CNDH. 4ª edición. México, 2011.
- 9).- *Constitución Política de la República Mexicana de 1857*. Biblioteca de la Cámara de Diputados.
- 10).- COSSÍO DÍAZ, José Ramón, GOSLINGA RAMÍREZ, Lorena, MEJÍA GARZA, Raúl Manuel, MONTES DE OCA-ARBOLEYA, Rodrigo. “*Reflexiones constitucionales sobre el Consejo de Salubridad General*”. *Gaceta Médica Mexicana*, número 149. México, 2013.
- 11).- DE LA CUEVA, Mario. “*La Filosofía del Derecho y del Estado de Jorge Guillermo Federico Hegel*” en: SÁNCHEZ AZCONA, Jorge (compiladores). *Colección Lecturas de Sociología y Ciencias Política*.
- 12).- DE LA SELVA, Mauricio. *La seguridad social, el seguro social y sus realizaciones en México*. *Cuadernos Americanos*. Vol. CXVIII, No 4. México, 1961. pp. 50-74.
- 13).- DÍAZ DÍAZ, Fulgencio. “*Residuos sólidos municipales*”, en Altamirano. *Revista del H. Congreso del Estado de Guerrero*, año 3, No. 16, 2000, p. 342.
- 14).- DÍAZ LIMÓN, José. “*La Seguridad Social en México: un enfoque histórico*”. *Revista Jurídica de la Escuela Libre de Derecho de Puebla*, núm. 2.

- 15).- FRANCO-PAREDES, Carlos, LAMMOGLIA, Lorena, SANTOS-PRECIADO, José Ignacio. “*Perspectiva histórica de la viruela en México: aparición, eliminación y riesgo de reaparición por bioterrorismo*”. *Gaceta Médica Mexicana*, vol. 140, No. 3. Mayo-junio. México, 2004.
- 16).- FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, Francisco. “*El establecimiento de ciencias médicas*”. En *Antología de escritos histórico-médicos*. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1986.
- 17).- FRENK, Julio; URRUSTI SAENZ, Juao (et allí). “*La Salud Pública*”. En ARÉCHIGA, Hugo, y SOMOLINOS Juan, (orgs.), *Contribuciones mexicanas al conocimiento médico*. Fondo de Cultura Económica. México, 1993.
- 18).- GÁMIZ PARRAL, Máximo. “*Las relaciones del municipio, los estados y el gobierno federal en México. Un nuevo artículo 115 constitucional*”, en VALENCIA, SALVADOR (coord.). *El municipio en México y en el mundo*. Primer Congreso Internacional de Derecho Municipal, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2005.
- 19).- GÓMEZ DANTÉS, Octavio y FRENK, Julio. “*Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud*”. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México, 2019.
- 20).- GONZÁLEZ OROPEZA, Manuel. *Anuario Jurídico XV 1988*. UNAM-IIJ. México, 1988.
- 21).- HERRERÍAS CUEVAS, Ignacio Francisco. *Control de convencionalidad y efectos de las sentencias*. UBIJUS. México, 2012. p. 80.
- 22).- <http://www.facmed.unam.mx/fm/historia/evolucion>
- 23).- <http://apbp.salud.gob.mx/contenidos/antecedenteshistoricos1.html>
- 24).- KERSHENOBICH STALNIKOWITZ, David. *El Consejo de Salubridad General*. *Gaceta Médica de México*. 2012; 148: 598-6000. Véase https://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_598-600.pdf
- 25). LARA-BAYÓN Javier (et all). *Un pilar de la salud pública moderna en México*. Fundación Carlos Slim, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Clío. México, 2016.
- 26). LOBATO, José. “*Sociología en sus relaciones con la demografía y demología mexicanas*”. *Gaceta Médica de México*, 15: 357. México, 1880.
- 27). Ley de Salud del Estado de Zacatecas. Publicada en el Suplemento al número 1 del Periódico Oficial del Estado de Zacatecas el miércoles 7 de marzo de 2018. Última reforma publicada el 24 de agosto del 2019.
- 28). MARTÍNEZ MORALES, Rafael I. *Derecho administrativo*. Oxford. Primer curso. 6ª edición. México, 2011.

- 29). MEYER, Rosa María. *Instrucciones de seguridad social*. INAH. Proceso historiográfico Cuadernos de Trabajo del Departamento de Investigaciones Históricas. México, 1975.
- 30). MORENO CUETO, Enrique; MOGUEL VIVEROS, Julio; DÍAZ DE SANDI, Miguel A; GARCÍA UGARTE, Martha E y CÉSARMAN VITIS, Eduardo. *Sociología histórica de las instituciones de salud*. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1982.
- 31). RODRÍGUEZ PÉREZ, Martha Eugenia. (*Proyectos Universitarios*) *Hospital de maternidad e infancia*. UNAM/Facultad de Medicina/Área de las Humanidades y de las Artes. México, 2010.
- 32). RODRÍGUEZ DE ROMO, Ana Cecilia. *Epidemia de cólera en 1850. Análisis histórico: médico de un curioso manuscrito*. Facultad de Medicina, UNAM. Nueva Época, Archivalia Médica n° 4. México, 1994.
- 33). RENDÓN HUERTA BARRERA, TERESITA. *Diagnóstico y diseño de la reglamentación municipal en México*. Universidad de Guanajuato. México, 2011.
- 34). RODRÍGUEZ DE ROMO, Ana Cecilia, RODRÍGUEZ PÉREZ, Martha Eugenia. *Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos 1998.
- 35). SÁNCHEZ CORDERO DE GARCÍA VILLEGAS, Olga. Simposio Internacional “Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente”. Derecho Constitucional a la Protección de la Salud. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Ciudad de México. 2000.
- 36). SEPTIEN Y LLATA, Manuel “*Establecimiento de iguales médico-farmacéuticas en toda la República*”. Gaceta Médica de México. 15: 357. México, 1880.
- 37). Texto original de la *Constitución de 1917 y de las reformas* publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 5 de febrero de 1917 al 1° de junio de 2009. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. México, 2018.
- 38). SIURANA APARISI, Juan Carlos. “*Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural*”. Universidad de Valencia. Revista Veritas n° 22. Marzo. España, 2010.

