

CONCURRENCIA DE LA FEDERACIÓN Y LAS ENTIDADES FEDERATIVAS RESPECTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

José Meljem Moctezuma
Esther Vicente González

INTRODUCCIÓN

Hace cien años se debatieron en el Congreso Constituyente diferentes corrientes revolucionarias, políticas e ideológicas. El debate se orientó a explorar la construcción de acuerdos sobre cambios drásticos en la dirección política de la Nación, en general, a proponer rumbo y soluciones para diseñar un nuevo proyecto de país; se buscó arribar a acuerdos, muchos de ellos se convirtieron en normas que quedaron plasmadas en la Constitución Política de 1917.

La concurrencia en el ámbito sanitario tiene casi la misma antigüedad que la Constitución Política, pues sólo unos años antes, en 1908, la Federación sustrajo del ámbito local una materia que históricamente venían atendiendo o, como señalaban algunos estudiosos de la época, desatendiendo los estados.

Quizá el cambio más importante introducido por la Constitución de 1917 en esa materia es la incorporación de las cuatro bases propuestas por el Diputado Rodríguez y no su federalización como señala en general la doctrina, porque en virtud de esas bases se incorporaron a la

Constitución los órganos de la salubridad general a los cuales se dotó de facultades excepcionales,¹ tanto para dictar disposiciones como para adoptar medidas sobre salubridad general; se otorgaron a las autoridades sanitarias facultades que la propia Constitución denominó “ejecutivas”, las cuales consistieron básicamente en lo siguiente:

En la primera se hizo depender al Consejo de Salubridad General directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna secretaría de Estado, y se determinó que sus disposiciones generales serían obligatorias en el país.

Con la segunda se facultó al Departamento de Salubridad (hoy Secretaría de Salud), para que en caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, dictara inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser sancionadas después por el Presidente de la República.

En la tercera se estableció expresamente el carácter ejecutivo de la autoridad sanitaria, cuyas disposiciones deben ser obedecidas por las autoridades administrativas del país.

La cuarta respondió al problema de adicciones que en ese momento enfrentaba el país, por lo que el Consejo de Salubridad General podía poner en vigor medidas en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, las cuales serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.

Los argumentos esgrimidos para incorporar esas cuatro bases fueron en torno de la necesidad que tenía el país, principalmente por las epidemias que lo asolaban, de contar con una autoridad cuyas disposiciones fueran observadas en toda la República. Se trataba de la salubridad general, sobre la cual se hizo mención expresa en la Constitución e, incluso, se determinaron las autoridades competentes para atenderla, pero en ninguna parte se le definió.

¹ José Quero, “El derecho sanitario mexicano”, en *Revista de la Facultad de Derecho de México*, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, núm. 49, enero-marzo de 1963, p. 153.

Como se advertirá en el desarrollo del presente trabajo, no existe una definición de la salubridad general, lo que se ha hecho en su regulación es determinar las materias que la componen. En principio, la propia disposición constitucional menciona cuatro materias que integran la salubridad general: primera, epidemias graves; segunda, peligro de invasión de enfermedades exóticas; tercera, campaña contra el alcoholismo, y cuarta, venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza. Las dos primeras representan situaciones extraordinarias y las dos últimas tienen una trascendencia social particular.² Pero éstas no son todas las materias de la salubridad general, el catálogo es más amplio y está contenido en la regulación sanitaria, cuya evolución se analizará más adelante.

El reconocimiento del derecho a la protección de la salud es más reciente, apenas de 1983, sin embargo el texto constitucional refiere la concurrencia sobre la salubridad general y no sobre este derecho, por lo que cabe plantearse, entonces, cuál es el rol de una y otro.

El tema es complejo, por ello en un intento por entenderlo se parte de conocer en forma somera el concepto; después el origen y evolución de la concurrencia en materia de salubridad general; luego se pasa a la relación de ésta con el derecho a la protección de la salud, para concluir con la evolución de la distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas hasta su regulación actual.

Federalismo y concurrencia

La concurrencia sólo se entiende dentro de un Estado federal, pues es en este tipo de Estado donde se distribuye la competencia material entre dos órdenes distintos, uno federal y otro local. En principio, la regla es que en el ámbito que corresponde a uno de ellos no puede actuar el otro. La concurrencia es una excepción a este principio.

La competencia es un concepto que se aplica a todos los órganos del Estado para indicar la esfera o ámbito (espacial, material, personal)

² *Ibidem*, p. 157.

dentro del cual aquéllos pueden ejercer válidamente las funciones que les son propias.³

México, por disposición del artículo 40 de la Constitución Política, es una República representativa, democrática, laica y federal, compuesta por estados libres y soberanos y por la Ciudad de México, unidos en una federación.

En el Estado federal se presenta lo que Miguel Carbonell denomina el “principio de competencia normativa, que consiste en acotar un ámbito material y encomendar su regulación a un determinado tipo de norma, de manera que los demás tipos de norma no pueden, en principio, incidir sobre dicha materia”. “[L]a competencia normativa crea una división en dos órdenes materiales de la capacidad de normación, uno federal y otro local, establece una división de poder sobre una superficie horizontal”.⁴

Esa división se da mediante la distribución de competencias entre el orden federal y el local, por medio de la aplicación de dos criterios: con el primero, constitucionalmente se determinan los ámbitos de cada orden y con el segundo, se da por excepción, “[...] cuando la Constitución no atribuye las competencias en las materias concurrentes, sino que remite a otras leyes federales para ello. De esta forma, la constitucionalidad de una ley federal o local, en las materias concurrentes, depende tanto de la Constitución como de la ley marco”.⁵

Con el primer criterio, constitucionalmente se establece una clara división de competencias entre la Federación y las entidades federativas; se aplica la siguiente regla: todas aquellas facultades que no estén expresamente concedidas a los funcionarios federales, están reservadas a los estados o a la Ciudad de México;⁶ principio que se concreta en el

³ Enrique Aguirre Saldívar, *Los retos del derecho público en materia de federalismo. Hacia la integración del derecho administrativo federal*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 2015, p. 118.

⁴ Miguel Carbonell, “El Estado Federal en la Constitución Mexicana: Una introducción a su problemática”, en *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 91, México, UNAM-IJ, 2011.

⁵ Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), Sentencia del Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la controversia constitucional 132/2006, correspondiente al 10 de marzo de 2008., pp. 43 y 44.

⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 124.

artículo 73, constitucional, en el cual se relacionan las materias en las que el Congreso de la Unión tiene facultades para legislar y al que, si se suman los artículos 130 (“Corresponde exclusivamente al Congreso de la Unión legislar en materia de culto público y de iglesias y agrupaciones religiosas.”) y 131 (“Es facultad privativa de la Federación gravar las mercancías que se importen o exporten, o que pasen de tránsito por el territorio nacional, así como reglamentar en todo tiempo y aún prohibir, por motivos de seguridad o de policía, la circulación en el interior de la República de toda clase de efectos, cualquiera que sea su procedencia.”), se tiene el ámbito competencial expreso de la Federación, que se puede ampliar con las facultades implícitas establecidas en la última fracción del artículo 73 (“XXX. Para expedir todas las leyes que sean necesarias, a objeto de hacer efectivas las facultades anteriores, y todas las otras concedidas por esta Constitución a los Poderes de la Unión.”).

Respecto del segundo criterio, la propia Constitución establece aquellas materias que son concurrentes y en las que será una ley la que distribuya las competencias; tal es el caso de las siguientes: asentamientos humanos, protección al ambiente y preservación y restauración del equilibrio ecológico, cultura física y deporte, turismo, pesca y acuicultura y salud, entre otras.

Existen otro tipo de facultades, que por no ser materia del tema que se desarrolla no se abordan.

En la doctrina se ha cuestionado la existencia en México de las facultades concurrentes, sin embargo como señala Miguel Carbonell, “...la Constitución usa el término ‘conurrencia’ para describir la articulación competencial entre Federación, estados y municipios, lo cual justifica a mi entender que se hable de facultades ‘concurrentes’ en la Constitución mexicana, a pesar del desacuerdo de algún sector importante de la doctrina”.⁷

También, la Suprema Corte de Justicia de la Nación coincide en la existencia de facultades concurrentes. Al respecto ha señalado lo siguiente:

⁷ Carbonell, *op. cit.*

En el sistema jurídico mexicano las facultades concurrentes implican que las entidades federativas, incluso el Distrito Federal [hoy Ciudad de México], los Municipios y la Federación, puedan actuar respecto de una misma materia, pero será el Congreso de la Unión el que determine la forma y los términos de la participación de dichos entes a través de una ley general.⁸

[...] el constituyente ha establecido, y la jurisprudencia de este Alto Tribunal así lo ha reconocido, las llamadas facultades concurrentes, las cuales se ejercen simultáneamente por la Federación y las entidades federativas, que son consecuencia de la armonía del conjunto y unidad de fines o concordancia de propósitos que supone el régimen federal.

Estas facultades atribuyen competencia tanto a los órganos de autoridad federal como a la autoridad local, pero concediendo a una de ellas, en este caso a la Federación, la atribución para fijar bases o un cierto criterio de división de esa facultad.

Nuestro lenguaje constitucional llama concurrencias legislativas las que derivan de la atribución combinada, segmentaria y hasta compartida que efectúa el constituyente en favor de los distintos órdenes de gobierno, en relación con una materia competencial específica, a través de la distribución que se establece en una ley del Congreso de la Unión, llamada Ley General.

Estas leyes generales o marco distribuyen las competencias entre la Federación y los Estados, otorgando las bases para el desarrollo de las leyes locales correlativas, desconstitucionalizando la atribución de competencias entre los dos órdenes de gobierno, dejando la función de reparto en el Congreso Federal.⁹

Hasta aquí podemos advertir dos aspectos importantes respecto de las facultades concurrentes: deben estar expresamente señaladas por la Constitución y la distribución de competencias se desarrolla en una ley general. Es decir, “[...] son constitucionalmente concurrentes y sus disposiciones se desarrollan a través de leyes generales, esto es, los tres niveles de gobierno intervienen en ellas”.¹⁰

⁸ SCJN, “Facultades concurrentes en el sistema jurídico mexicano. Sus características generales”, tesis: P./J. 142/2001, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, 9a. época, tomo XV, enero de 2002, p. 1042.

⁹ SCJN, Sentencia del Tribunal..., *op. cit.*, pp. 43 y 44.

¹⁰ SCJN, “Facultades concurrentes en materia de asentamientos humanos y de protección al ambiente y de preservación y restauración del equilibrio ecológico. Los programas

Así lo determinó el Tribunal Pleno al fallar la controversia constitucional 132/2006, en la que en lo conducente se dijo que a través de las leyes generales o leyes marco, se puede:

1. Distribuir competencias entre la Federación y los Estados, otorgando las bases para el desarrollo de las leyes locales correlativas; y
2. Establecer el régimen federal para regular la acción de los poderes centrales en la materia de que se trate.

Por tanto, tratándose de facultades concurrentes, que implican un ejercicio simultáneo por diversos órdenes de gobierno en una misma materia, se ha reservado al Congreso de la Unión la atribución de fijar el reparto de competencias que permita que la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios actúen en ese ámbito, correspondiendo al Congreso de la Unión determinar la forma y los términos de su participación.¹¹

DE LA SALUBRIDAD GENERAL AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Para entender cómo opera la concurrencia en el ámbito de la salud, la historia puede ser útil, no sólo respecto de esos dos conceptos, sino también sobre la salubridad general y el papel que ha correspondido a la Federación y a las entidades federativas.

Si bien la salud ha sido una preocupación constante para la humanidad, el Estado no siempre ha asumido la responsabilidad para protegerla. Aunque se encuentran antecedentes muy antiguos de regulaciones y acciones públicas, en realidad son aisladas y no sistemáticas como en los tiempos recientes.

El propio concepto ha cambiado. Históricamente las acciones que se realizaban se consideraban como salubridad y estaban enfocadas bá-

de desarrollo urbano municipal deben ser congruentes con los de ordenamiento ecológico federales y locales”, tesis: P/J. 38/2011, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, 10a. época, libro 1, octubre de 2011, p. 288.

¹¹ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Sentencia del Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la Controversia constitucional 71/2009, correspondiente al día 24 de enero de 2013, p. 47.

sicamente en la salud pública, pues las relativas a la atención médica eran, en principio, de caridad, de beneficencia, después asistenciales y es hasta finales del siglo xx cuando tuvieron la connotación de un derecho, reconocido ahora como un derecho humano.

Una posible explicación de ello son las condiciones sanitarias del país, pues de acuerdo con Arturo Fierros Hernández, “las prácticas médicas modernas, incluyendo la salud pública, se introdujeron en México durante la última década del siglo xix y la primera del xx”.¹²

Aunque conviene señalar que, “[...] algunas medidas de higiene pública existían ya desde épocas tan antiguas como la colonia. La recolección de la basura, el entierro de los difuntos y las cañerías dan cuenta de destellos de modernidad (venidos desde la España ilustrada)”.¹³

En el caso de la prestación de los servicios médicos, la responsabilidad la asumió el Estado, quizá de manera incipiente, hasta la época del Presidente Juárez, con la nacionalización de los bienes del clero, entre los cuales se encontraban los hospitales de beneficencia. Es en esta época, 1861, cuando se crea la Dirección General de la Beneficencia, que pasó a ser la Junta de Beneficencia.

También se contaba con el Consejo Superior de Salubridad, creado desde enero de 1841 por el Presidente Antonio López de Santa Ana, que tenía a su cargo la beneficencia pública y funciones que comprendían, además de la vigilancia del ejercicio autorizado de la medicina, la inspección sanitaria de lugares públicos, boticas, prostíbulos y la aplicación de medidas preventivas y de emergencia en casos de calamidades naturales y epidemias; sin embargo, sólo consagró su atención en el estudio de las condiciones médicas de la capital, por lo que tenía alcance muy limitado, pues su campo de acción estaba restringido al Distrito Federal y al Servicio de Sanidad Marítima y Fronteras. Solamente en casos en que se juzgaban peligrosos para la Nación como el de las epidemias, podía el gobierno federal tomar una acción directa.¹⁴

¹² Arturo Fierros Hernández, “Concepto e historia de la salud pública en México (siglos xviii a xx)”, en *Gaceta Médica de México*, México, p. 197.

¹³ *Idem.*

¹⁴ *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, Imprenta del Gobierno en Palacio, 1881. También José Antonio Rivera Tapia, “La situación de salud pública en México (1870-

Dicho Consejo fue adscrito en 1879 a la Secretaría de Gobernación, a fin de segregarlo del ente encargado de los establecimientos de beneficencia, en virtud de las funciones de vigilancia que sobre éstos correspondía al Consejo.

En los últimos años del siglo XIX y principios del XX, especialmente en la población más pobre del país

[...] la higiene era pésima, no se contaba con agua entubada, letrinas higiénicas, baños y drenaje. En las ciudades el agua se obtenía de las fuentes, sin que existiera interés oficial en su limpieza, siendo hasta finales del siglo XIX cuando se instrumentó el drenaje sanitario. Los baños gratuitos en 1901 daban una proporción de 1 por 12,000 habitantes, por tanto no sorprende que la gente de campo y de las ciudades, mal nutridos, fatigados y sucios, fueran presa fácil de las enfermedades por parásitos y de las infecciones.¹⁵

Si bien el ideal del gobierno de Porfirio Díaz fue modernizar todo México, al tratarse de un gobierno centralista, la capital fue la primera en recibir los efectos.¹⁶

A pesar de que al iniciar el siglo XX existían centros hospitalarios públicos, como el Hospital General inaugurado en 1905, no se contaba con una red nacional de servicios de salud; los esfuerzos estaban mayormente orientados en acciones de salud pública, justificable porque las epidemias y las enfermedades infecciosas asolaban a la población. Eran las juntas o consejos de salubridad estatales quienes se encargaban fundamentalmente del tema, es decir, la salubridad pública estaba en manos de las autoridades locales, ello obedecía a que en la Constitución Política de 1857 la salubridad general no estaba conferida a la Federación, por lo que conforme a la fórmula contenida en su artículo 117 (“Las facultades que no estén expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los Estados.”), correspondía a los estados su atención.

1960)”, en *Revista del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”*, vol. 6, núm. 1, enero-abril, México, 2003, p. 40.

¹⁵ Rivera, *op. cit.*, p. 40.

¹⁶ Fierros, *op. cit.*, p. 198.

Esa situación representaba problemas, como los siguientes:

[...] En primer lugar, no se podía esperar gran cosa de los gobiernos locales, pues sólo disponían de medios muy limitados; en segundo lugar, no todos los Estados de la República tenían autoridades sanitarias competentes, y en tercer lugar no había posible unidad de acción ni podía ejercerse control alguno sobre dichas autoridades locales, que eran libres hasta el grado de no hacer absolutamente nada para mejorar las condiciones reinantes. La ignorancia y pobreza en que vivía la mayoría del pueblo imposibilitaba la existencia de condiciones sanitarias. Era en balde que el Consejo Superior de Salubridad estuviera integrado por hombres internacionalmente conocidos como capaces e instruidos. Sus esfuerzos solamente alcanzaban un éxito parcial.¹⁷

Ernesto Aréchiga refiere que en los congresos médicos de 1876 y 1878 y en el primer Congreso Higiénico Pedagógico de 1882, se discutió favorablemente sobre la necesidad de “concentrar bajo un mando único y a nivel federal las políticas de salubridad pública e higiene colectiva”, ya que habían estado bajo el control de autoridades locales o estatales que no siempre unificaron esfuerzos ni presupuestos para combatir las enfermedades o sanear las ciudades.¹⁸

La facultad de expedir leyes en materia de salubridad general de la República se introdujo en el ámbito federal con la reforma del 12 de noviembre de 1908 a la Constitución de 1857.¹⁹ Con esa reforma se otorgó al Congreso de la Unión la facultad de expedir la ley sobre emigración, inmigración y salubridad general de la República y se subordinó el derecho de tránsito de las personas, entre otros, a las limitaciones que impusiera dicha ley.²⁰

¹⁷ Francisco de Paula Miranda, “Evolución de la Sanidad en México, conferencia sustentada ante el Comité de Relaciones Culturales de los Estados Unidos con la América Latina”, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, marzo de 1930, p. 554.

¹⁸ María Rosa Gudiño Cejudo, *et al.*, “La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945”, en *Salud Pública*, vol. 55, núm. 1, enero-febrero de 2013, p. 83.

¹⁹ José María Serna de la Garza, “Federalismo y sistemas de distribución de competencias legislativas”, en Antonio María Hernández y Diego Valadés (coord.) *Estudios sobre federalismo, justicia, democracia y derechos humanos*, México, UNAM-IJ, 2016, p. 322.

²⁰ “Decreto de reformas emitido por el presidente Porfirio Díaz”, 12 de noviembre de 1908, en *Las Constituciones de México. Reformas a la Constitución de 1857*.

Esa reforma es la base para lo que unos pocos años más adelante se establece con mayor fuerza en la nueva Constitución Política.

En 1916, a petición de Venustiano Carranza, el ingeniero Alberto J. Pani realizó un balance sanitario al que llamó *La higiene en México*. En esa obra planteó las siguientes recomendaciones “para el entrante gobierno revolucionario. 1. Federalizar el servicio de salud pública con la creación de un Ministerio Especial. 2. Decretar la ‘salubridad obligatoria’, comprometiendo así al gobierno federal a que asumiera la responsabilidad. 3. Elevar el nivel moral, intelectual y económico de las clases populares a través de la educación”. Al respecto, Pani destacó que era necesario integrar la educación higiénica en cualquier programa de estudio. En suma, con *La higiene en México* su autor lanzó una primera propuesta para federalizar los servicios de salud a través de un Ministerio de Salubridad, buscando alcance y representación nacional.²¹

Bajo ese entorno se discutió entre 1916 y 1917 el nuevo texto constitucional. En un primer paso, y sin mayores discusiones, en la sesión del 15 de enero de 1917, el Congreso Constituyente aprobó la fracción XVI del artículo 73, en la que se recogió la facultad que ya la Constitución de 1857, con la reforma del 12 de noviembre de 1908, otorgaba al Congreso de la Unión para expedir la ley en materia de salubridad general.

El segundo paso se dio a propuesta del Diputado José M. Rodríguez, quien estaba a cargo del Consejo Superior de Salubridad desde 1914, y quien planteó la adición de cuatro bases a la citada fracción XVI, bajo las cuales:

- Se establecen dos instancias federales para la atención de la materia: el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad (ahora Secretaría de Salud). Ambos con atribuciones como autoridades sanitarias en todo el país.
- Se otorgan al Consejo de Salubridad General facultades para emitir disposiciones generales de observancia en todo el país y se le hace depender directamente del Presidente de la República.
- Se da el carácter de ejecutiva a la autoridad sanitaria.

²¹ Gudiño, *et al.*, *op. cit.*, p. 82.

- Se otorgaron facultades para la emisión de normas en la materia al Congreso de la Unión, al Consejo de Salubridad General, al Presidente de la República y al Departamento de Salubridad (hoy Secretaría de Salud).

Entre otros, el propósito fue, por un lado, encargar la salubridad general a las autoridades sanitarias (hay que recordar que el Consejo de Salubridad General dependía de la Secretaría de Gobernación) y, por otra parte, que las disposiciones de la autoridad sanitaria fueran de aplicación general para dar unidad a la salubridad. Sostenía que la salubridad “debe afectar a todos los estados de la República, debe llegar a todos los confines y debe ser acatada por todas las autoridades administrativas”.²²

La intención del Constituyente era dejar la facultad a la Federación, por tanto, en ese momento, no contemplaba la concurrencia en la materia, por lo menos no expresamente. Tampoco quedó establecido por el Constituyente qué debía entenderse por salubridad general. Sin embargo, el Código Sanitario de 1926 sí desarrolla la concurrencia en los términos que se mencionan en el siguiente apartado.

Ernesto Aréchiga sostiene que las políticas en salud pública adoptadas a partir de 1917, mantuvieron cierta continuidad con las políticas sanitarias impulsadas desde, por lo menos, el último cuarto del siglo XIX.²³

El enfoque, al iniciar el siglo XX estaba en la salubridad, a la cual se le sumó la asistencia social en 1943, al fusionarse el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia, con lo que se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyas atribuciones estaban orientadas a atender los problemas que presentaba el país en materia de salud pública, las epidemias que predominaron en el siglo XIX como la sífilis, la viruela, la fiebre amarilla, la tuberculosis, la lepra, el paludismo y el tifo, a las que se habían sumado otras como la influenza, la poliomyelitis y la tosferina.

²² *Diario de los Debates del Congreso Constituyente*, periodo único, Querétaro, 19 de enero de 1917, t. II, núm. 63, 50a. sesión ordinaria.

²³ Gudiño, *et al.*, *op. cit.*, p. 83.

Esto fue así hasta principios de la década de los 80, en que la salubridad general fue comprendida en un concepto más amplio, el derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4o. constitucional, por virtud de la reforma publicada en febrero de 1983.

Ya no se trata del concepto asistencialista predominante en los dos primeros tercios del siglo pasado, sino que se reconoció un derecho a la población y, en consecuencia, el Estado asumió la responsabilidad de adoptar todas las medidas necesarias y a su alcance para hacerlo efectivo.

Conviene precisar que durante un buen tiempo, para los gobernantes, legisladores y jueces, e incluso para los estudiosos del Derecho, al ser un derecho de los denominados sociales, fue considerado como un derecho de tipo programático, meramente declarativo, sin poder vinculante.

Al respecto, José Francisco Ruiz Massieu señalaba en 1983, que el derecho a la protección de la salud pertenecía a las denominadas disposiciones constitucionales de tipo programáticas, que no se perfeccionan de manera automática y de suyo no cambian la realidad social; que el carácter declarativo de las normas programáticas conduce a que no sean accionables, o sea que no se puedan hacer valer en juicio. El ciudadano no tiene derecho a la tutela jurisdiccional para que la autoridad obligue coactivamente al Estado a que haga efectivo aquí y ahora una norma programática.²⁴

Con ese enfoque, la responsabilidad del Estado en esta materia estaba acotada; sin embargo, con las reformas constitucionales de junio de 2011, el derecho a la protección de la salud, como todos los demás comprendidos en el capítulo I del título primero, quedó consagrado como un derecho humano, con las implicaciones jurídicas que conlleva; una de ellas, la posibilidad de exigir su cumplimiento.

El Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha reconocido el carácter normativo de ese derecho, como lo ha determinado en las siguientes tesis:

²⁴ José Francisco Ruiz Massieu, “El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud”, en Guillermo Soberón Acevedo (coord.), *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1983, p. 71.

DERECHO A LA SALUD.
SU NATURALEZA NORMATIVA

Nuestro país atraviesa una etapa de intensa transformación en la manera de identificar la sustancia normativa de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y sus consecuencias para la mecánica del funcionamiento del juicio de amparo. Una de las manifestaciones específicas de este fenómeno es la alteración de la comprensión, hasta ahora tradicional, de derechos como el relativo a la salud o a la educación. Esto es, a pesar de su consagración textual en la Carta Magna, estos derechos han sido tradicionalmente entendidos como meras declaraciones de intenciones, sin mucho poder vinculante real sobre la acción de ciudadanos y poderes públicos. Se ha entendido que su efectiva consecución estaba subordinada a actuaciones legislativas y administraciones específicas, en cuya ausencia los Jueces Constitucionales no podían hacer mucho. Ahora, en cambio, se parte de la premisa de que, aunque en un Estado constitucional democrático el legislador ordinario y las autoridades gubernamentales y administrativas tienen un margen muy amplio para plasmar su visión de la Constitución y, en particular, para desplegar en una dirección u otra las políticas públicas y regulaciones que deben dar cuerpo a la garantía efectiva de los derechos, el Juez Constitucional puede contrastar su labor con los estándares contenidos en la propia Ley Suprema y en los tratados de derechos humanos que forman parte de la normativa y vinculan a todas las autoridades estatales.

Amparo en revisión 315/2010. Jorge Francisco Balderas Woolrich. 28 de marzo de 2011. Mayoría de seis votos; votaron en contra: Sergio Salvador Aguirre Anguiano, Margarita Beatriz Luna Ramos, Jorge Mario Pardo Rebolledo, Luis María Aguilar Morales y Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Ponente: José Ramón Cossío Díaz. Secretarías: Francisca María Pou Giménez, Fabiana Estrada Tena y Paula María García Villegas Sánchez Cordero.

El Tribunal Pleno, el cuatro de julio en curso, aprobó, con el número XV/2011, la tesis aislada que antecede. México, Distrito Federal, a cuatro de julio de dos mil once.²⁵

²⁵ SCJN, “Derecho a la salud. Su naturaleza normativa”, tesis P.XV/2011, en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, novena época, t. XXXIV, agosto de 2011, p. 31.

SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE.
ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS,
COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO

El artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé obligaciones de contenido y de resultado; aquéllas, de carácter inmediato, se refieren a que los derechos se ejerciten sin discriminación y a que el Estado adopte dentro de un plazo breve medidas deliberadas, concretas y orientadas a satisfacer las obligaciones convencionales, mientras que las de resultado o mediatas, se relacionan con el principio de progresividad, el cual debe analizarse a la luz de un dispositivo de flexibilidad que refleje las realidades del mundo y las dificultades que implica para cada país asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales. En esa lógica, teniendo como referente el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental contenido en el artículo 12 del citado Pacto, se impone al Estado Mexicano, por una parte, la obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho a la salud y, por otra, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio por todos los medios apropiados, hasta el máximo de los recursos de que disponga. De ahí que se configurará una violación directa a las obligaciones del Pacto cuando, entre otras cuestiones, el Estado Mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho indicado.

Amparo en revisión 378/2014. Adrián Hernández Alanís y otros. 15 de octubre de 2014. Mayoría de tres votos de los Ministros Alberto Pérez Dayán, José Fernando Franco González Salas y Luis María Aguilar Morales. Ausente: Sergio A. Valls Hernández. Disidente: Margarita Beatriz Luna Ramos. Ponente: Alberto Pérez Dayán. Secretaria: Georgina Laso de la Vega Romero.²⁶

Ese nuevo enfoque ha sido reconocido también por los estudiosos del Derecho. Al respecto señala Miguel Carbonell, “El derecho a la salud (o a su protección) es uno de los derechos sociales por antonomasia. Se trata de un derecho complejo que se despliega en una amplia serie

²⁶ SCJN, “Salud. Derecho al nivel más alto posible. Éste puede comprender obligaciones inmediatas, como de cumplimiento progresivo”, tesis 2a. CVIII/2014, en *Semanario Judicial de la Federación*, décima época, 14 de noviembre de 2014.

de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado. El derecho a la salud tiene un carácter prestacional en la medida en que principalmente implica y conlleva una serie de obligaciones positivas (de hacer) por los poderes públicos”.²⁷

LA DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS

Una vez establecida por la Constitución Política la facultad de la Federación para atender la salubridad general, correspondió a la legislación secundaria desarrollar las facultades en la materia. En principio, fue a través de la figura de un código sanitario; entre 1917 y antes de la Ley General de Salud, se expidieron cinco códigos sanitarios: en 1926, 1934, 1950, 1955 y 1973.

Cada uno de ellos introdujo modalidades no sólo en la distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas, sino también en la forma de coordinarse para atender tal responsabilidad.

Aunque en la Constitución Política aún no se introducía expresamente el concepto de la concurrencia para la salubridad, en la regulación sanitaria sí se estableció una división de competencias entre la Federación y los estados.

En todos los códigos existe una distribución de competencias con diversas variantes: atribuciones exclusivas de la Federación; aquéllas en las que la regulación y aplicación corresponden a la Federación; aquéllas en las que se permite la participación de los estados en la reglamentación, vigilancia y sanción; aquéllas en las que a los estados corresponde su aplicación.

Lo que va cambiando es la forma de regular cada uno de los temas.

En los tres primeros códigos (de 1926, 1934 y 1950), no es tan clara la separación, incluso el concepto mismo de la salubridad general se confunde o asimila con otros; es hasta el código de 1955 cuando la regulación se enfoca claramente a la salubridad general.

²⁷ Miguel Carbonell y José y Carbonell, *El derecho a la salud: una propuesta para México*, México, UNAM-III, 2013, p. 1.

*Los códigos sanitarios
de 1926, 1934 y 1950*

En primer término se distinguió entre la salubridad “federal” y la “local”, aunque el concepto utilizado fue el de “servicio sanitario” cuyo objeto era velar por la salubridad general e higiene pública del país. También se utilizaban indistintamente los conceptos de “acción sanitaria” o servicio de salubridad federal, este último como sinónimo de la salubridad general.

Una primera fórmula utilizada para determinar el ámbito federal y el local, fue una réplica de la fórmula constitucional de distribución de competencias: todo aquello que no se reserve a la acción sanitaria federal en el Código y en los reglamentos que de él se deriven, compete a la acción sanitaria local, a cargo de los gobiernos de los estados.

Aun con esta división, a partir del Código de 1934 se estableció la posibilidad de que el Departamento de Salubridad (sustituido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia) se hiciera cargo transitoriamente de los servicios sanitarios locales en aquellos estados que no atendieran las necesidades sanitarias locales o que circunstancias especiales determinaran su incapacidad y sólo mientras subsistiera ésta.²⁸

Aún más, aunque la acción sanitaria local correspondía a los gobiernos de los estados, el Departamento de Salubridad Pública tenía competencia sobre ella, con exclusión de cualquier otra autoridad, en las zonas federales (Distrito y Territorios Federales, zonas marítimas y fronterizas del dominio federal, islas sujetas al dominio de la Federación, edificios y demás inmuebles del gobierno federal).

Las autoridades sanitarias encargadas del servicio federal de salubridad, eran las siguientes:

- El Departamento de Salubridad Pública, que a partir del Código de 1950 cambió por la Secretaría de Salubridad y Asistencia;
- El Consejo de Salubridad General;

²⁸ Códigos Sanitarios de los Estados Unidos Mexicanos (CSEUM), artículos 4o., fracción III y 5o., respectivamente, publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de agosto de 1934 y 25 de enero de 1950.

- Los delegados del Departamento de Salubridad Pública en los puertos, poblaciones fronterizas y en los estados (que a partir de 1934 cambiaron por oficinas sanitarias), y
- Los delegados, jefes de brigadas o de servicios especiales.

Los gobernadores de las entidades federativas, las autoridades sanitarias locales y los ayuntamientos, entre otros, eran delegados auxiliares del servicio sanitario federal.²⁹ Asimismo, se obligó a las autoridades locales a obedecer las disposiciones que se dictaran para el fiel cumplimiento de las leyes federales de salubridad.³⁰

A partir del Código de 1934, se incorpora una nueva figura: la de la coordinación.

Sobre ese tema el Código recogió 21 de los 22 artículos de la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República, publicada unos pocos días antes (25 de agosto de 1934).

En primer término declaró de interés público para la salubridad general de la República, la unificación, coordinación y cooperación en materia de servicios sanitarios en lo que pudiera afectar a la Federación.³¹

Al efecto se facultó al jefe del Departamento de Salubridad Pública a celebrar convenios con los gobiernos de los estados, con los ayuntamientos, con particulares, sociedades nacionales y extranjeras, etc. [*sic*],³² y se le otorgó de manera expresa la dirección técnica de los servicios sanitarios, sin que pudiera renunciarla.

La coordinación entre los distintos órdenes de gobierno, en principio, tuvo por objeto:

- La aplicación de una política sanitaria general en la República.

²⁹ CSEUM, artículo 19, fracciones I a III, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 8 de junio de 1926.

³⁰ CSEUM, artículo 100, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 8 de junio de 1926.

³¹ CSEUM, artículo 26, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de agosto de 1934.

³² CSEUM, artículo 27, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de agosto de 1934.

- La observancia de principios técnicos uniformes en las actividades federales, locales y municipales.
- La unificación de los procedimientos.
- La consecución de las finalidades sanitarias que requiriera el bien público.

A partir del Código de 1950, su objeto se acotó a los dos primeros de los antes relacionados, es decir, a la aplicación de una política sanitaria general en la República y a la observancia de principios técnicos uniformes en las actividades federales, locales y municipales.

Para el logro de lo anterior, en el Código de 1934 se crearon los denominados “servicios sanitarios coordinados”, que eran la resultante de la fusión y concurrencia del personal sanitario de las autoridades asociadas.³³

En los convenios que se celebrarían al efecto debía considerarse, entre otros, lo siguiente:

- Que el nombramiento de empleados se haría por las autoridades locales en favor de las personas que propusiera el Departamento de Salubridad Pública Federal, con excepción del jefe o director, que sería nombrado por el propio Departamento.
- La aportación de fondos de cada una de las partes, así como de servicios, muebles e inmuebles necesarios.
- La duración y motivos de rescisión de los convenios.
- La obligación de hacer ineludible la aplicación del convenio y, en consecuencia, de dictar, reformar o derogar las leyes, reglamentos y demás disposiciones necesarias para la aplicación del convenio y la mejor atención de los servicios coordinados.

También se incorporó, aunque en forma incipiente, lo que serán las jurisdicciones sanitarias, pues se ordenó la división de los estados en circunscripciones, procurando que coincidieran con el territorio de un municipio o de un grupo de municipios, atendiendo a las necesidades

³³ CSEUM, artículo 31, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de agosto de 1934.

de la geografía sanitaria de los estados. Dichas circunscripciones contarían por lo menos con una oficina sanitaria, dirigida por un médico.³⁴ A partir de 1950, se estipuló que en los convenios de coordinación se establecerían las circunscripciones sanitarias en que se dividiría el estado o municipio contratante.³⁵

Con el Código de 1950 cambia la fórmula para designar al jefe de los servicios coordinados, se establece como facultad exclusiva de la Secretaría de Salubridad y Asistencia nombrar al jefe de los servicios coordinados y al epidemiólogo adscrito a los mismos, quienes deberán ser médico sanitario de carrera y técnico especializado, respectivamente. En la designación del jefe de los servicios coordinados se escucharía la opinión del ejecutivo estatal o del Ayuntamiento, según el caso.³⁶

La designación del personal técnico se haría en favor de los propuestos por la Secretaría; el personal administrativo sería nombrado de entre los presentados por el gobierno estatal.

En estos tres códigos no se cuenta con una relación de las materias que comprende la salubridad general, sino que del propio contenido de la regulación se van identificando.

Se encuentran atribuciones exclusivas del Departamento de Salubridad Pública (después Secretaría de Salubridad y Asistencia) dispersas a lo largo de los códigos, y consistían básicamente en las siguientes:³⁷

- Ejercicio de toda acción extraordinaria en materia de salubridad. Se contemplaba en caso de epidemia de carácter grave o de peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país;³⁸ así como en caso de insalubridad de un estado que afectara al

³⁴ CSEUM, artículos 37 y 38, publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de agosto de 1934.

³⁵ CSEUM, artículo 21, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 25 de enero de 1950.

³⁶ CSEUM, artículo 20, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 25 de enero de 1950.

³⁷ CSEUM, artículos 25, 26, 31, 67, 76, publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 8 de junio de 1926.

³⁸ CSEUM, artículo 310, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 8 de junio de 1926.

Distrito o territorios federales, a otros estados o a la salubridad general del país.³⁹

- Servicio sanitario federal en los puertos y poblaciones fronterizas.
- Administración del servicio de sanidad marítima, sanidad aérea y terrestre y servicio de sanidad en materia de migración.

Por otra parte, quedan comprendidos en el servicio federal de sanidad los siguientes:

- Profilaxis de las enfermedades transmisibles.
- Vigilancia sanitaria del tráfico fluvial, terrestre y aéreo.
- Enfermedades endémicas.
- Ejercicio de la prostitución.
- Ejercicio de la medicina (medicina, cirugía, obstetricia, veterinaria o cualquier otra rama).
- Importación, comercio, fabricación, elaboración, almacenamiento y uso de medicamentos (concepto en el que quedaban comprendidos los productos higiénicos y de belleza), sueros y vacunas.
- Comercio, importación, exportación, elaboración, posesión, uso, consumo y en general todo acto de adquisición, suministro o tráfico de cualquier clase que se haga con drogas enervantes (comprendía: opio, morfina, cocaína, heroína, adormidera, hojas de coca y marihuana).
- Medidas contra el alcoholismo.
- Cementerios, inhumaciones, exhumación y translación de cadáveres.
- Policía sanitaria en relación con los animales (prevenir o combatir enfermedades en éstos que pueden transmitirse a la especie humana).
- Condiciones de pureza, preparación, conservación, venta, importación de comestibles y bebidas.

³⁹ CSEUM, artículo 314, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 8 de junio de 1926.

- Ingeniería sanitaria (ejecución de obras de saneamiento, desagüe y pavimentación de ciudades, colonias y poblados; condiciones sanitarias de edificios, locales industriales; anchura de calles; densidad de las construcciones, y potabilidad de las aguas destinadas al consumo de la población).
- Higiene industrial (edad mínima laboral, jornadas máximas, reglas para el descanso de mujeres embarazadas y posteriores al parto, así como condiciones higiénicas de las negociaciones).
- Higiene infantil (prenatal, infantil y preescolar).
- Servicio de estadística médica (nacimientos, matrimonios y defunciones; movimiento en el servicio de sanidad marítima, terrestre y aérea; movimiento en el servicio de sanidad en materia de migración; enfermos en los hospitales, sanatorios y dispensarios; desarrollo y marcha de las enfermedades transmisibles; enfermedades profesionales y accidentes de trabajo y toxicomanías, entre otros).
- Creación de escuelas de salubridad y fundación de institutos de higiene (para la preparación y control de sueros y vacunas).

El Código consideraba la regulación de algunas materias por parte de los estados, por ejemplo, medidas contra el alcoholismo, leyes sobre seguridad e higiene en el trabajo, en ambos casos siempre que no se opusieran a las emitidas por las autoridades federales.

Con el Código de 1934 se dividen los servicios de salubridad en dos grandes apartados: los relativos a la sanidad internacional (en los que se agrupan los servicios de sanidad marítima, aérea y terrestre, servicios sanitarios de migración, así como el servicio sanitario en los puertos, aeropuertos y poblaciones fronterizas); y la sanidad nacional (en ésta integra todas las materias correspondientes a la salubridad enumeradas en el Código de 1926, con algunos cambios), aunque este concepto desaparece en el Código de 1950, pero no las materias que se agrupaban en él. En este último Código surge la figura de la policía sanitaria encargada de la vigilancia de las disposiciones de dicho Código.⁴⁰

⁴⁰ CSEUM, artículo 184, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 25 de enero de 1950.

Los servicios de sanidad internacional continúan como atribución exclusiva del Departamento de Salubridad Pública; mientras que en algunos de los servicios de sanidad nacional se permite la regulación por parte de los estados como ocurría en el Código de 1926.

Los códigos sanitarios de 1955 y 1973

En estos dos códigos se introduce con mayor claridad el concepto de la salubridad general, aunque cabe aclarar que el de 1955, todavía con la influencia de los códigos anteriores, considera actividades en materia de salubridad general de carácter federal y, por tanto, obligatorias en toda la República, o de carácter local para el Distrito y Territorios Federales.⁴¹

Un paso importante se da en el Código de 1973, pues el concepto de salubridad general ya no sólo está relacionado con aspectos de higiene o sanitarios, sino que a partir de esta regulación, dicho concepto se vincula con la salud de la población. Al respecto, el artículo 2o. del Código establece lo siguiente: “ARTÍCULO 2o. Las disposiciones de salubridad general regularán las actividades relativas a la conservación, restauración y mejoramiento de la salud de la población de los Estados Unidos Mexicanos”.

Otro aspecto a destacar, para el propósito de este trabajo, es que en ambos códigos se integra una lista de actividades que constituyen la materia de la salubridad general, respecto de las cuales, en términos del Código de 1955, la expedición de normas y su ejecución correspondía al Congreso de la Unión, al Ejecutivo Federal, al Consejo de Salubridad y a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.⁴²

Se encuentran en esos listados actividades que, desde 1926, eran materia de salubridad general como la prevención y control de las enfermedades transmisibles, el control sanitario de alimentos y bebidas, medicamentos, productos de belleza y aseo, estupefacientes y psicotrópicos, campaña contra el alcoholismo, el control sanitario de la mi-

⁴¹ CSEUM, artículo 2o., publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 1o. de marzo de 1955.

⁴² CSEUM, artículo 1o., publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 1o. de marzo de 1955.

gración; además en el Código de 1973 se incorporan nuevas, como el mejoramiento de la nutrición y de la higiene, la promoción de la salud, los accidentes, la prevención y rehabilitación de la invalidez, entre otras.

Entre las materias de higiene aparece la sanidad internacional. El ejercicio de la acción extraordinaria continuaba en la Secretaría de Salubridad y Asistencia en caso de epidemia de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades transmisibles en el país; al Consejo de Salubridad General correspondía solicitar al Ejecutivo Federal la expedición de un decreto con disposiciones extraordinarias cuando, a su juicio, la insalubridad de una región afectara o pudiera afectar la salubridad general del país o la de dos o más entidades federativas.⁴³

LA DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS EN EL MARCO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

La incorporación en 1983 del derecho a la protección de la salud en la Constitución Política, trajo también la introducción expresa de la concurrencia en materia de salubridad general.

El cuarto párrafo del artículo 4o. constitucional establece lo siguiente: “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”.

En el derecho a la protección de la salud, como señala Diego Valadés, se incluyen los servicios personales de salud (atención médica preventiva, curativa y rehabilitación), y los de carácter general, o salud pública (que comprende a la preservación del ambiente),⁴⁴ y que históricamente era la salubridad pública o salubridad general de la República, término anfibológico de acuerdo con el propio Diego Valadés.⁴⁵

⁴³ CSEUM, artículo 5, 26, 27 y 29o., publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de marzo de 1973.

⁴⁴ Diego Valadés, “El derecho a la protección de la salud y el Federalismo”, en Guillermo Soberón Acevedo (coord.), *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1983, pp. 95 y 96.

⁴⁵ *Ibidem*, p. 100.

Bajo ese esquema, cuando la disposición constitucional remite a la ley para definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, se entiende que se refiere a los servicios personales (de atención médica),⁴⁶ y cuando remite a la ley para establecer la concurrencia en materia de salubridad general, sólo tendría que comprenderse a los servicios de salud pública, sin embargo la ley reglamentaria, como se advertirá, integró en la salubridad general tanto a unos como a otros.

Antes de la reforma constitucional de 1983, la regulación sanitaria federal sólo consideraba como salubridad general acciones de salud pública, sin que se hiciera referencia a los servicios de atención médica, para regular su prestación o para delimitar la participación de ambos órdenes de gobierno en su prestación; porque, aunque el Código de 1973 los regulaba, únicamente lo hacía respecto de los que se prestaban por particulares.

El texto del párrafo cuarto del artículo 4o. constitucional, señala que será la ley la que determine la concurrencia en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la propia Constitución, de lo cual se desprende lo siguiente:

- Se reconoce constitucionalmente la concurrencia en materia de salubridad general, no respecto del derecho a la protección de la salud.
- El Constituyente dejó en el Congreso de la Unión la facultad de determinar la participación que corresponde a la Federación y a las entidades federativas en la materia.
- En la distribución de competencias debe atenderse a las bases establecidas en la fracción XVI del artículo 73 constitucional.

La ley reglamentaria de la señalada disposición constitucional es la Ley General de Salud, que expresamente lo señala en los siguientes términos:

Artículo 1o. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución

⁴⁶ *Ibidem*, p. 96.

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.

En ese sentido es la Ley General de Salud la que distribuye las competencias en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas. La fórmula que siguió al efecto es, a semejanza de los códigos de 1955 y 1973, identificar mediante una lista las actividades que se consideran salubridad general (las que no estén allí se entienden como salubridad local) y a partir de esta lista precisa la participación que corresponde a cada orden de gobierno.

La lista se encuentra en el artículo 3o. de la Ley. Originalmente comprendía 27 materias, sin embargo a lo largo de más de 30 años de vigencia se ha ampliado y actualmente la componen 35 actividades. Aunque es evidente, conviene recordar que al ampliar las materias de la salubridad general, se restringe la salubridad local competencia de las entidades federativas.

En principio, en la Ley se recogieron las actividades que en el Código Sanitario de 1973 estaban comprendidas en la materia de salubridad general, fueron pocas las que se adicionaron, como la atención materno-infantil, la planificación familiar, la asistencia social, el programa contra el tabaquismo y destacadamente los servicios de atención médica.

Con la Ley General de Salud todos los servicios de salud quedaron comprendidos en la salubridad general (de atención médica, de salud pública y de asistencia social)⁴⁷ y, en consecuencia, sujetos a la regulación sanitaria, tanto los denominados servicios públicos a la población en general; como los prestados a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios; los sociales y privados, sea cual fuere la forma

⁴⁷ Ley General de Salud, artículo 24.

en que se contraten, y otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.⁴⁸

La distribución de competencias en materia de salubridad general, la establece la Ley en su artículo 13, en tres grandes apartados: en el A se describen las que corresponden al Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud; en el B las correspondientes a los gobiernos de las entidades federativas como autoridades locales en sus respectivas jurisdicciones territoriales, y en el C, lo que en términos puristas es una verdadera concurrencia: la atribución tanto para la Federación como para las entidades federativas para la prevención del consumo de narcóticos, atención a las adicciones y persecución de los delitos contra la salud.

Esa distribución de competencias está referida no sólo a las 35 actividades relacionadas en el artículo 3o., sino también se establecen las acciones que toca a cada orden de gobierno desarrollar para alcanzar los propósitos de la Ley. En ese sentido, a la Secretaría de Salud le corresponden acciones de regulación, promoción, fomento, coordinación, evaluación y vigilancia; mientras que las de las entidades federativas están referidas a coadyuvar, formular y desarrollar programas, elaborar información estadística, vigilar el cumplimiento de la ley, todo ello en el ámbito local.

Adicionalmente, la Secretaría de Salud tiene las atribuciones correspondientes a la coordinación del Sistema Nacional de Salud, establecidas en el artículo 7o. de la Ley.

En cuanto a las 35 actividades materia de salubridad general, la distribución se da en los siguientes términos:

A la Secretaría de Salud le corresponde organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud, en las siguientes materias:

- La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a la población en general, sociales y privados y otros (I).

⁴⁸ Ley General de Salud, artículo 34.

- La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios (III).
- El Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (XV bis).
- La prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia (XXI).
- El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación (XXII).
- El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos (XXIII).
- El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en las fracciones XXII y XXIII (XXIV).
- El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley (XXV).
- El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y células (XXVI).
- La sanidad internacional (XXVII).
- En todas las materias de salubridad general, desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas, cuando éstas se lo soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren al efecto.

A los gobiernos de las entidades federativas les corresponde organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los siguientes servicios:

- La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables (II).
- La protección social en salud (II bis).
- La atención materno-infantil (IV).

- El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas (IV bis).
- La salud visual (IV bis 1).
- La salud auditiva (IV bis 2).
- La planificación familiar (V).
- La salud mental (VI).
- La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud (VII).
- La promoción de la formación de recursos humanos para la salud (VIII).
- La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos (IX).
- La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país (X).
- La educación para la salud (XI).
- La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, sobrepeso, obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo (XII).
- La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre (XIII).
- La salud ocupacional y el saneamiento básico (XIV).
- La prevención y el control de enfermedades transmisibles (XV).
- La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes (XVI).
- La prevención de la discapacidad y la rehabilitación de las personas con discapacidad (XVII).
- La asistencia social (XVIII).
- El programa para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo del alcohol, la atención del alcoholismo y la prevención de enfermedades derivadas del mismo, así como la protección de la salud de terceros y de la sociedad frente al uso nocivo del alcohol (XIX).
- El programa contra el tabaquismo (XX).
- El control sanitario de cadáveres de seres humanos (XXVI bis).
- El tratamiento integral del dolor (XXVII bis).

Adicionalmente, la Ley recogió la figura de los acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, previstos desde el Código de 1934, para la operación de servicios de salubridad general, en los que se tenían que determinar, entre otros, lo siguiente:

- El tipo y características operativas de los servicios de salubridad general objeto de la coordinación.
- Las funciones que corresponda desarrollar a las partes.
- Los bienes y recursos que aportarían.
- Las estructuras administrativas que se crearían para atender los servicios objeto de la coordinación. Se continuaron denominando “Servicios Coordinados”, aunque con diferente naturaleza jurídica.
- Las normas y procedimientos de control que corresponderán a la Secretaría de Salud.
- La duración del Acuerdo y las causas de terminación anticipada del mismo.

La coordinación sólo está prevista para definir la participación de las entidades federativas en la prestación de los servicios comprendidos en las fracciones I, III, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI y XXVII, del artículo 3o. de la Ley General de Salud.

Estos acuerdos se utilizaron hasta la descentralización de los servicios en 1996.

COROLARIO

La evolución en la regulación de la salubridad general permitió dar claridad al concepto y a la participación de cada uno de los órdenes de gobierno, podría incluso advertirse que permitía alcanzar una de las finalidades que se buscaban con su federalización, que era la aplicación de una política sanitaria general, así como la observancia de principios técnicos uniformes y la unificación de procedimientos; finalidades a las que convendría volver a mirar ante la nueva realidad que ha puesto en la práctica la descentralización de los servicios que se dio a partir de 1996.

Los retos que hoy enfrenta el país en materia de salud son distintos a los de hace cien años, sin duda desde el punto de vista epidemiológico, pero también de las responsabilidades que se deben enfrentar; ya no se trata de actos graciosos que se dispensan a la población, sino de un derecho que ésta tiene de que se proteja su salud; derecho que incluso puede exigir ante las autoridades jurisdiccionales, por ello es importante ante la concurrencia reconocida constitucionalmente, dar claridad a la distribución de competencias entre las autoridades sanitarias de cada uno de los órdenes de gobierno.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- RUIZ MASSIEU, José Francisco, “El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud”, en Soberón Acevedo, Guillermo (coord.) *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, Librero-Editor, 1983.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Sentencia del Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la controversia constitucional 132/2006*, correspondiente al 10 de marzo de 2008.
- , *Sentencia del Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la Controversia constitucional 71/2009*, correspondiente al día 24 de enero de 2013.
- VALADÉS, Diego, “El derecho a la protección de la salud y el federalismo”, en Soberón Acevedo, Guillermo (coord.), *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, Librero-Editor, 1983.

Hemerográficas

- QUERO MORALES, José, “El derecho sanitario mexicano”, en *Revista de la Facultad de Derecho de México*, UNAM-IIIJ, núm. 49, enero-marzo de 1963.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, “Facultades concurrentes en el sistema jurídico mexicano. Sus características generales”, tesis: P./J. 142/2001, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, 9a. época, tomo XV, enero de 2002.
- , “Derecho a la salud. Su naturaleza normativa”, tesis: P.XV/2011, en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, novena época, tomo XXXIV, agosto de 2011.

- , “Facultades concurrentes en materia de asentamientos humanos y de protección al ambiente y de preservación y restauración del equilibrio ecológico. Los programas de desarrollo urbano municipal deben ser congruentes con los de ordenamiento ecológico federales y locales”, tesis: P./J. 38/2011, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, 10a. época, libro 1, octubre de 2011.
- , “Salud. Derecho al nivel más alto posible. Éste puede comprender obligaciones inmediatas, como de cumplimiento progresivo”, tesis 2a. CVIII/2014, en *Semanario Judicial de la Federación*, décima época, 14 de noviembre de 2014.

Electrónicas

- AGUIRRE SALDÍVAR, Enrique, *Los retos del derecho público en materia de federalismo. Hacia la integración del derecho administrativo federal*, México, Instituto de UNAM-IIIJ, 2015, en línea, fecha de consulta: 31 de agosto de 2016. Recuperado de: <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/2/919/6.pdf>
- Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, Imprenta del Gobierno en Palacio, 1881, en línea, fecha de consulta: 31 de agosto de 2016. Recuperado de: http://cdigital.dgb.uanl.mx/la/1080042880/1080042880_017.pdf
- CARBONELL, José y Miguel Carbonell, *El derecho a la salud: una propuesta para México*, México, UNAM-IIIJ, 2013, en línea, fecha de consulta: 6 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/7/3274/3.pdf>
- CARBONELL, Miguel, “El Estado Federal en la Constitución Mexicana: Una introducción a su problemática”, en *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 91, México, UNAM-IIIJ, 2011, en línea, fecha de consulta: 31 de agosto de 2016. Recuperado de: <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/91/art/art4.htm>
- “Decreto de reformas emitido por el presidente Porfirio Díaz”, 12 de noviembre de 1908, en *Las Constituciones de México, Reformas a la Constitución de 1857*, en línea, fecha de consulta: 6 de septiembre de 2016. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/biblioteca/bibdig/const_mex/reformas-1916.pdf
- Diario de los Debates del Congreso Constituyente*, periodo único, Querétaro, 19 de enero de 1917, tomo II, núm. 63, 50a. Sesión Ordinaria, en línea, fecha de consulta: 4 de septiembre de 2016. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/DD_Constituyente.pdf

- FIERROS HERNÁNDEZ, Arturo, “Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX)”, en *Gaceta Médica de México*, México, en línea, fecha de consulta: 31 de agosto de 2016. Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM_150_2014_2_195-199.pdf
- GUDIÑO CEJUDO, María Rosa, *et al.*, “La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945”, en *Salud Pública*, vol. 55, núm. 1, enero-febrero de 2013, en línea, fecha de consulta: el 4 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7191/9350>
- MIRANDA, Francisco de Paula, “Evolución de la Sanidad en México, conferencia sustentada ante el Comité de Relaciones Culturales de los Estados Unidos con la América Latina”, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, marzo, 1930, en línea, fecha de consulta: 21 de abril de 2017. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5446/5757>
- RIVERA TAPIA, José Antonio, “La situación de salud pública en México (1870-1960)”, en *Revista del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”*, vol. 6, núm. 1, enero-abril, México, 2003, en línea, fecha de consulta: 31 de agosto de 2016. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2003/gg031f.pdf>
- SERNA DE LA GARZA, José María, “Federalismo y sistemas de distribución de competencias legislativas”, en Hernández, Antonio María y Diego Valadés (coord.), *Estudios sobre federalismo, justicia, democracia y derechos humanos*, México, UNAM-IIIJ, 2016, en línea, fecha de consulta: 6 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/3/1088/17.pdf>

Leyes, códigos y reglamentos

- Códigos Sanitarios de los Estados Unidos Mexicanos, publicados en *el Diario Oficial de la Federación* en las siguientes fechas: 8 de junio de 1926, 31 de agosto de 1934, 25 de enero de 1950, 1o. de marzo de 1955 y 13 de marzo de 1973.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, recuperada de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Ley General de Salud, recuperada de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>