

N° 63
251



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

“ A R A G O N ”

**CONCURRENCIA Y COORDINACION DE
LA SALUBRIDAD EN EL ESTADO
FEDERAL MEXICANO**

T E S I S

Que para obtener el Título de:

LICENCIADO EN DERECHO

Presenta:

MARIA ELENA CASTILLO GONZALEZ

ASESOR: LIC. MANUEL MORALES MUÑOZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

San Juan de Aragón, Edo. de México 1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E .

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO PRIMERO	
ANTECEDENTES	
PRIMERA ETAPA	
1.1. DISPOSICION ADMINISTRATIVA REPUBLICANA. CONSTITUCION POLITICA DE MEXICO DE 1824	2
1.2. BANDO DE POLICIA Y BUEN GOBIERNO	4
1.3. CONSTITUCION DE LAS SIETE LEYES Y REFORMAS	6
1.4. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD DEL DEPARTAMENTO DE MEXICO	16
1.5. CONSTITUCION POLITICA DE 1857	20
1.6. REFORMAS AL CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD DEL DEPARTAMENTO DE MEXICO 1876 - 1917	24
1.7. PRIMER CODIGO SANITARIO	37
1.8. SEGUNDO CODIGO SANITARIO	46
1.9. REFORMAS AL CODIGO SANITARIO	47
1.10. TERCER CODIGO SANITARIO FEDERAL Y SUS REFORMAS	51
CAPITULO SEGUNDO	
SEGUNDA ETAPA	
2.1. REFORMA A LA CONSTITUCION PARA AMPLIAR LA COMPETENCIA FEDERAL Y ENCOMENDAR A LOS PODERES DE LA UNION "LA SALUBRIDAD GENERAL DE LA REPUBLICA"	54
2.2. 1910.- REFORMA Y PRINCIPIOS IDEOLOGICOS	55
2.3. DE LA CONSTITUCION POLITICA DE 1917 A 1982	58
2.4. CUARTO CODIGO SANITARIO	62

2.4.1. NUEVA LEY DE BENEFICENCIA PUBLICA (1927)	64
2.5. CONVENIOS DE COORDINACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS FEDERALES Y LOCALES	66
2.6. LEY DE COORDINACION Y COOPERACION DE SERVICIOS DE SALUBRIDAD (1934)	70
2.7. QUINTO CODIGO SANITARIO	71
2.8. SE CREA LA SECRETARIA DE ASISTENCIA	72
2.9. SEXTO CODIGO SANITARIO	74
2.10. PENULTIMO CODIGO SANITARIO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	78
2.11. OCTAVO Y ULTIMO CODIGO SANITARIO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	80
CAPITULO TERCERO	
TERCERA ETAPA	
DIRECTRICES BASICAS DEL NUEVO DERECHO A LA SALUD	
3.1. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO	88
3.2. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD	89
3.3. ADICIONES Y REFORMAS AL ARTICULO 4º CONSTITUCIONAL. .	93
3.4. LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL, REFORMA A LOS ARTICULOS 26 Y 39	94
3.5. CONVENIO UNICO DE DESARROLLO	97
CAPITULO CUARTO	
LA SALUD Y LA VERTIENTE DE COORDINACION	
4.1. VERTIENTES DE COORDINACION	102
4.2. VERTIENTES DE CONCERTACION	104
4.3. INSTRUMENTOS DE POLITICA ECONOMICA Y SOCIAL	106

4.4. RELACION DE ACUERDOS DE COORDINACION CELEBRADOS ENTRE
LA S. S. A. Y LOS GOBIERNOS DE LAS ENTIDADES FEDERATI

VAS	108
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	121
BIBLIOGRAFIA	127

I N T R O D U C C I O N

La Salubridad Mexicana es un tema que paulatinamente fue incluido dentro del proceso evolutivo de la sociedad mexicana, esta evolución se vio a través de diferentes ordenamientos que regían desde el colonialismo y fueron substituidos por disposiciones en las que se buscó adecuar las circunstancias sociales y jurídicas, esta compaginación estuvo plasmada de hechos políticos, económicos y sociales debido al contexto que predominaba en aquel tiempo y que detalladamente se enumera en el desarrollo de este trabajo; llegándose a generar tres etapas importantes para el derecho sanitario, dichos actos sientan bases para que actualmente la sociedad mexicana tenga regulado constitucionalmente el derecho a la protección de la salud ya que el Ejecutivo Federal continúa interesado en efectuar programas tendientes al bienestar social, y en particular los de salud; dichos programas han tomado como base jurídica tanto a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su Ley Reglamentaria, denominada Ley General de Salud, y el interés principal de este trabajo consiste en lograr la descentralización de los servicios de salud de la Federación a los Gobiernos de las entidades federativas y a los municipios a través de Acuerdos de Coordinación que se celebran.

CAPITULO PRIMERO

ANTECEDENTES

RESEÑA DE EVENTOS IMPORTANTES OCURRIDOS DESDE LA CONSTITUCION DE 1824 Y EVOLUCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

PRIMERA ETAPA:

1.1. DISPOSICION ADMINISTRATIVA REPUBLICANA, CONSTITUCION FEDERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS DE 1824.

Es admirable la acción constructiva de los ciudadanos mexicanos del siglo pasado, ya que al estudiar la Legislación Jurídica de esa época así como los antecedentes de la ciencia médica queda de manifiesto en una y otra la seriedad de los objetivos buscados, en una, formulando la organización jerárquica que el propio Estado ha venido solidarizando y paralelamente las disposiciones sanitarias emitidas en aquel momento.

Cabe señalar, que por interés en el desarrollo del presente inciso se estudiara en forma paralela la Constitución de 1824 y las incipientes disposiciones sanitarias. La Constitución de 1824 representa para el Sistema Jurídico vigente las bases del Sistema Federativo, característica que prevalece hasta nuestros días; de la diversidad de tendencias partidistas de aquella época hubo de tomarse apoyo, dando lugar al período Constitutivo, dejando atrás las huellas del colonialismo; por lo que se refiere a la materia sanitaria, es bueno señalar que estuvo dispersa, que los conceptos en su mayoría estuvieron confiados al ayuntamiento de la Capital, otros a la Junta de la Salubridad y es hasta el 7 de febrero

de 1825, cuando se publica el Bando de Policía y Buen Gobierno donde se regulan diversas conductas; es de llamar la atención el preámbulo por el sentido humano, por sus conceptos sobre el bien público, por el valor determinante que plasmó como ordenamiento, asimismo, contiene diversos artículos de indiscutible valor sanitario.

El período Constitutivo, tuvo como marco de referencia diversos hechos que se comentarán brevemente a partir del 20 de noviembre de 1823 en donde la Comisión Legislativa presentó el Acta Constitucional, sometiéndola a discusión el 3 de diciembre de ese mismo año, la cual se aprobó hasta el 31 de enero de 1824, bajo la denominación de Acta Constitutiva de la Federación Mexicana; el 1º de abril de 1824, el Congreso sometió a la consideración dicho proyecto, siendo aprobado por la asamblea, con ciertas modificaciones, el 3 de octubre de 1824, aparece bajo la denominación de Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, siendo firmada el 4 de ese mismo mes y año, y publicada al día siguiente con el nombre de Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos, en ese período es Presidente Don Guadalupe Victoria; en ella se establecieron derechos como la libertad de imprenta, la no retroactividad de las leyes, las de propiedad intelectual y comercial, disponía además la fórmula clásica de Montesquieu, de los Tres Poderes: El Legislativo con dos Cámaras (de diputados y de Senadores), el Ejecutivo era ejercido por el Presidente (en caso de ausencia por el Vicepresidente), y el Judicial; algunos de estos principios jurídicos forman parte del sistema vigente.

"La Constitución de 1824 estuvo en vigor hasta 1835. Como no podía ser revisada sino a partir del año 1830, las reformas que empezaron a proponerse desde 1826 se reservaron para aquel año; pero ni esas ni las posteriores a 30 (la última de las cuales fue propuesta por Michelena), llegaron a ser votadas por el Congreso." (1).

De esta manera, la Constitución Liberal de 1824 se mantuvo sin variantes hasta la emisión de las Siete Leyes aprobadas el 30 de octubre de 1836. Una vez considerados los actos anteriormente señalados, continuaremos con la rama sanitaria a fin de estudiarlos conjuntamente.

1.2. BANDO DE POLICIA Y BUEN GOBIERNO. DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION DEL 7 DE FERRERO DE 1825.

Este documento constituye un hecho histórico fundamental para el campo de la salubridad, ya que esta disposición administrativa regula aspectos sanitarios imperantes en ese momento.

Cronológicamente se considerará la etapa correspondiente al México Independiente, en el que por escasos diez años se continuaron aplicando en el Distrito Federal las disposiciones sanitarias acordadas por la Junta denominada Protomedicato, del que breve-

(1) TENA RAMIREZ, Felipe. Leyes Fundamentales de México 1808-1975
6a Ed. México, 1975. Ed. Porrúa. p.p. 154.

mente se comentará lo siguiente: lo constituyeron sabios y genero
sos barones a través del Consejo de Indias, dando origen a leyes,
que entre ellas surge la ya citada Junta denominada Protomedicato,
el cual tenía facultades para velar por el ejercicio, enseñanza
de la medicina y de otras artes afines, se le otorgó también el
carácter de tribunal ya que imponía castigos, consistentes en deg
tiero o multas.

La primera disposición administrativa republicana encaminada
a proporcionar a los ciudadanos salud, comodidad y bienestar es
"El bando de Policía y Buen Gobierno publicado el 7 de febrero de
1825". (2).

Dicho ordenamiento comprende cincuenta artículos, los cuales
dice Alvarez Amézquita (3) van desde la obligación de hacer el
aseo de las calles costados y espalda de casa y la obligación de
tener letrinas y albañales en las construcciones, hasta el de vi
gilar el uso de cohetes.

El ordenamiento en cuestión fue dirigido a los habitantes y
vecinos del Distrito Federal según comentarios plasmados en el
preámbulo del citado documento. Al normar conductas inherentes al

(2) ALVAREZ AMEZQUITA, José, y otros. Historia de la Salubridad y
de la Asistencia en México. T I. México, 1960. Secretaría de
Salubridad y Asistencia. p.p. 205.

(3) Ibid., p.p. 206 - 213.

aseo de áreas comunes se sientan bases para que en la actualidad se siga regulando al respecto , es el caso del Reglamento para el Servicio de Limpia en el Distrito Federal , publicado en la Gaceta del Departamento del Distrito Federal el 14 de agosto de 1989.

1.3. CONSTITUCION DE LAS SIETE LEYES.

En el presente inciso localizaremos importantes antecedentes sanitarios a nivel municipal inmersos en acontecimientos políticos que van desde el cambio de denominación a los estados, designándolos como Departamentos y sus Gobernadores dependían del poder central. Asimismo , continúan tendencias de partidos políticos , ya que se habla del grupo liberal y por separado del conservador que paulatinamente fueron cambiando de nombre , el primero nombrado del Progreso y después de la Reforma, el cual abandonaba como forma de Gobierno el Republicano, Democrático y Federal cuyo grupo partidista tenía a la cabeza al Doctor José María Luis Mora . El segundo propugnaba por una tendencia al centralismo y a la oligarquía de las clases preparadas , posteriormente se mostró simpatizante de una forma de Gobierno Monárquica, siendo su principal representante D. Lucas Alamán , quien sostenía entre otros principios , el amplio apoyo a la religión católica y en contra de la Federación del sistema representativo a través de elecciones que se habían hecho hasta ese momento , así como de los ayuntamientos.

La mayor lucha entre ambos partidos se desarrollo en 1832 a 1834, que dentro de la administración del Vicepresidente Gómez Farías, en ausencia del Presidente Santa Anna, se proponen reformas eclesíásticas, así como militares, pronto se hizo sentir la reacción en los grupos afectados, los cuales a su vez se subdividieron; en grupo "Liberal o Progresista", asimismo, en "Ardientes y Moderados", continuando con otras posiciones ya que estos últimos se adhirieron al "Partido de Retroceso". La coalición de conservadores y moderados, paralizó la reforma, Santa Anna regresó de Manga de Clavo, despidiendo a Gómez Farías, así el proyecto reformatorio es suspendido en mayo de 1834.

Nuevamente, el Congreso Federal se reúne el 4 de enero de 1835, obteniendo mayoría los conservadores.

Las dos Cámaras forman el Congreso Federal, según el sistema bicammarista de 1824. La Comisión de Diputados que entre otros se encontraba D. Carlos María Bustamante, teniendo los representantes a su cuidado la reforma de la Constitución de 1824, con la prohibición de no tocar el artículo 171 en el cual se contenía la forma de gobierno federativa, con lo cual el Congreso tomó dos acuerdos, que el Senado como cámara revisora aprobara el 29 de abril estudiar la Constitución vigente sin las moratorias establecidas, pero respetando el contenido del citado artículo 171, con excepción de seis estados, todos habían aceptado respetar el contenido del referido artículo.

A pesar del triunfo de los conservadores, los centralistas realizaron varias manifestaciones con el fin de cambiar el sistema federal, creándose, a su vez inconformidad entre diputados y senadores. El entonces Presidente Santa Anna reunió en dos ocasiones algunos miembros del Congreso y a otras personalidades, con la finalidad del cambio de sistema, fue entonces cuando Alamán expone la tesis centralista, tal como después habría de ostentarla México en su cotidiano devenir. El 16 de julio de 1835 las cámaras dieron inicio a un segundo período de sesiones, Santa Anna se encontraba de licencia y su substituto Barragán pide que se consideraran las solicitudes del pueblo en el sentido de la adopción de un sistema unitario, examinadas dichas solicitudes dan como resultado que el Congreso fuera constituyente, siendo aceptado por ambas cámaras, proponiendo además que el Senado sería Cámara de revisión y que en caso de controversia se reunirían ambas hasta dos veces para dirimir discordancias, esta propuesta trae inconformidad al Senado, conviniéndose en que ambas asambleas formarían una sola, llevándose a cabo el 14 de septiembre de 1835. El dictamen del Senado fue aprobado por mayoría, formulándose voto en contra por el C. José Bernardo Couto en favor de la subsistencia del sistema federal. Finalmente el Congreso confía el proyecto de reformas a la Comisión de su Seno, que entre otros integrantes estuvo Francisco Manuel Sánchez de Tagle, quien intervino para que se tuvieran en cuenta las opiniones de Alamán, presentando la Comisión un proyecto de Bases Constitucionales, el cual fue aprobado el 2 de octubre, convirtiéndose en Ley el 23 del mismo mes y año bajo el nombre de "Bases para la Nueva Constitución", la nueva Ley se

dividió en 7 estatutos, con lo cual también la denominan "Constitución de las Siete Leyes", la primera de ellas fue promulgada el 15 de diciembre de 1836, las siguientes ya no se publicaron por separado, la segunda de ellas, dio origen a fuertes opiniones ya que contenía una institución denominada "Supremo Poder Conservador" ocasionando que ninguno de los tres poderes podía traspasar los límites de sus atribuciones (artículo 4° de las Bases Constitucionales). El Congreso terminó la referida Constitución el 30 de diciembre de 1836, quedando nuevamente divididas en dos fracciones políticas, los Federalistas y Centralistas.

El desarrollo de tales hechos políticos tienen trascendencia para diferentes ramos en la vida del país, ya que en el caso del presente trabajo se encuentran rasgos de la materia sanitaria, al plasmar por primera vez en el artículo 25 de la Sexta Ley Constitucional de 1836, el otorgamiento de facultades para los ayuntamientos respecto de la "Policía de Salubridad"; esta disposición sienta precedente en la vida jurídica del país ya que se busca de esta forma ordenar la salubridad dentro de la Jerarquía Constitucional a nivel municipal.

Entre las diversas etapas constitucionales, se estudia la Reforma de 1840, la cual se matiza con hechos del extranjero aunados a las divisiones internas, bajo este clima de inquietud inicia su vigencia la Constitución de 1836, ejemplo de ello es la administración de D. Anastasio Bustamante que inició en abril de 1837, y para diciembre de 1838 llevaba ensayados cuatro ministe-

rios, todos con tendencia Federalista y finalmente se vio la necesidad de renunciar, se agravan las diferencias existentes; en enero de 1839 es llamado nuevamente Santa Anna a ocupar la Presidencia en substitución de Bustamante, quien acordó se reformara la Constitución sin esperar el tiempo establecido por una de sus disposiciones, pero conservando la actual forma de gobierno; después de varias sesiones en septiembre es aprobada, publicándose el 11 de noviembre de 1839. En un clima de controversias se inició el año de 1840, con Gómez Farfás al frente del pueblo que se sentía federalista, se une al General Urrea, en el Palacio Nacional donde se encontraba en calidad de detenido el Presidente de la República, General Anastasio Bustamante; el General Valencia al frente de las tropas leales al Presidente se situó alrededor de la Plaza de Armas, entablándose una lucha, después de doce días se buscan negociaciones, asimismo, la actividad del Congreso se avoca a las reformas de 1836 en donde la Comisión por primera vez, por voto propuesto por Fernando Ramírez se propone el control de la Constitucionalidad de las Leyes a cargo de la Suprema Corte de Justicia. Al abrirse el Primer Período de Sesiones el 1º de enero de 1841, se solicitó a las Cámaras el estudio del proyecto de reformas haciéndose incapié en la desaparición del Poder Conservador; sin embargo, poco se avanzó ya que el 8 de agosto el General D. Mariano Paredes y Arrillaga proclamó en Guadalajara un Plan, cuyo objetivo fue el de convocar un Congreso Nacional Extraordinario a fin de reformar la Constitución, otro Plan parecido fue proclamado el 4 de septiembre, por el General Valencia en la Ciudad de la, ayergándose a este plan, Santa Anna; estos tres personajes

desconocían al Presidente, quien a su vez elaboró un cuarto plan, proponiendo también la idea de convocar a un Congreso Constituyente Extraordinario. Santa Anna, Valencia y Paredes firman el 28 de septiembre de 1841 las Bases de Tacubaya, en las cuales se convoca a un nuevo Congreso dentro de 2 meses, el que se encargaría de constituir a la Nación; cabe citar que en la cuarta de las citadas Bases, se preveía que el nuevo Congreso tendría facultad para constituir a la Nación según conviniera.

BASES ORGANICAS: El clima de inquietud política continúa en el interior de la República Mexicana, situación que tiene repercusiones en el ámbito legislativo, ya que se proponían reformas al proyecto de 1842, denominado Bases de Tacubaya en el cual como se dijo anteriormente, se proponía una forma de gobierno popular, representativo, y se agregara la palabra Federal. este proyecto es cancelado en virtud de la controversia que despertó interviniendo la fuerza pública en el recinto legislativo. No obstante las circunstancias, continúa la idea de organizar constitucionalmente el país, por lo que se presenta otro proyecto con la denominación de Bases Orgánicas, en el citado proyecto se dejan entrever ideas encontradas, respecto a la forma de gobierno, es aprobado y entra en vigor el 14 de junio de 1843, mantenido su vigencia durante tres años, es decir, hasta el 3 de agosto de 1846, ya que el 4 de ese mismo mes y año estalla en la Ciudadela el pronunciamiento a cargo del General Mariano Salas, quien con apoyo de D. Valentín Gómez Farías se oponían a tales proyectos y solicitaban la reunión de un Congreso con apego a las normas de 1824 y se pedía

además el regreso de Santa Anna, con el triunfo del pronunciamiento se pone fin a la administración de Paredes y a la propia Constitución denominada Bases Orgánicas.

Al analizar cuestiones Jurídico Políticas de aquel momento encontramos datos fundamentalmente importantes en cuestión sanitaria, al respecto Felipe Tena Ramírez señala, que las "Bases Orgánicas de la República Mexicana (acordadas en 1843), Título VII, Gobierno de los Departamentos, Artículo 134. Son facultades de las Asambleas Departamentales:

XI. Ciudadar de la Salubridad Pública, y reglamentar lo conveniente para conservarla". (4)

Las tendencias sanitarias plasmadas desde aquella época, nos dan apoyo técnico y práctico y tuvieron como finalidad, organizar la vida interna del país.

En este orden de ideas se analizará el "Acta de Reformas" que es el documento que en esos momentos se presenta como proyecto constitucional, nuevamente el 16 de agosto de 1846 regresa a la Presidencia Santa Anna, quien fue llamado de su destierro en Cuba, por los victoriosos, el Congreso entra en funciones el 22 de agosto de ese mismo año, se abrieron sesiones hasta el 6 de diciembre del mismo año; entra en vigor la Ley de Bienes Eclesiásti

(4) TENA RAMIREZ, Felipe. Op cit. p.p. 426.

cos, lo que produjo inconformidad entre moderados y conservadores y el 27 de febrero de 1847 estalla la rebelión de los polkos, los cuales pedían entre otras cosas, la instalación de un nuevo Congreso, continúa Santa Anna en el poder, se integra la Comisión, se propone que rija la Constitución de 1824, dicha proposición es aceptada en virtud de la invasión de tropas estadounidenses que avanzaban de Veracruz hacia Jalapa, y el 15 de mayo de 1847 Puebla; en el dictamen de la mayoría se acompaña el voto particular de D. Mariano Otero en donde proponía que se observara lo que se denominó : El "Acta de Reformas", a la que agregó modificaciones, es jurada el 21 y publicada el 22 de mayo de 1847, continúa la invasión y el 9 de agosto de ese mismo año entran a la Ciudad de México, se dispersa nuevamente el Congreso, Santa Anna entrega el poder al Presidente de la Suprema Corte de Justicia, D. Manuel Peña y Peña, quien reunió el Gobierno de México primero en Toluca y después en Querétaro, se firma el tratado de paz en Guadalupe Hidalgo el 2 de febrero de 1848. Se nombra nuevo Presidente de la República el 30 de mayo de 1848, en junio de ese mismo año el Gobierno que radica en Querétaro es trasladado a la Ciudad de México, surgen varios levantamientos en contra de ese régimen, se propicia desunión de los estados con el Gobierno del Centro y se adelgaza el Sistema Federal, termina la representación del General José Joaquín Herrera, el cual entregó la representación al General Arista, la nueva administración sigue el rumbo de la anterior ya que al instalarse el Congreso en enero de 1852 inicialmente se vive un clima de división; se logra la unificación al negarle a Arista las facultades extraordinarias que pedía, surgen nuevamente levanta-

mientos en los estados donde se pedía el regreso de Santa Anna; el Presidente Arista renuncia el 5 de enero de 1853, cabe señalar, que 4 días antes abrió sesiones en las Cámaras; en el mes de febrero de ese mismo año es llamado Santa Anna, se le otorga poder por parte de los militares para que gobernara sin Constitución a diferencia de la primera ocasión, esta vez se pronunció conservador; Alamán trató de organizar la dictadura elaborando las bases para la administración de la República, promulgadas el 23 de abril de 1853, mismas que rigieron hasta la publicación de la Constitución, sorpresivamente muere Alamán el 2 de junio y Tornel el 11 de septiembre; con tal desarrollo de hechos se debilita la corriente política sostenida por la presente administración, dando lugar a la dictadura del Presidente apoyado por los conservadores, se vence el plazo para expedir la Constitución en junio de 1855, se elabora otro proyecto el que contenía características de republicano o centralista. Además estaba a punto de triunfar la Revolución de Ayutla.

PLAN DE AYUTLA: Contiene diversos cambios entre ellos propugnaban por un estudio político del país, un plan cívico-militar, hasta lograr la proclama de sublevación en contra de Santa Anna, queda listo el 1º de febrero de 1854, mereciendo la aceptación de Juárez, Comonfort regresa de Estados Unidos poniéndose al frente de un ejército, dando comienzo el 9 de agosto de 1855, Santa Anna abandona el poder definitivamente quedando en su lugar D. Martín Carrera. Al triunfo de la Revolución, Comonfort tuvo que convivir con diversas tendencias de puros y moderados. En Nueva Orleans se

encontraban varios opositores del santanismo, entre ellos Don Benito Juárez que permanecían a la expectativa por los diversos matices moderados que tomaban los hechos políticos, Comonfort establece comunicación con Juárez quien consiguió la adhesión de Ocampo y de Arriaga con el entendido de que podrían proponer modificaciones al Plan de Ayutla, Juárez llega a Acapulco en julio de 1855, se organiza el gabinete; el gobierno se estableció en Cuernavaca y en México residía el Secretario de Guerra. En el recinto legislativo la actividad esta plasmada de diversas corrientes políticas, las que se reflejan en la organización de la Administración de Justicia, publicada el 23 de noviembre de 1855 que suprime el fuero eclesiástico y militar en materia civil; la Ley Lerdo de 25 de junio de 1856 sobre la desamortización de fincas rústicas y urbanas pertenecientes a asociaciones civiles y eclesiásticas; la Ley Iglesias de 11 de abril de 1857 que regulo aranceles para el cobro de derechos. Referente al renglón Constitucional se expidió el 15 de mayo de 1856 el Estatuto Orgánico Provisional de la República Mexicana, suscitó oposición entre el bando de los moderados, el Gobierno de Nuevo León en el Congreso pidió el desconocimiento del estatuto por las tendencias centralistas que contenían, se nombró el 17 de julio de 1856 una comisión, y no llegó a emitir dictamen, el cual quedo prácticamente vigente (el estatuto) hasta la publicación de la Constitución de 1857, que de acuerdo con el Plan de Ayutla, tenía que presentarse convocatoria señalando como fecha de reunión el 14 de febrero de 1856 y que sólo tenía un año para cumplir su cometido, señalando como sitio de reunión Dolores Hidalgo. Por lo que se refiere a la Sede del Congreso

so, es modificada, pasando a la Ciudad de México el 17 de febrero de 1856.

Con el desarrollo de los hechos arriba citados, quedan antecedentes de una y otra especie; nótese que en ambas líneas el objetivo principal es por una parte la organización política que vivió aquella sociedad y que ello derivó al análisis de una serie de cuestiones políticas, sociales, económicas, etc., quedando para efectos de nuestro interés, los antecedentes de la rama sanitaria, ya que como se comentó, lo esencial, es la salubridad y el bien común los cuales siguen vigentes en la Pirámide Jurídica del Derecho Positivo Mexicano. El contraste de experiencias da un mayor respaldo y seriedad a las Instituciones Sanitarias, como lo es el Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México.

1.4. CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD DEL DEPARTAMENTO DE MEXICO.

La fuente que dio origen a la institución que se estudia en este apartado, es la Corporación denominada Protomedicato, el cual fue creado en 1628 y tenía como características; la facultad de velar por el buen ejercicio y enseñanza de la medicina y de profesiones afines a la higiene y salubridad pública, asimismo el Tribunal, con las siguientes atribuciones: examinar a los que ejercían la medicina, farmacia, obstetricia; también expedía licencias a los que eran aprobados en el ramo; consiguientemente imponía castigos consistentes en destierro temporal y multa a quienes

sin tener licencia curaban o vendían medicamentos; por lo que se refiere a la enseñanza; señalaba los libros de texto; también otorgaba cartillas para parteras y sangradores; se le reconocían facultades para hacer cumplir las cuarentenas en caso de enfermedades contagiosas, la aplicación de cordones sanitarios y la reclusión en los lazaretos de los enfermos; cuidaba del buen estado de los alimentos y debidas, calles, plazas, edificios, panteones; poniéndose de acuerdo con el ayuntamiento al elaborar el arancel al que debían sujetarse las farmacias; agregándose en 1788 el cuidado del Jardín Botánico establecido en el Palacio Virreinal.

La situación perturbante que se vivía diez años después de la Independencia en los poderes públicos y la desorganización de la disciplina médica, trae como consecuencia la decadencia de esta institución, menguando atribuciones que anteriormente ejercía en 1820; presidía la corporación el Dr. Manuel de Jesús Fables, quien promovió la abolición de aquel cuerpo y propuso otro, así en noviembre de 1831, el Vicepresidente de la República, Dr. Anastasio Bustamante promulgó una Ley en la que se creaba la Junta denominada "Facultad Médica del Distrito Federal", las atribuciones de esta Junta eran las mismas que las del Protomedicato con la salvedad de ésta debía elaborar lo más pronto posible el Código de Leyes Sanitarias. Del desempeño de ella poco se sabe, ya que el ambiente inestable de ese período fue propicio para que tal instrucción no se cumpliera.

El 28 de octubre de 1833, el Supremo Gobierno creó el Esta-

blecimiento de Ciencias Médicas y el 21 de diciembre de ese mismo año, abolió la "Facultad Médica del Distrito Federal"; al nuevo organismo se le designaron los mismos derechos; el 2 de agosto de 1834 al Establecimiento de Ciencias Médicas, se le encomendaron exclusivamente la enseñanza, retirándole las otras atribuciones, y se restableció nuevamente la "Facultad Médica del Distrito Federal" encargada únicamente del ejercicio de la medicina y salubridad pública.

El 4 de enero de 1841, se promulgó una Ley que suprimió la Junta y era reemplazada con el Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México, los fundadores de este cuerpo, fueron además representantes de la Facultad Médica del Departamento de México, entre otros: P. Joaquín Villa Decano del claustro de medicina de la Universidad, el Dr. Manuel de J. Fables (último Presidente de la Facultad Médica del Distrito Federal), y el Dr. Casimiro Licéaga (Director del Establecimiento de Ciencias Médicas). El personal que estaba a cargo de esta institución eran 5 ministros titulares (3 médicos, un farmacéutico y un químico) e indeterminado número de honorarios, el cargo de Presidente recaía en el Gobernador del Departamento, los miembros titulares entre otros requisitos debían ser mayores de 35 años, tener título de profesores de medicina o cirugía, tener en el ejercicio de la profesión por lo menos diez años; los requisitos para el farmacéutico, en cuanto a la edad, bastaba tener treinta años de edad y seis de experiencia y para el químico solamente el haber sido aprobado; por lo que se refiere a los miembros honorarios, éstos debían ser nombrados por

los titulares; el desempeño en el cargo tenía una duración de ocho años, y la Junta Departamental de Gobierno era la encargada de la elección de los profesionistas que continuarían en el desempeño, a propuesta del mismo Consejo. Asimismo, hay que señalar que el sostenimiento se realizó a través de cuotas que pagaban boticas (anualmente) y pensiones asignadas por el Gobernador a los ayuntamientos y municipalidades, las que pagaban las ordeñas, los panteones por cada cadáver que se sepultaba, las que se pagaban por título de médico cirujano o farmacéutico, dentista, partera, multas aplicadas a médicos extranjeros que ejercían sin haber sido examinados y aprobados, según lo preveía el artículo 16 de la Ley del 21 de noviembre de 1831. Las atribuciones, consistían en nombrar anualmente un Vicepresidente y un Secretario, además, los miembros honorarios, claro, con aprobación del Gobierno; también proponía ternas para las vacantes de los titulares; por lo que se refiere al ejercicio de la profesión vigilaba que se hiciera éste solamente por médicos titulados, como se citó anteriormente, imponía multas; expedía títulos de médicos cirujanos, etc; señalaba a los flebotomianos, dentistas, parteras, las operaciones permitidas; constituía y publicaba anualmente las tarifas de las medicinas; designaba la farmacopea que debía regir en el Departamento; enviaba visitador a las aduanas para efecto del paso de medicamentos simples o compuestos; además de la venta de almacenistas a farmacéuticos, también tenía visitadores para las farmacias, almacenes y fábricas de drogas, estas visitas se debían hacer anualmente, sin perjuicio de hacerlo cuando así lo juzgara conveniente. En el renglón de salubridad, con la colaboración de los ayuntamientos

se conservaban y propagaban vacunas; visitaban los locales de enseñanza, hospitales, cárceles, casas de beneficencia; también proponía al ayuntamiento mejoras concernientes a la higiene pública y a la policía sanitaria; proponía al Gobierno el personal de las Juntas Subalternas de Salubridad y elaboraba el reglamento de las mismas; en caso de epidemias convocaba a los miembros honorarios para determinar los medicamentos aplicables; cabe destacar que así como a la Facultad Médica del Distrito Federal, se le designó a esta corporación la obligación de formar el Código Sanitario.

La actividad desarrollada por el citado Consejo presentó matices acordes con la etapa que se vivió, ya que aún teniendo organizado su funcionamiento, encontraba obstáculos en su desarrollo, debido a que la atención y recursos del poder estaban puestos en las guerras civil y extranjera. Hasta este momento atrajo nuestra atención lo concerniente a la estructura administrativa sanitaria y considerando el orden del presente trabajo, retomamos ciertos acontecimientos Jurídico - Políticos.

1.5. CONSTITUCION POLITICA DE 1857.

El 5 de febrero de 1857 fue jurada la Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos, siendo Presidente sustituto Don Ignacio Comonfort; el 17 de octubre de 1855 publica la convocatoria para que se reuniera el Congreso Constituyente y fue expedida por Don Juan Alvarez, de conformidad con el Plan de Ayutla, esta convocatoria se ajustó parcialmente, por lo que respecta a la Se-

de del Congreso, ya que esta vez sería la Ciudad de México, la siguiente variante, consistía en el período de un año para concluir la Constitución, sus Leyes Orgánicas y revisar actos de la administración de Santa Anna; se integra la directiva, así como la Comisión de Constitución, predominando desde luego diversos criterios políticos por lo que en esta vez queda de manifiesto en primer término la corriente moderada y la de los puros, por ende la propia asamblea vivió problemas, ya que unos eran de la idea de crear una nueva Constitución, otros, solamente adecuarle reformas a la de 1824, esta última posición fue adoptada por lo disputados D. Marcelno Castañeda, D. Mariano Arizcorreta (del grupo de los puros), D. Santos Degollado y García Granados; alcanzando la mayoría el entonces proyecto de 1857, que se distribuyó en ocho títulos, 129 artículos y un transitorio.

Las diversas opiniones encaminadas a la forma de organización jurídica de la Constitución Política que regía en aquel momento, los diversos puntos de enfoque existentes hacían difícil normar las opiniones surgidas, las propuestas eran en el sentido de reformar la Constitución de 1824 y la otra, en que había de elaborarse un nuevo proyecto de Constitución; las propuestas de cambio se originaron en lo relacionado con el clero ya que se buscó la separación de la potestad civil, de la eclesiástica; también se propuso reformar lo referente a la libertad de industria, comercio y trabajo. Como se dijo anteriormente, el tema político, trae diversos puntos importantes pero que por interés del presente inciso, al entrar en vigor esta Constitución, entre otras personalí

dades destaca la del Presidente de la Suprema Corte de Justicia, puesto que recae en el Lic. Don Benito Juárez, cargo que llevará aparejado el de Vicepresidente de la República; continúan los opo^o sitores manifestando sus ideas, consolidándose en una conjuración en la que presentan el Plan de Tacubaya, argumentando el desconocimiento de Comonfort y convocar un nuevo constituyente, toman prisioneros a Juárez y Olvera (Presidente de la Cámara el segundo). Comonfort pide apoyo al grupo denominado de los puros y ponen en libertad a Juárez, quien asume la Presidencia y se reivindica la Constitución de 1857; la lucha continúa en el Distrito Federal, obtiene la victoria el bando conservador quedando al frente Zuloaga como Presidente provisional y se da inicio a lo que se conoce como Guerra de los Tres Años o de Reforma, queda definitivamente como Presidente Zuloaga, Juárez se instala en Guadalajara como Presidente de los Estados de la República y más tarde en Veracruz promulgó las Leyes de Reforma en 1859, al término de la Guerra Civil, llega triunfante a México y es electo Presidente para el período 1861-1865; nuevamente se inician dificultades en nuestro país, originadas por la suspensión de dos años del pago de la deuda exterior. Se unen Francia, Inglaterra y España para exigir el citado pago, inician negociaciones y se ponen de acuerdo Inglaterra y España, queda en Veracruz Napoleón III, apoyando a los conservadores que aspiraban a la monarquía, rompe relaciones con Juárez, invaden el país; convirtiéndose en Imperio a cargo de Maximiliano de Habsburgo. Termina en Estados Unidos la Guerra de Secesión que puso término a la esclavitud en aquel país.

México demanda la retirada de las fuerzas francesas, queda al desamparo el naciente Imperio, toman prisionero a Maximiliano, Carlota sale a Europa para solicitar apoyo a Napoleón y al Papa, no lo consigue; entre tanto triunfan los republicanos y fusilan al Monarca en Querétaro el 19 de junio e 1867.

Esta fase histórica se caracteriza por la participación marginal del Gobierno Federal en los servicios de atención médica, a partir de una definición constitucional, la salubridad, conforme a la Constitución de 1857, no era competencia de la Federación y, por ende, recaía en la Jurisdicción de los estados y, en su caso, de los municipios.

Por otra parte, la ideología liberal que privaba en la segunda mitad del siglo XIX, conducía a que los poderes públicos, en los tres núcleos de gobierno, no incidieran directamente en la problemática de la salud. La función primordial que se reservaba al Estado era la de garantizar los derechos individuales y, por ello, no se concebía un sistema público de prestación de servicios de salud.

De acuerdo con esa concepción, la Federación se limitó a llevar a cabo acciones de control epidemiológico, fundamentalmente en puertos y fronteras.

La asistencia social, se realizaba en forma desarticulada ya que se realizaban acciones, organizaciones eclesiásticas, institu

ciones de beneficencia privada y particulares.

Posteriormente con la desamortización de bienes eclesiásticos, motivo que las instituciones de asistencia del Distrito Federal quedaran bajo el control del Gobierno Federal. La autoridad civil ejercía la vigilancia de los establecimientos asistenciales administrados por el ayuntamiento, a través de la Secretaría de Gobernación.

Del 5 de febrero de 1857 al 15 de julio de 1891, hubieron de transcurrir aproximadamente 34 años, para que se diera al pueblo mexicano la primera codificación sanitaria y fue en el régimen de Don Porfirio Díaz cuando se expidió el primer Código de la materia, generándose con ello impulso a la materia sanitaria, entre otros el Consejo Superior de Salubridad que funcionaba en el Distrito Federal, dicho organismo será tema detallado en el inciso que precede.

1.6. REFORMAS AL CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD. 1872 A 1917.

Como se afirmó en el punto 1.4. del presente trabajo, el 4 de enero de 1841 se funda el Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México, el cual desarrolló actividades orgánicas y sanitarias sin contar con reglamentación alguna y será hasta 1872 cuando se publica la disposición Jurídica que regularía oficialmente actividades propias del Consejo, bajo el nombre de "Reglamento del Consejo Superior de Salubridad, el cual es expedido

el 25 de enero del citado año por la Secretaría de Gobernación".

(5) Esta publicación se considera de suma trascendencia ya que regula la existencia, así como el funcionamiento y actividades del referido organismo, el cual como características, entre otras, tiene las siguientes: es técnico, consultivo, normativo y ejecutivo, cuya acción permanente tiene como finalidad tanto la resolución de los problemas sanitarios como la prevención de los mismos. Cabe señalar también que por primera vez se hace aplicación de concimientos a través de estadísticas para saber el estado de salubridad de la población, así como calcular probabilidades preventivas relacionadas con enfermedades; otra disposición disponía que se ponía a cargo de las cabeceras municipales la atención económica de los servicios de higiene pública (no son gratuitos) esto con el fin de que las entradas recibidas se derivarán en remuneración a los funcionarios que realizaban trabajos dentro de la comunidad, asimismo, debían rendirse cuentas a la Tesorería Municipal; se plasmó jurídicamente la obligación de expedir reglamentos relacionados con la materia; diremos también, que el documento en cuestión numéricamente es pequeño, ya que consta de nueve artículos y un transitorio; señalaremos además, que al Gobernador del Distrito Federal se consideró como Jefe Nato de la Corporación y tenía amplias facultades de decisión, por lo tanto la opinión de los miembros del Consejo estuvo minimizada, no obstante se logró el propósito de codificar la salud pública.

El 30 de junio de 1879 tiene lugar, una circular que emite

(5) ALVAREZ AMEZQUITA, José. Op cit. p.p. 305.

la Secretaría de Gobernación en la que se da nueva organización al Consejo Superior de Salubridad; también se edita el 14 de julio de ese mismo año el Reglamento al propio Consejo, dicho Reglamento determina lo siguiente: 1° se reordena el Consejo; 2° el Consejo dependerá a partir de esa fecha de la Secretaría de Gobernación, y 3° queda suprimida la inspección de la vacuna, señalando que, el servicio se efectuaría a través de médicos adscritos en el área geográfica correspondiente, y bajo la inspección del Consejo. Paralelamente, en este mismo año 1879, hubo actividades de investigación del tifo; elaboración de reglamentos a fábricas. Así mismo, se da inicio a la recopilación de datos para la redacción del Primer Código Sanitario (1891), situación en la que México se adelanta a muchos países del Continente y de Europa. Durante la administración del General Manuel González 1880-1884, las funciones del Consejo Superior de Salubridad, quedan perfectamente delimitadas, ya que funcionó como autoridad sanitaria, pues el ministerio de Gobernación le consultaba los asuntos de higiene pública. Destacan en el citado Reglamento del 14 de julio de 1879, los ajustes a la terminología médica y el de la coordinación directa que originó la circular del 30 de junio de 1879, ya que a propuesta de la Secretaría de Gobernación, el organismo prestaba atención a problemas de salubridad pública y en caso de urgencia se le confirió la autodeterminación; dentro de sus numerales reglamentarios, las condiciones higiénicas a que han de ajustarse los establecimientos peligrosos, insalubres e incómodos; este renglón viene a constituir un adelanto en disposiciones jurídicas vigentes, como son, Ley Federal del Trabajo y los diversos Códigos Sanitarios actual-

mente derogados por la Ley General de Salud; también vigila las reglas higiénicas de hospitales, cuarteles, cementerios, escuelas y talleres; asimismo, regula el ramo del agua potable, la erradicación de desechos humanos, de las epizootias y enzootias, peligrosas para la salud del hombre; la vacuna contra la viruela; la higiene de los alimentos, medicamentos, viviendas o enfermedades transmisibles; así como relaciones con instituciones extranjeras de salubridad con el objeto de cambiar criterios, y la relación de estadísticas en el área de enfermedades transmisibles, o las relacionadas con el clima ambiental. El Reglamento del 25 de enero de 1872 y éste, contienen el mismo número de artículos y que aquél describe un transitorio, omitiéndose en el de 1879.

Por iniciativa del referido Consejo se llevan a cabo diversas acciones en materia de salubridad, como las siguientes:

Por oficio de 19 de septiembre de 1881, el Presidente del citado Consejo Superior de Salubridad, envía a la Secretaría de Gobernación el proyecto de Reglamento de fábricas, industrias, depósitos y demás establecimientos peligrosos, insalubres e incómodos del Distrito Federal; reglamentación que hasta nuestros días forma parte de la calificación sanitaria. Se redacta un proyecto de reglamentación de alimentos y drogas, con la finalidad de prevenir la adulteración de éstos. Presentó también un proyecto de Ley contra las enfermedades infecciosas y contagiosas, con su reglamento correspondiente. Por acuerdo de este organismo con la Secretaría de Gobernación el 10 de marzo de 1887, se expide el Re-

glamento para el Transporte de Cadáveres Humanos por Ferrocarril. El Dr. Liceaga en funciones de Presidente del Consejo, presentó el 30 de junio de 1889 a la consideración de la Secretaría de Gobernación el proyecto de Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, convirtiéndose en Ley hasta 1891. Asimismo, es de mencionarse el Decreto del 15 de noviembre de 1894, (6) en el cual se publica una Reforma al citado Consejo Superior de Salubridad; consistente, en ampliación de objetivos, principalmente se busca, una mejor coordinación de actividades sanitarias; tanto en el Distrito Federal como en el interior de la República; otro cambio lo representa, el Servicio Sanitario para el Distrito Federal, el cual estará a cargo del organismo en cuestión con apoyo técnico administrativo, ya que se genera aumento de personal; creando delegaciones tanto en el Distrito Federal como en los principales puertos del Golfo de México, (Tampico, Tuxpan, Veracruz, Coatzacoalcos, Laguna del Carmen, Campeche, Progreso y otros) así como en el Océano Pacífico (San Benito, Salina Cruz, Acapulco, Manzanillo, etc); también se crean 23 comisiones con los vocales que participan en este organismo, encargadas de la administración, Asuntos Federales, de Habitaciones y Escuelas; de Alimentos y Bebidas; Templos y Teatros y de otros lugares de reuniones; fábricas e industrias; mercados; basureros; de Asuntos de Higiene Militar; de Inspección Sanitaria; de Asuntos Jurídicos; de Publicaciones, etc.

Se hará una reseña de las denominaciones que se fueron utiliz

(6) *Ibid.* p. p. 408.

zando en la creación del citado Consejo por Decreto del 4 de enero de 1841, se promulgó bajo el siguiente título: Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México. Se hizo necesaria la primera reforma en fecha 7 de febrero de 1849, la cual solamente es enfocada a los ingresos que se adjudicarían al propio Consejo, por tanto continúa la misma denominación. El 25 de enero de 1872 se publica el Reglamento en el cual se instrumentan derechos y obligaciones para su funcionamiento bajo el rubro de Reglamento del Consejo Superior de Salubridad. La subsecuente reforma corresponde al 14 de julio de 1879 sin variar el nombre y tiene como nota distintiva el que durante sus inicios estuvo bajo la estructura administrativa del Departamento de México, y es a partir del citado 14 de julio cuando pasa a depender de la Secretaría de Gobernación. En 1891 se origina otra reforma, conservando el mismo nombre, este cambio obedece a la publicación del Código Sanitario. El 15 de noviembre de 1894 se promulga otra reforma, quedando igual la denominación del organismo; como dato importante destaca el que esta institución en ese momento se encontró revestida de toda importancia por parte del poder Ejecutivo, apoyado además por el Secretario de Gobernación, dotándolo de elementos necesarios para la realización de medidas de higiene. Dentro de los siguientes catorce años 1894 a 1908 no se propició ninguna reforma.

Sigue una etapa de reflexión jurídica por parte de los Juristas de ese momento, ya que al triunfar en México una forma de gobierno, la República Federal, queda consagrado el principio de soberanía e independencia estatal, y en todos los ramos de la admi-

nistración llega un instante en que la evolución natural origina un grave y difícil problema: por una parte la Federación, y por el otro las entidades federativas, apoyadas en los mismos valores jurídicos Constitucionales, entran en conflicto con lo cual se frgan las desiciones anteriores que el Poder Ejecutivo Federal habia tomado.

Conviene agregar que los ilustres Juristas de 1857, no hicieron constar en la Carta Magna redactada por ellos nada referente a higiene pública y debido a esta carencia, y al legítimo derecho de los estados de promulgar ellos mismos sus Leyes, llegó un instante en que pese al esfuerzo de ambos Gobiernos y al del Consejo, solo fue posible hacer medicina preventiva o asistencial.

En 1908, no obstante señalarse en el Código Sanitario, que la salubridad es federal o local, el Consejo solo atiende al D.F. dedicándole a este el noventa por ciento de su trabajo y por lo que se refiere a los estados, un mínimo de ellos, tenían Consejo de Salubridad.

En tan crítico momento, los Juristas, como se dijo anteriormente buscaron una fórmula para coordinar derechos federales y estatales, tomando como punto de partida dos artículos de la Constitución de 1857; el 11, que en su inciso primero dice: "todo hombre tiene derecho para entrar y salir de la República, viajar por su territorio y mudar la residencia sin necesidad de carta de seguridad, pasaporte, salvo conducto u otro requisito semejante".

Y en la fracción XXI del artículo 72, de las facultades del Congreso: "Para dictar leyes sobre naturalización, colonización y ciudadanía".

En ese tiempo fue solicitado al Congreso de la Unión que se adicionará el inciso primero del ya referido artículo 11, agregando "pero con las limitaciones y requisitos que fijarán las leyes de Inmigración y Salubridad Pública". El Congreso fue más allá de lo que la Presidencia de la República solicitaba, y sustituyó la frase que se cita, por la de "salubridad general de la República", para que el Ejecutivo Federal pudiera impedir que, so pretexto de leyes de salubridad local, una entidad pusiera restricciones a otra; por lo que se autorizó una legislación en la que fijaron las atribuciones de la Federación en caso de salubridad pública y conservando los estados lo relacionado a con su soberanía interior. Con lo cual se generaron disposiciones inconexas y en otros casos zonas enteras del país que carecieron por mucho tiempo de toda atención sanitaria; quedando el Consejo Superior de Salubridad, hasta esos momentos dependiente de la Secretaría de Gobernación, reducido al mínimo en sus actividades dentro del Distrito Federal, pero sentando bases de lo que en tal sentido podría hacerse en todo el país.

Gracias a la Revolución Mexicana de 1910, cuyos principios ideológicos quedaron plasmados en nuestra Constitución Política de 1917, la Salubridad Nacional ocupó el puesto que le correspondía, desde donde fue posible realizar su misión "la de proteger

la salud de la población de la República". Así se cierra un período histórico de México, cuyas características sociales, políticas y médicas son motivo de otros incisos que se estudian en el presente trabajo, quedando hasta estas líneas presente la preocupación y el humanismo, tanto de Juristas como de higienistas del Siglo XIX y principios del XX, preparando el terreno para amplios surcos, en los que se crearán disposiciones sanitarias con el triunfo de la Revolución de 1910.

En esta etapa histórica, por la importancia y relación que guardan los hechos históricos sucedidos se hace un pequeño bosquejo de la situación política que guarda el país en aquel momento; existían teorías o corrientes que se concretaban en luchas llamadas liberales o conservadoras, esto trae como consecuencia la aparición de nuevos conceptos sociales especialmente relacionados con la propiedad en general y la de la tierra en particular y que en aquella etapa representó un nuevo juego de valores humanos, que paralelamente reflejan conquistas anteriores, así como la necesidad de hacer cambios en la vida social mexicana, la Revolución político-social de 1910, vista a través de ciertos puntos, como son:

- Pervivencia de treinta y cinco años ininterrumpidos de un régimen de gobierno anticonstitucional;
- Miseria inmensa en el campesinado;
- Imputable a un sistema político que había consagrado el ta-

bú de una burguesía rural, que era el exponente de la Feudalía en pleno Siglo XX. Como se dijo inicialmente en este párrafo; con una serie de partidos de oposición avanzamos hasta fines de 1910, en donde, el 20 de noviembre como es sabido, da principio la revolución social, registrando fracasos, pero a la vez se extiende en corto lapso, firmándose un pacto en el que figuran por una parte Francisco I. Madero y Don Pascual Orozco y por la otra el gobierno del Centro, entre otros Porfirio Díaz y Ramón Corral, éstos en vían su renuncia al Congreso de la Unión. El 6 de noviembre de 1911 figura como presidente interino Francisco León de la Barra, los sublevados Zapata y Orozco exigen la aplicación de los acuerdos y reformas sociales suscritas, casi finaliza otro año, nuevamente con una serie de hechos sangrientos, notase el impropio ambiente nacional que predominaba para la nueva etapa de la salud pública en México. Asimismo, a pesar de que se había establecido, en Leyes diversas hasta 1910, que la Salubridad Mexicana era Fede ral y Estatal, desde el punto de vista del Derecho Positivo, care gía de realidad, pues la autoridad de la Federación no se encontraba avalada por normas constitucionales. Por lo tanto los esfue zos de la esfera federal como estatal o municipal carecían de uni dad operativa, cierto es, que carecían de congruencia, pero, sin embargo se lograron esfuerzos por parte de higienistas tanto de una esfera como la de otra; el Consejo de Salubridad coordinó dis posiciones científicas diversas, que van desde la Ingeniería sanitaria hasta Profilaxis contra la mordedura de animales con hidrofobia y que tienen validez actualmente, además quedan de manifiesto una serie de trabajos importantes para la salubridad, que, por

bú de una burguesía rural, que era el exponente de la Feudalía en pleno Siglo XX. Como se dijo inicialmente en este párrafo; con una serie de partidos de oposición avanzamos hasta fines de 1910, en donde, el 20 de noviembre como es sabido, da principio la revolución social, registrando fracasos, pero a la vez se extiende en corto lapso, firmándose un pacto en el que figuran por una parte Francisco I. Madero y Don Pascual Orozco y por la otra el gobierno del Centro, entre otros Porfirio Díaz y Ramón Corral. éstos en vían su renuncia al Congreso de la Unión. El 6 de noviembre de 1911 figura como presidente interino Francisco León de la Barra, los sublevados Zapata y Orozco exigen la aplicación de los acuerdos y reformas sociales suscritas, casi finaliza otro año, nuevamente con una serie de hechos sangrientos, notase el impropio ambiente nacional que predominaba para la nueva etapa de la salud pública en México. Asimismo, a pesar de que se había establecido, en Leyes diversas hasta 1910, que la Salubridad Mexicana era Fede ral y Estatal, desde el punto de vista del Derecho Positivo, care cía de realidad, pues la autoridad de la Federación no se encon traba avalada por normas constitucionales. Por lo tanto los esfuer zos de la esfera federal como estatal o municipal carecían de un idad operativa, cierto es, que carecían de congruencia, pero, sin embargo se lograron esfuerzos por parte de higienistas tanto de una esfera como la de otra; el Consejo de Salubridad coordinó dis posiciones científicas diversas, que van desde la Ingeniería san itaria hasta Profilaxis contra la mordedura de animales con hidrofobia y que tienen validez actualmente, además quedan de manifieg to una serie de trabajos importantes para la salubridad, que, por

por el momento no se enumeran; por otra parte, se da a conocer una disposición de fecha 2 de diciembre de 1913, en la que se ratifica, que corresponde a la Secretaría de Gobernación la Salubridad Pública. 1915-1916, en esta etapa se avicina una reordenación administrativa de la República bajo el mando de Don Venustiano Carranza, y el Consejo Superior de Salubridad continúa presentando trabajos sanitarios (reanudación del Boletín del Consejo Superior de Salubridad 3-I-1916).

En 1917 se generan hechos sobresalientes para la Nación, sucedidos en la Ciudad de Querétaro, ya que los representantes del pueblo mexicano la convierten en capital de la República, al reunirse en ella los diputados constituyentes, a fin de redactar y aprobar una nueva Carta Magna en la que se consignaran derechos individuales o colectivos, principios políticos y un mejoramiento social, trabajo que se concreta después de diversos debates el 31 de enero de 1917, en ella se ratifican todas las libertades y derechos que figuran en la de 1857, pero es adaptada a las nuevas necesidades que dan una matiz diferente al Derecho Mexicano. En el ramo de la Medicina, presenta tres aspectos fundamentales basados en la cultura de un pueblo, así en primer término y retomando el tema del presente inciso, se considerará la conversión del Congreso Superior de Salubridad en un organismo nacional, con capacidad jurídica para dictar disposiciones y normas de observancia general y obligatoria en la República; en segundo punto, la creación del Departamento de Salubridad Pública, como organismo autónomo y ejecutivo que incluso podía subordinar a su esfera jurídica, cuan

do el asunto se tratara de higiene pública, a las demás Secretarías del Ejecutivo Federal; cabe señalar que con estos dos puntos de apoyo administrativo se resuelve el viejo y debatido problema nacional e internacional "de si la salubridad y la asistencia deben ser centralizadas o no", ya que se estableció en el artículo 73, fracción XVI de nuestra Constitución, que la salubridad y la asistencia mexicanas pueden ser federales, estatales o municipales, asentando con ello bases sólidas para lo que actualmente se conoce como derecho a la salud. Como tercer aspecto consideremos el artículo 123 Constitucional que engloba tema de la salud, así, de él derivan, desde la Ley Federal del Trabajo, hasta el vigente Reglamento de Higiene del Trabajo.

La Salubridad Mexicana ya convertida en un valor constitucional continúa reforzandose con grandezas intelectuales, entre ellas la figura del Dr. Eduardo Liceaga, encabezando el Consejo Superior de Salubridad, además se deben a él los más notables progresos de nuestra Administración Sanitaria anteriores a la Revolución, asimismo, él fue quien inicio el proceso de incorporación de la higiene a la Constitución de la República, cristalizándose, como se señala anteriormente en la Carta Magna que actualmente nos rige. El progreso sanitario de referencia se traduce además en la "Ley de Organización Política del Distrito Federal y de los territorios", expedida el 14 de abril de 1917, en ella se determina la existencia de seis Secretarías, la de Estado, la de Hacienda y Crédito Público, la de Guerra y Marina, la de Comunicaciones, la de Fomento, la de Industria y Comercio y los Departamentos Judi-

cial, el Universitario y de Bellas Artes y el de Salubridad Pública. La nueva Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, indica un período administrativo de la República Mexicana, el cual es congruente con las doctrinas político-sociales y universales de los trabajadores, manuales intelectuales, ya que el bien colectivo ocupa la mente de aquellos estadistas. Cabe señalar que la Revolución Mexicana de 1910 ofrece una característica especial en la que se ve favorecido el pueblo mexicano, ya que coloca al Estado Mexicano en los límites de una democracia si no perfecta, cuando menos capaz de permitir el progreso de la Nación y la libertad de los que conformamos este Estado.

Asimismo, siguiendo la trayectoria de los higienistas durante 1917, notamos resultados elocuentes gracias a la cual disfrutamos hoy, desde servicios de ingeniería hasta el control de enfermedades transmisibles. Importante resulta el trabajo sanitario desarrollado durante el año de 1920, ya que se manifiesta una labor de conjunto en la normatividad sanitaria, jurídica y administrativa; al llegar a 1921 la Salubridad Mexicana es un organismo en pleno crecimiento y con acción respaldada por la Ley Suprema, en problemas relacionados con la salud pública. Por separado se analiza una reforma del organismo estudiado en este momento, se trata de la expedición hecha el 5 de noviembre de 1926 del Reglamento Interior del Consejo Superior de Salubridad General de la República, publicado en el Diario Oficial el 4 de diciembre del mismo año, contienen ciertas variaciones, referidas a obligaciones de los miembros del Consejo y la forma para celebrar sesiones.

1.7. PRIMER CODIGO SANITARIO.

Este documento viene a ser la resultante de objetivos contenidos en una circular emitida por la Secretaría de Gobernación, el 30 de junio de 1879, respecto al Consejo Superior de Salubridad, el cual en aquellos momentos se reorganizó y lleva a cabo una labor de estudio sobre diferentes temas sanitarios que entre otros está el de la mortalidad, observaciones sobre la climatología médica del Valle de México, observaciones higiénicas en hospitales, en la alimentación, a boticas y droguerías y se inicia la significativa búsqueda y recopilación de datos y toda una serie de elementos informativos con vistas a la redacción del Primer Código Sanitario, situación que pone en aquel momento a México a la vanguardia de muchos países del continente; observamos como anticipadamente en promedio aproximado de doce años, se inicia tan grata y satisfactoria recopilación y con acción sostenida y organizada, hacen posible, no obstante el tiempo transcurrido, el proyecto del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 1891.

En forma intermedia sucedieron hechos como el ocurrido el 30 de junio de 1889 en que el Presidente del Consejo Superior de Salubridad, sometió a la consideración del Secretario de Gobernación el proyecto de Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos; el cual busca estar acorde con los adelantos de la ciencia y la posibilidad de aplicarlos en el nuestro, redactó artículos, con el objetivo de remediar o impedir el desarrollo de enfermedades

transmisibles; otros artículos con la determinación de cortar abusos costumbristas en la adulteración de sustancias alimenticias y medicinas. Consideramos que el Consejo Superior de Salubridad, en aquel momento venía cubriendo perfectamente el aspecto técnico del proyecto, descuidando en muchos capítulos la parte penal que debería ser confiada a personas competentes, claro, esto hizo necesaria la intervención de Jurisconsultos a quienes, en aquel momento, la Secretaría de Gobernación, nombró para que revisaran el aspecto legal del proyecto, al llegar a este punto jurídico, viene a colación, que la Constitución Política de la República, en esa fecha, no consagraba entre sus preceptos ninguno que se referiera a la higiene pública, y en esa omisión creyeron encontrar algunos dirigentes, un obstáculo para que el Consejo evitara legislar en materia sanitaria, continuando con la parte expositiva del documento, diremos que el Congreso a pesar de la incompetencia que se preveía en la Constitución, prosiguió con la idea precisa de proteger la salud pública, dedicando un minucioso estudio al articulado plasmado en el proyecto; cabe señalar que estos estudios iban desde las causas de insalubridad de nuestra atmósfera, del suelo, de las habitaciones, hasta la regulación Jurídico Penal que requería el citado proyecto, además expone diversas justificaciones sanitarias y la exposición de motivos concluye señalando la fecha 30 de junio de 1889 y firma del Presidente del Consejo. E. Liceaga.

Hasta esta etapa, el Código Sanitario estudiado, sigue trámites administrativos internos, la Secretaría de Gobernación envía

con fecha 31 de mayo de 1891 el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, a los Secretarios de la Cámara de Senadores, haciendo notar el fundamento Jurídico del mismo emitido por Decreto del 18 de diciembre de 1889 ... (7). En el que se autorizó al Presidente de la República para tal ejecución, inmediato al fundamento Jurídico se encuentra una justificación más para la expedición del referido proyecto, en la cual se señala que dicho documento contiene disposiciones diversas sobre sanidad y define preceptos de higiene que en aquella época se consideraban como innovadoras, asimismo, se plasmaron recomendaciones de observancia para toda la población; continúa señalando, que en materia Jurídica Legislativa se reserve a cada Estado la libertad que la Constitución les reconoce. Posteriormente y siguiendo la trayectoria administrativa que recorrió el referido Código Sanitario encontramos que el Lic. Romero Rubio, quien en este momento fungía como Secretario de Gobernación, envió a las diversas autoridades, el Código Sanitario Federal publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de julio de 1891 ... (8).

A fin de destacar la importancia de la nueva disposición; se hace un extracto del contenido: El Código Sanitario está dividido en cuatro libros, a los que precede un título preliminar en el cual se reglamenta la organización de los servicios de sanidad; la sanidad se clasifica en federal y local. De la primera se ocu-

(7) I b i d. p. p. 333.

(8) Ibid. p.p. 334-396.

pa el libro 1º, para la local quedan los Estados con amplia libertad que constitucionalmente les corresponde y el Código sólo establece reglas para el Distrito Federal y para los territorios de Tepic y Baja California.

Ejercen la administración sanitaria federal los funcionarios y agentes que expresa el artículo 3º, conforme al que se establece un sistema administrativo con escala jurárquica hábilmente deslindada, empezando por los últimos empleados de las respectivas comisiones de los ayuntamientos y terminando con el Ministro de Gobernación, sirviendo el Consejo Superior de Salubridad, en cada caso, de Cuerpo Consultivo y Técnico con facultades de ejecución; asimismo, la administración sanitaria federal comprendía por separado diferentes servicios, a decir:

Título 1º Sanidad Marítima.

Capítulo 1º Puertos.

Capítulo 2º Lazaretos.

Título 2º Sanidad en Poblaciones Fronterizas.

Título 3º Sanidad en los Estados.

Título 4º Estadística Médica.

Para todos estos servicios, cuentan en primer lugar con el apoyo del Consejo Superior de Salubridad, cuyo número de vocales y sueldo es aumentado, quedando de la siguiente forma:

Cinco Médicos Higienistas Civiles.

Un Médico Higienista Militar.

Un Abogado.

Un Médico Veterinario.

Un Farmacéutico.

Un Ingeniero.

Para el servicio de sanidad en los puertos principales, se establece un médico en calidad de Presidente de la Junta respectiva, la que se formará con el mismo médico, el Capitán del Puerto y los Delegados del Municipio de la Localidad.

También se establece, en previsión de reciprocidad internacional para los tratados futuros, que lleve un médico a bordo, para que responda de la higiene, todo buque mexicano con destino a puerto extranjero; continúan señalando conductas para los buques de puertos extranjeros que salgan para puertos de la República, deben someterse a inspección en el Consulado Mexicano por la que se cobrarán dos pesos. La embarcación debe ser examinada por la Junta de Sanidad a la llegada al puerto, procediéndose en su caso a la observancia de la cuarentena, ya de observación, ya de rigor.

La misma Junta de Sanidad debe visitar todo buque que salga del puerto mexicano y expedirle patente, de la que ningún buque mexicano queda eximido.

El título 2º del libro 1º se ocupa en primer lugar de evitar la propagación por las fronteras, en caso de aparición, del cóle-

ra asiático o de otra epidemia calificada de alarmante por el Ejecutivo. Para casos graves se establecen cuarentenas análogas a las marítimas y el sistema de cordones sanitarios. Estos servicios que dan encomendados a Juntas de Sanidad análogas a los puertos y presidas por un médico que nombra el Ministro de Gobernación.

El mismo título 2° se preocupa en seguida se evitar que por las fronteras se introduzcan ganados extranjeros o despojos de los mismos en estado de transmitir epizootias a los animales o enfermedades al hombre. Al efecto se establecen plazas de veterinarios, para que éstos inspeccionen el ganado y las carnes.

El título 3° contiene las medidas para evitar la propagación de epidemias de un Estado a otro. (Acúdase con ese fin al expediente de medidas de aislamiento y desinfección, para la viruela y la propagación más amplia de la vacuna).

El título 4° provee a la fácil formación de la Estadística médica, encomendando este servicio a los funcionarios sanitarios federales, quienes deberán recoger los datos respectivos de las oficinas de la Federación, incluyendo a la Dirección de Estadísticas, las del Registro Civil, de los hospitales públicos y privados y de los médicos con un título legal.

Las Juntas de Sanidad de los puertos o poblaciones fronterizas cubren todos los servicios sanitarios en el Estado respectivo. Si en él hubiere más de una Junta, el Ejecutivo Federal determina

cual de ellas ejerce esas funciones.

En los Estados en los que no hay Juntas Sanitarias de puertos o fronteras, sirve de agente de Sanidad Federal, un médico especialmente nombrado por el Ministro de Gobernación cuando la importancia de los servicios así lo exija, o uno de los médicos militares residentes en el Estado.

En el libro 2° trata de la administración sanitaria local a cargo del Ejecutivo de la Unión y se divide en 3 títulos: El 1° referente a la Capital de la República; el 2° relativo a los otros puntos del Distrito Federal; y el 3° concerniente a los territorios de Tepic y Baja California. De las numerosas disposiciones contenidas en los 14 capítulos del libro 2° merecen especial mención, las siguientes: La división de los establecimientos peligrosos, insalubres e incómodos en tres categorías basadas en su situación, según sea, sin precauciones especiales, o que se necesite de estas precauciones, o que forzosamente haya que situarlos lejos de las habitaciones. La necesidad de establecer calderas de vapor dentro de la Ciudad, acerca de las cuales se establecen pruebas reglamentarias y disposiciones jurídicas encaminadas a disminuir los peligros de una explosión.

La prevención de que haya un perito responsable, para venta de sustancias medicinales, no solo en las boticas, sino en las droguerías y la reglamentación más adecuada de aquellas. El aislamiento de enfermos contagiosos, el cual se hará de preferencia en

la casa del enfermo, y para indigentes se hará el aislamiento en hospitales; la minuciosa limpieza de todos los objetos susceptibles de contaminarse.

El libro 3º trata de las penas, estableciendo en el capítulo reglas generales, para fijar claramente la profunda diferencia que hay entre faltas y delitos, a fin de que éstos queden sometidos exclusivamente a los tribunales y de aquellas conozcan las autoridades administrativas.

El libro 4º contiene el procedimiento aplicable en caso de delito contra la salud pública, se remite el Código Sanitario a las Leyes vigentes. Tratándose de faltas se refiere el artículo 341 del Código de Procedimientos Penales, conforme al que impone la pena la autoridad designada en la respectiva ley o reglamento, o la autoridad política local, o el funcionario encargado del cuidado inmediato del ramo de que se trate. Según el mismo artículo toda pena que exceda de \$25.00 de multa o diez días de prisión es revisable por el Superior Jerárquico. El Consejo asumirá el carácter de Superior Jerárquico, para los efectos de la revisión que se acaba de hablar, la cual tendrá lugar en acuerdo pleno y aún tratándose de las comisiones especiales del mismo Consejo. Cuando la resolución de éste no fuere conforme con la del inferior jerárquico, el demandado puede recurrir al Ministerio de Gobernación.

Refiriéndose al artículo 246 del Código de Procedimientos

Penales, quedan facultados los funcionarios de sanidad, provistos de una autorización del Gobierno del Distrito Federal, para proceder a la detención preventiva de cualquier individuo por faltas contra la salud pública y para penetrar a las habitaciones, fábricas y establecimientos mercantiles en cumplimiento de los deberes oficiales que tienen dichos funcionarios. Los simples agentes sanitarios necesitan orden escrita de la autoridad pública, o de un vocal del Consejo ó del Ministerio de Gobernación para proceder a una aprehensión o a una visita.

Lo expuesto en párrafos anteriores ha sido seleccionado de una amplia exposición que hacen los autores J. Flores Amezquita y otros, en la obra denominada Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México, considerándose que las explicaciones técnicas aludidas están claramente expuestas, y para concluir, comentaremos detalles de redacción, como son, "Ministro de Gobernación", Terminología que exclusivamente se utilizó en este Código Sanitario; asimismo, hacen referencia a "territorios", sabemos que a partir de la publicación del Decreto de 8 de octubre de 1974, en el cual los territorios de Baja California Sur y Quintana Roo pasan a ser parte integrante de la Federación; y la referencia de "funcionario", sabido es que a partir de la publicación hecha en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1982, la Ley Federal de Responsabilidades de Servidores Públicos queda vigente en toda la Republica Mexicana, en donde se señala la denominación de "Servidor Público" para todo empleado federal.

1.8. SEGUNDO CODIGO SANITARIO.

Diversas opiniones se dieron al entrar en vigor el Primer Código Sanitario de fecha 15 de julio de 1891, ya que su aplicación trajo consigo necesidades de adecuaciones, esta necesidad demuestra que no se trata de un publicación más adentro de la pirámide jurídica existente en aquellos momentos. Este cambio se preveía en alguno de los siete artículos transitorios del propio Código, dentro de los que se marcaron fechas ya fuera para prórroga o para ajustar artículos relacionados. Viene al caso citar el Decreto del 6 de diciembre de 1893 (9) en donde se prorroga el plazo concedido para reformar el citado Primer Código Sanitario y además se autoriza al Ejecutivo para establecer impuestos federales a los consignatarios de buques por patentes de sanidad, visitas médicas, cuarentenas y desinfecciones. Destaca también la publicación de una circular emitida por el Consejo Superior de Salubridad del día 22 del mismo mes y año, en la que se solicita el exacto cumplimiento del contenido de los artículos 242 y 245 los cuales se ubican dentro del Libro Segundo, Título I, Capítulo IX del Código de la Materia. (10)

El citado Segundo Código Sanitario, contiene igual número de disposiciones que el primero por lo que sigue su curso normal, sin embargo se dan cambios de redacción como el de -Ministerio- y en su lugar se autoriza el de -Secretaría-. Por otra parte, la insti

(9) Ibid. p.p. 379 - 380 , 401.

(10) Idem.

tución denominada Consejo Superior de Salubridad, era la encargada de elaborar los trabajos inherentes a proyectos que el propio organismo u otra dependencia propusiera, también se comentó en uno de los anteriores incisos, que el Consejo Superior de Salubridad dependía de la Secretaría de Gobernación, situación por la cual, el ya citado Consejo, envía el proyecto del Segundo Código Sanitario, al Secretario de Gobernación y él a su vez lo turna al Ejecutivo Federal para su estudio y aprobación, publicándose en Decreto el 10 de septiembre de 1894, en el que solamente aparecen cambios administrativos y sin variaciones técnicas de fondo. El segundo Código Sanitario permaneció aproximadamente siete años sin variantes, ya que hasta 1902 se proponen reformas.

1.9. REFORMAS AL CODIGO SANITARIO.

Para los propósitos de la presente investigación resultan de gran trascendencia las reformas de marzo de 1902 al Segundo Código Sanitario, las cuales se analizan a continuación.

Llama la atención el hecho de que las reformas se hayan publicado en Decretos sucesivos con variantes de dos y un día, bien pudo ser la falta de organización del material al momento de proponerlas, o problemas de aplicatoriedad de los artículos reformados o cuestiones políticas; estas preguntas se resolverán en parte, ya que el aspecto técnico de ellas queda a nuestro alcance, no así, las cuestiones de coordinación interna o las políticas:

La primera de ellas se publica en el Diario Oficial de la Federación el 26 de marzo de 1902, por el Departamento de Salubridad, en donde facultan al poder Ejecutivo para reformar los artículos siguientes: (11)

ARTICULO 86.- El aseo de los patios, escaleras y otras dependencias de uso común en las casas de vecindad, se hará por cuenta del propietario, quedando obligados los inquilinos por su parte a contribuir al mismo aseo, en lo que toca a los pasillos que le correspondan.

ARTICULO 87.- Cuando el Consejo de Salubridad considere que una casa o parte de ella es insalubre, lo indicará al propietario, dándole el plazo necesario para corregir los defectos que se señalen. Terminado este plazo si no hubiere dado cumplimiento a lo prevenido por el Consejo, este cuerpo mandará fijar en la fachada de la casa un aviso, con caracteres bien legibles, que indique que aquella casa ofrece peligro para los que habiten en toda o parte de ella, expresando en este último caso la vivienda o cuarto de que se trate. El hecho de fijar ese aviso es causa de responsabilidad para el propietario, en los términos de la fracción 2a, artículo 1458 del Código Civil y motivo de que el inquilino exija la rescisión del contrato, según artículo 3014 del mismo Código.

(11) Ibid. p. p. 354 y 356.

ARTICULO 94.- Todo el que venda un comestible adulterado con sustancias que positiva o negativamente puedan alterar la salud, esta en obligación precisa de anunciarlo al público, de una manera clara y terminante, y debe acompañar a cada efecto una etiqueta o impreso donde conste la naturaleza y composición real de dicho comestible.

El contenido de los artículos anteriores consagra como finalidad principal la higiene dentro de la comunidad, ya sea en determinada habitación o en su conjunto, así como lo referido a comestibles, la obligación de comunicarle al público usuario el contenido del producto comestible que se expende. Estas medidas vienen a reforzar en varios aspectos la incipiente organización social y sanitaria de aquella época.

Se añadirá que tales disposiciones con ciertas variantes de redacción, se aplican en la actualidad ya que están contenidas en la Ley General de Salud y precisadas por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de Publicidad y en Normas Técnicas.

La Reforma fechada el 28 de marzo del mismo año no merece mayor comentario, pues solamente se refiere al artículo 26 del citado Código y consiste en la ampliación de siete a diez días del período de cuarentena que se debía observar para el caso de cólera y de desinfección correspondiente.

La reforma y adición descrita el 29 del mismo mes y año, la cual se hizo al Libro II, Capítulo I, del citado Segundo Código Sanitario Federal, dedicado esencialmente a la administración sanitaria local, es decir a la administración sanitaria de la capital de la República, y específicamente referida a la habitación y escuelas; determinando requisitos que deben cumplir en la construcción de casas habitación que iban desde la limpia del predio, así como el espesor de los muros, la altura de las piezas, ventanas por las que entre suficiente luz y ventilación; permiso para dar servicio en los hoteles, mesones, casa de huéspedes o dormitorios públicos; asimismo, el espesor e inclinación que deben tener los caños para el adecuado escurrimiento y evitar la filtración de gases al interior de la habitación; también se estableció una restricción para las casas o talleres, relacionadas con el desalojo de aguas sucias en canales de agua destinada a uso doméstico; aún se regulaba lo concerniente a pozos comunes que tenían algunas casas; marca además ciertos requisitos para el uso del brasero, como es el de complementar ese uso con el de una chimenea; habla de la recolección de basura que debe realizarse en toda habitación y enumera detalles para el caso de vecindades o habitaciones en las que se albergue más población; contempla la obligación para propietarios y quedan como obligados solidarios los inquilinos. Cabe señalar que dentro de este inciso se señaló como reforma entre otros artículos el citado 87 y nuevamente es contemplado dentro de esta tercer reforma, haciendo hincapié que la fuente consultada no transcribe el cambio esencial, solamente lo engloba, situación desventajosa porque el cambio no se puede corroborar. Para

finalizar con esta reforma se estableció la obligación para escuelas tanto públicas como particulares, de estar sujetas a inspección higiénica y médica conforme lo establece el propio Código Sanitario.

1.10. TERCER CODIGO SANITARIO FEDERAL. Y SUS REFORMAS.

Por Decreto de 10 de septiembre de 1904 se promulga el nuevo Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos después de haberse hecho reformas a las fracciones III y IV del artículo 7º de la Ley de Dotación de Fondos Municipales publicada el 20 de enero de 1897.

La reforma estudiada es aprobada por el Ejecutivo Federal, a través de la cual se busca resolver necesidades de aquel momento y adecuar disposiciones relacionadas con materia sanitaria que trataba la Ley de Dotación. Tales reformas pasan a ser parte del Código Sanitario arriba señalado el que contenía dos capítulos. Servicio de Sanidad Marítima; Títulos II, III y IV. Servicios de Sanidad en Poblaciones Fronterizas; Servicios de Sanidad Federal en los Estados y de la estadística médica; Libro Segundo. De la Administración Sanitaria Local. Título I. Administración Sanitaria de la capital de la República, con XVI Capítulos: Título II. Administración Sanitaria dentro del Distrito Federal, pero fuera de la capital de la República. Título III. Administración Sanitaria Local en los territorios federales; Libro Tercero. De las penas, con dos Capítulos. I Reglas generales. y II Penas en particu

lar; Libro Cuarto. Del procedimiento, y los artículos transitorios.

Los ajustes señalados, permanecieron sin variarse hasta 1908, ya que durante la vigencia de esta reforma se resolvieron primordialmente cuestiones que hasta nuestros días representan situaciones trascendentales, como son sanidad en la población fronteriza vista por cualquier punto cardinal; la estadística médica, por medio de la cual se llevaran registros de mortalidad y nacimientos; la administración sanitaria local o federal, que para efectos de competencia y responsabilidad representaba ventajas para una mejor aplicación y expedición de medidas tanto económicas como sanitarias; por lo que se refiere a la penalidad para caso de incumplimiento a lo estipulado en el citado Tercer Código Sanitario, representa ajustes en cuanto a la actualización del monto y algunos renglones de competencia, debido a cambios administrativos. Con la vigencia de este tercer Código Sanitario se podría decir que estamos en la antesala de una Organización Constitucional, ya que los años de vigencia del citado Tercer Código Sanitario dan margen para que las autoridades sanitarias junto con el Poder Ejecutivo y Legislativo coordinen la siguiente reforma constitucional y desde luego, con ello se venga a favorecer el ramo sanitario y se delinie la esfera de competencia que venía presentando cierta desorganización en el renglón correspondiente.

En resumen, las instituciones que en esta 1a. etapa destacan son:

Las Juntas de Sanidad, las cuales tienen como base la Constitución Española de 1813 de las Cortes de Cádiz, y que más tarde tomaron otras denominaciones administrativas: el Centenario Tribunal del Protomedicato que da bases para la creación del actual Consejo de Salubridad. En sí, todo lo acontecido a mediados del siglo XIX y principios del XX, como son convulsiones sociales, dejaron suficiente precedente para la estructura jurídica, política, social, económica, etc., en donde se buscó como objetivo principal, un orden interno, ya que todos los factores que conforman el estado, se entrelazan cotidianamente.

CAPITULO SEGUNDO.

SEGUNDA ETAPA:

2.1. REFORMA A LA CONSTITUCION PARA AMPLIAR LA COMPETENCIA FEDERAL Y ENCOMENDAR A LOS PODERES DE LA UNION "LA SALUBRIDAD GENERAL DE LA REPUBLICA".

Al iniciar la presente etapa , estudiaremos la Constitución de 1857 , en donde jurídicamente comienza a darse un nuevo Estado , en el cual se busca ajustar diversos puntos, entre los cuales está , la salubridad , cuya finalidad es la adecuación diaria a las necesidades de salud y bienestar de la población. La citada Constitución es el resultado del triunfo en México de la forma de gobierno federal , y consagra el principio de soberanía de los estados , situación que naturalmente acarreó secuelas en la rama administrativa del país , ya que por una parte la Federación trata de emprender una organización centralista y por otro los estados por su propia pequeñez y desorganización en cuanto a su esfera de acción , trae como resultado que decisiones tomadas por uno u otro , no lleguen a coordinarse y por ende quedan plasmadas en meros proyectos o publicaciones vigentes en aquel instante pero sin logros para lo que se habían formulado ; crítica es la situación en aquel período , tanto que el Congreso de la Unión tiene que legislar ajustando la propia Constitución de 1857 , en ciertos artículos como lo son el 11,73 fracción XVI, en los cuales, en el primero de ellos se agregó la materia sanitaria , y en la segunda se consagra la facultad al Ejecutivo Federal de legislar la salubridad general de

la República, con esta competencia delineada se fijan atribuciones a la Federación en caso de salubridad pública y dejando a los Estados la facultad inherente a su soberanía interior; una vez con siderados los hechos anteriores, diremos que el citado proyecto de reforma sigue la vía administrativa correspondiente y que sabido por nosotros es, el sometimiento a estudio, discusión, hasta llegar a la promulgación de las mismas el día 27 de octubre de 1908. Como un ejemplo del tema, llama la atención una declaración hecha por el Ejecutivo Federal el 15 de julio de 1910, en la que se informa a varias circunscripciones de puertos Europeos que pr sentaban la enfermedad del cólera, la restricción de apertura de ciertos puertos Mexicanos y autorizando solamente para recibir buques , los puertos de Tampico, Veracruz y Progreso; esta referencia nos muestra como se involucran las esferas de competencia federal y local y también otras autoridades como el Consejo Superior de Salubridad, quien formuló la propuesta de la medida acor dada.

2.2. 1910, REFORMA Y PRINCIPIOS IDEOLOGICOS.

La etapa analizada contiene hechos importantes que permitirán ir arribando a lo que hoy se conoce como el México moderno, por una parte se desarrolló una lucha sangrienta en nombre de te rías liberales o conservadoras aunando a todo esto, nuevos conceptos sociales, relacionados con la propiedad en general y la tierra en particular; asimismo la representación en el poder por más de treinta y cinco años, creando antagonismos entre la miseria

del campo y la burguesía rural en pleno siglo XX. Fueron reorganizando partidos de oposición, por un lado el movimiento Insurreccional a cargo de Don Francisco I. Madero y por otra parte los del gobierno del centro encabezados por el Presidente de la República, Don Porfirio Díaz y Ramón Corral como Vicepresidente, en los comienzos de 1911, se unificó la oposición y en pocas semanas en toda la República brotaron grupos antireeleccionistas (Guerrero, Puebla, Morelos y el Norte del país), iniciándose esta fase de la Revolución Armada y Militar. El 10 de mayo de 1911 toman Ciudad Juárez las fuerzas que encabezan Don Francisco I. Madero y Pascual Orozco, firmándose el día 21 de ese mismo mes y año un pacto entre los sublevados y el gobierno del centro, en el cual entre otras cosas pedía la renuncia del Presidente y Vicepresidente, sabido es, que el primero de estos emprende camino a Veracruz en donde navega en el Ipiranga hacia su exilio en Francia. Posteriormente se convoca a elecciones, quedando Don Francisco I. Madero y en la Vicepresidencia Don José María Pino Suárez enfrentando éstos una dura resistencia pasiva de los conservadores, y por otra parte Zapata y Orozco exigieron al nuevo gobierno la urgente e inmediata aplicación de los acuerdos y reformas suscritos.

Considerando tal desarrollo de acontecimientos es notorio que el país vivía momentos de cambio en diversos aspectos, por una parte se daba inicio a conceptos sociales relacionados con la propiedad en general, surgían grupos antirreleccionistas desbordando en la Revolución, el triunfo del pueblo en contra de diversas corrientes como se señalan en el punto 1.5. del presente tra-

bajo; resultando el triunfo de ideologías de respeto y justicia para los más débiles; por consiguiente entre 1911 a 1915 ocurrió la desaparición de la dictadura, la lucha armada, el triunfo definitivo de la causa del pueblo en contra de las corrientes surgidas desde el colonialismo; asimismo, en el renglón de la salubridad se sigue buscando la manera de avanzar, prueba de ello son diversos estudios y disposiciones Jurídico-Sanitarias que surgían como solución a necesidades imperantes. Cabe señalar que en las últimas semanas del año de 1915, en donde el jefe del Ejército Constitucionalista, Don Venustiano Carranza pronuncia discursos históricos en Matamoros (29 de noviembre de 1915) y en San Luis Potosí (26 de diciembre de ese mismo año), los que contienen una doctrina llena de respeto y justicia dirigida a los pueblos débiles que más tarde representarían reformas a la Constitución; llegado este hecho, el primer jefe, rubrica la convocatoria de un Congreso Constituyente, que daría como resultado reformas a la Constitución. Llegamos al año de 1916 en el que se continúa haciendo medicina preventiva y con sus inevitables fallas, causas que han sido comentadas con anterioridad, pero nuevamente se señalará como principal factor, la falta de coordinación sanitaria y de campo, tanto del gobierno como de toda la ciudadanía debido a la guerra, ya que muchos servicios que ya existían, prácticamente dejaron de funcionar, también habrá de considerarse como factor determinante el aspecto económico del país. Nuevamente, se avicina un cambio más para la Constitución Política Mexicana y sobre todo para la Salubridad Mexicana.

2.3. DE LA CONSTITUCION POLITICA DE 1917 A 1982.

Artículo 73 fracción XVI.- Esta segunda etapa, así clasificada en el presente estudio, se inicia en la Ciudad de Querétaro, ya que en aquellos momentos la Ciudad de referencia es considerada Capital de la República Mexicana, en enero de 1917, se reúnen los constituyentes con la idea básica de redactar y aprobar una nueva Carta Magna, la cual generó diversos debates, proposiciones, contra proposiciones a través de las que se buscaba el mejoramiento social y al final de este encuentro, el 31 de enero de ese año, los constituyentes firman la Constitución Política, asimismo, actuando como Primer Jefe del Ejército Constitucionalista Don Venustiano Carranza, se promulga el 5 de febrero de ese mismo año.

Por cuestiones de objetividad, se analiza el artículo 73 fracción XVI "De las facultades del Congreso", en el cual queda plasmada la salubridad general de la República y previene la creación de dos Dependencias básicas de salud; El Departamento de Salubridad (ahora Secretaría de Salud) y el Consejo de Salubridad General.

Estas dos dependencias tienen la característica de ser ejecutivas, o sea, pueden emitir actos de imperio y por ser de carácter nacional. El Consejo de Salubridad General, por su parte, es concebido como un órgano de la Presidencia de la República que podría dictar disposiciones de observancia general revisables por el Congreso de la Unión.

A continuación se transcribe el artículo 73 fracción XVI, de nuestra Carta Magna de 1917:

"XVI.- Para dictar leyes sobre nacionalidad, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

1a.- El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2a.- En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3a.- La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

4a.- Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adaptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental serán después revisadas por el Congreso de la Unión,

en los casos que le competan."

La reforma hecha al citado artículo 73 fracción XVI viene a reforzar el campo de aplicación sanitario que anteriormente venía ejerciendo el Consejo Superior de Salubridad, comentados con detalle en los incisos 1.4. y 1.6. Entre la penúltima reforma hecha al Consejo y la Constitución en 1917, solo hay cambios en cuanto al personal, ya que en aquella y esta reforma, esencialmente se contienen los mismos derechos y obligaciones; asimismo, en la reforma de 1917 se toma en cuenta el cambio relativo a la creación del Departamento de Salubridad que actualmente queda representado por la Secretaría de Salud; otra novedad es la reglamentación para la creación de campañas contra el alcoholismo y de sustancias que envenenen al individuo y degeneran la raza, al respecto se dirá que en recientes años han sido motivo de diversos convenios suscritos entre el Ejecutivo Federal y las Entidades Federativas, los cuales serán objeto de estudio en el inciso 4.4. También encontramos materia sanitaria en el artículo 123 Constitucional que al igual que el citado artículo 73, tienen carácter social, ya que el 123 consagra la importancia de la salud y la seguridad de los trabajadores ya sea en el aspecto urbano o rural, además prohíbe las labores insalubres o peligrosas para las mujeres en general para los menores de 16 años, a unos y otros se les prohíbe el trabajo nocturno industrial, un día por lo menos de descanso para amamantar a los hijos, salario mínimo para satisfacer las necesidades normales de la vida del obrero, su educación y placeres honestos, considerándolo como jefe de familia; también prohíbe la

ilegalidad de contratos de trabajo que no se ajusten a las leyes por representar pérdidas de los derechos; regula la creación del patrimonio familiar; al considerar de utilidad social las sociedades cooperativas para construcción de casas baratas e higiénicas, etc. En este orden de ideas, el citado artículo 123, fija en cada fracción un derecho u obligación, para después derivar a los reglamentos aplicativos.

Es así como la Constitución de 1917, producto de la primera revolución social del siglo XX, agrega los derechos sociales a los individuales. Los derechos sociales conllevan la transformación de la naturaleza y fines del Estado, que adquiere la responsabilidad de poner las condiciones que permitan el cabal desenvolvimiento del hombre. Superando el Estado el papel anterior de abstención y asume en esta ocasión el de agente rector de la vida económica y social. Ya que el artículo 123 contiene bases fundamentales de uno de los ámbitos más relevantes de un sistema nacional de salud y la seguridad social de los trabajadores. En 1925 es reformado el citado artículo 123 y es el propio Congreso de la Unión quien expidió la reglamentación laboral.

La referencia breve de estas disposiciones nos da un panorama del progreso sanitario, considerando además que dentro de esta segunda etapa histórica surge también la necesidad de reformar la codificación sanitaria, por lo tanto comentaremos en el inciso siguiente la nueva codificación.

2.4. CUARTO CODIGO SANITARIO.

El nuevo Código Sanitario contiene reformas diversas, las cuales se analizan resumidamente:

La primer reforma , tiene como objetivo principal , el de guardar concordancia con las innovaciones en materia de Salubridad Pública consagradas en las cuatro reglas de la fracción XVI del artículo 73 Constitucional , dando a la autoridad Sanitaria Federal todas las facultades , atribuciones y amplitud de acción , guardando equilibrio jurídico con las referidas reglas constitucionales , a efecto de salvaguardar debidamente la Salubridad General de la República.

Asimismo , entre otras reformas , se hará referencia a la supresión que hizo la nueva Ley de Migración expedida por Decreto Presidencial , en la que todas las disposiciones relacionadas a la salubridad , figurarán en el Código de la materia , dando lugar a capítulos especiales en los que se reglamentó lo relacionado con el ramo de la migración.

En materia de Salubridad General de la República , se amplió el apartado referente a enfermedades transmisibles , como las venéreo - sifilíticas , dando con ello margen a reglamentar el ejercicio de la prostitución.

Otro cambio regulado en el nuevo Código, es el referido al ejercicio de la medicina, ya que dispuso que el Departamento de Salubridad Pública, se encargaría de registrar los títulos provenientes de los estados, de la U. N. A. M., de Instituciones Oficiales dependientes del Gobierno Federal o Instituciones Extranjeras, concediendo a la misma U. N. A. M. la intervención que en el ramo venía ejerciendo. También se considerará la regulación que se hizo bajo este mismo apartado, respecto a la expedición de certificados de defunción, ya que solamente serían válidos si llenaran requisitos oficiales de trámite; además estas reformas ya válidas para todo ciudadano mexicano, originan paralelamente ajustes o nueva reglamentación del artículo 4° Constitucional de los estados, territorios y en el propio Distrito Federal.

En el Código de referencia, también se aumentó en el renglón de productos medicinales, lo referente a cementerios, inhumaciones, traslación de cadáveres, medidas de alcoholismo, alimentos y bebidas, ingeniería sanitaria, higiene industrial, educación, propaganda higiénica, estadística médica, escuelas de salubridad o institutos de higiene.

Asimismo, fue objeto de ampliación de la higiene industrial, buscando con ello la seguridad del trabajo industrial que desarrolla el obrero, estando en concordancia con lo dispuesto por el artículo 123 Constitucional.

Además se reglamentó la intervención de la autoridad sanita-

ría federal en asuntos de servicio sanitario municipal, a fin de hacerlos eficaces.

Cabe señalar que las reformas mencionadas tienen la firme idea de coordinar tanto las disposiciones de la propia Constitución, así, como lo dispuesto por la Ley de Secretarías de 1917, definiendo y precisando las facultades del entonces denominado Departamento de Salubridad Pública y del Consejo de Salubridad General de la República, Instituciones contenidas en las citadas 4 reglas de la fracción XVI del artículo 73 Constitucional. Dicho Código es el punto de partida para la organización efectiva de servicios y sirvió para que más tarde se llegara a los contratos de coordinación entre el Departamento de Salubridad Pública y los gobiernos de los estados; quedando a su vez establecidos los servicios sanitarios, sostenidos por el gobierno de la República, bajo el rubro de Delegaciones Federales de Salubridad, las que a su vez tenían su estructura interna.

2.4.1. NUEVA LEY DE BENEFICENCIA PUBLICA (1927).

En este apartado consideremos determinados hechos que sufrió en su estructura interna, ya que el tema es muy amplio pero se hará solamente un pequeño comentario respecto a su organización y funcionamiento, se puede constatar en un acuerdo publicado bajo el rubro de la Secretaría de Gobernación, firmado el 16 de julio de 1924 y publicado el 20 de agosto del mismo año; localizamos otra publicación en el Diario Oficial de la Federación el 18 de

septiembre de 1926, en la que se regula nuevamente su organización y funcionamiento; también el 28 de agosto de 1926 se publica un Decreto por el cual se previene a los miembros de la Junta Directiva, así como a los empleados y agentes de la Lotería Nacional, tendrán el carácter de empleados federales. Cabe señalar que existen diversas fechas importantes para tal organismo pero están relacionadas con loterías, rifas, el ingreso de bienes inmuebles, o Decretos de Expropiación, o en otros casos, el retiro del servicio de alguno de éstos; también encontramos otra publicación de fecha 18 de octubre de 1943, en este Decreto se funciona la Secretaría de Asistencia Pública con el Departamento de Salubridad, generándose con ello la Secretaría de Salubridad y Asistencia, dicha publicación regula entre otras, un capítulo relativo a la Beneficencia Pública y además se adiciona la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado; hay otra publicación en la cual se exceptúan del pago de impuestos sobre herencias, legados y donaciones a las Beneficencias pública y privada; asimismo, del Código Civil, Título IV, Capítulo VII, artículos 1636 y 1637 publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1º de septiembre de 1932. Las referencias en cuestión involucran a otras materias, en este caso se buscó dar un breve comentario respecto de la Beneficencia Pública ya que como organismo de asistencia social poco a poco va incorporándose a la Salubridad Mexicana; sabemos que actualmente se encuentra abrogado este organismo, al publicarse la Ley General de Salud el 7 de febrero de 1984.

2.5. CONVENIOS DE COORDINACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS FEDERALES Y LOCALES.

En este período histórico para la Salubridad Mexicana se emprendieron diversas actividades importantes, unas de carácter social, como la protección a la infancia, pero manteniendo la continuidad de actividades sanitarias que regulaba el Código Sanitario de 1926, como las relacionadas con enfermedades venéreas y la campaña antituberculosa, se agrega, un trabajo de suma relevancia para la Salubridad Mexicana denominado: Organización Técnica de las Unidades Sanitarias Cooperativas, logrando un funcionamiento suficiente y con ello se estaba ya en la antesala de los Servicios Coordinados de Salubridad de 1932. Institución Sanitaria Mexicana que en ese momento contribuyó al progreso del país, más tarde como se habrá de señalar, estos servicios se amplían ya que incluyen la parte asistencial denominándose: Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia.

El programa denominado Organización Técnica de las Unidades Sanitarias Cooperativas, el 17 de mayo de 1929 tiene como fase de arranque el Puerto de Veracruz, donde con la cooperación del ayuntamiento, del propio gobierno del Estado y la Fundación Rockefeller se emprendieron trabajos relacionados con la salubridad de la localidad, también se instala otra unidad sanitaria cooperativa, semi-rural en Minatitlán; con este paso logrado, quedan enlazadas el triple aspecto de la salubridad: federal, estatal y municipal con lo cual se tiene como objetivo la higiene pública y la indivi

dual. Paso previo a las unidades sanitarias, lo constituye una circular girada a los gobernadores de los estados y territorios federales de fecha 11 de febrero de 1927, rubricada por el Dr. Bernardo J. Gastélum apoyado por el Ejecutivo de la nación, la cual señala como objetivo primordial dos reglas que se transcriben en seguida:

"1º.- Constituir en cada uno de los municipios de la entidad federativa cuyo gobierno se encuentra a su digno cargo con fondo de los municipios en donde los hubiere o gratuitamente en su caso una unidad sanitaria, formada por un jefe, una enfermera y un agente para los municipios cuya población no exceda de 10,000 habitantes, aumentando, proporcionalmente con el incremento de la población en los restantes, el número de enfermeras y de agentes.

2º.- Cooperar en esta actividad municipal, suministrando a cada una de las unidades sanitarias del Estado los siguientes elementos, en la medida de sus posibilidades económicas del mismo y de acuerdo con las cantidades destinadas para gastos de salubridad hasta esta fecha: Quinina, Petróleo, Harinas, Malteadas, Inyecciones de Neosalvarsán, Algodón y Tintura de Yodo." (12).

Asimismo, en la circular de referencia, se dan facilidades para que el personal de las unidades sanitarias, adquiera conoci-

(12) Ibid. T II. p. p. 306.

mientos en la Escuela de Salubridad de México, en caso de dificultad la propia escuela, atendería a través de información enviada por correo, además del apoyo que deberá dar la Delegación establecida en cada estado. También se prevee, que la Unidad Sanitaria, dependería directamente del Presidente Municipal. Por lo que se refiere a los sueldos que percibirían los empleados, se ajustarían a la capacidad económica del municipio y al costo de la vida de cada lugar.

Muestra interés el estado de Durango, ya que acepta el establecimiento de una unidad sanitaria cooperativa con sujeción a las bases acordadas por el Departamento de Salubridad Pública.

En 1932, se presentan en las citadas unidades sanitarias, problemas a resolver, como son el económico y la falta de organización técnico-administrativa para hacerlas eficientes. Se inician trabajos con el fin de encontrar la fórmula, para que sin disminuir las aportaciones económicas el Departamento, aumentara en forma proporcional los servicios, la cooperación de los Estados; al siguiente año, como ya se había venido instando a las autoridades estatales, se establecen las coordinaciones, siendo la primera de ellas, la de Guanajuato. Teniendo como plan de coordinación, la ventaja de unificación técnica de programas, para dar a los mismos un carácter nacional y ampliar recursos necesarios para aplicar los programas de salubridad permanentemente.

Al ir conociendo la evolución paulatina de las unidades sani

tarias cooperativas hasta la creación de los servicios sanitarios coordinados es conveniente señalar dos documentos importantes; el primero de ellos es, el informe que presenta el Dr. Manuel B. Márquez Escobedo, al finalizar el año de 1932, quien desempeñaba dos cargos a la vez, el de la Dirección de Salubridad del Estado de Guanajuato y el de la Delegación Sanitaria Federal del propio Estado, quien propone al Jefe del Departamento de Salubridad, la unificación de los Servicios Sanitarios en el Estado de Guanajuato, con el propósito de aprovechar en un solo presupuesto los modestos recursos que se destinaban por separado para la salubridad municipal, estatal, así como el de tener una sola doctrina y un solo programa de trabajo de actividades sanitarias en esa entidad federativa. A principios de 1933, después de haber sido estudiado y aprobado y con fines experimentales se da a conocer el proyecto bajo el nombre de Servicios Sanitarios Coordinados del Estado de Guanajuato, quedando el propio Dr. Márquez como Jefe de los primeros en funcionar en la República Mexicana. Cabe aclarar que la citada Coordinación se hizo de palabra, sin convenio escrito, ya que es hasta 1934 cuando se suscribió un documento donde se regulaban las obligaciones de las dos entidades contratantes (el Estado de Guanajuato y el Departamento de Salubridad ubicado en el Distrito Federal).

Una vez coordinadas las actividades sanitarias y por ende evitando la duplicidad de Servicios Sanitarios también se busca el beneficio de extender los servicios de la higiene pública de modo permanente a la población urbana y rural del estado; se hi-

cieron circunscripciones sanitarias, que en este estado fueron en número de 16, integradas por uno o varios municipios, además se tomó en cuenta las enfermedades dominantes de cada región, la población de cada localidad y el acceso de vías de comunicación, constituyéndose así centros de higiene en las circunscripciones. En el curso del 1° de julio de 1932 al 30 de julio de 1933, se firmaron los primeros Convenios de Coordinación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales con entidades federativas como son Guanajuato, Nuevo León, Querétaro, Oaxaca, Jalisco y Sonora; cabe señalar que la referida coordinación de estos Servicios Sanitarios se vio en la necesidad de establecer reglas jurídicas para delimitar el campo de acción de dichas actividades por lo que tuvo que regularse técnicamente y ello da pauta para que se estudie el inciso siguiente.

2.6. LEY DE COORDINACION Y COOPERACION DE SERVICIOS DE SALUBRIDAD.

Promulgada el 13 de agosto de 1934 y es publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de agosto del mismo año. A través de 22 artículos y 2 transitorios reguló convenios celebrados entre el Departamento de Salubridad Pública los gobiernos de los estados para que se crearan los Servicios Coordinados de Salud Pública, órganos regionales de competencia coordinada y concurrente, sumándose así los esfuerzos de los dos niveles de gobierno y con ello lograr la unificación técnica de los servicios. Este instrumento jurídico estuvo vigente aproximadamente cincuenta años, ya que rigió desde la fecha antes señalada, quedando abrogada por la

publicación de la Ley General de Salud el 7 de febrero de 1984.

2.7. QUINTO CODIGO SANITARIO, 31 DE AGOSTO DE 1934.

Siendo Presidente de la República Mexicana el General Abelar do R. Rodríguez, nombra como Jefe del Departamento de Salubridad al Dr. Manuel F. Madrazo. Se promulga el citado Código Sanitario, donde figuran las actividades que correspondan al Departamento de Salubridad conforme lo establece la ley de Secretarías, entre los artículos que destacamos están los siguientes: 462, referido a las Escuelas de Salubridad e Institutos de Higiene, este artículo se complementa con el artículo 643 en el que se regula la creación de comisiones que hagan estudios especiales sobre salubridad e h^ígiene, tanto en el extranjero como en diferentes partes del país y enumera requisitos a los que deberán ajustarse los solicitantes; entre otros esta el artículo 464 que se refiere a la facultad que tiene el Departamento de Salubridad de fundar institutos de h^ígig ne, para la investigación de problemas propios, y en especial de los padecimientos tropicales. Asimismo, este nuevo Código Sanitario de 1934 se relaciona con la cultura médica de la época y otros problemas que se buscó resolver por medio de programas contra el alcoholismo, hasta la capacidad jurídica o facultades extraordinarias que el Departamento de Salubridad Pública puede asumir en tiempos anormales, epidemias, catástrofes o alteraciones graves del orden. "En nuestro concepto, el hecho jurídico más importante incorporado en el presente Código Sanitario, esta en el Capítulo II, referido a la tesis de la unificación, coordinación y cooper^a

ción de los servicios sanitarios de la República. Dicho Capítulo consta de 19 artículos; en el artículo 26. Se declaran de interés público para la salubridad general de la República la unificación, coordinación, cooperación en materia de servicios sanitarios, en lo que pueda afectar a la Federación." (13).

Los subsecuentes artículos presentan las ideas de unidad, cooperación, coordinación de servicios médicos, preventivos primero y posteriormente asistenciales en algunos estados sentando con ello puntos de apoyo del derecho a la salud.

Con la base jurídica prevista en el citado Capítulo II, se legaliza la coordinación de Guanajuato y los estados anteriormente referidos.

Por último habrá de señalarse, que la ya citada Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad fue abrogada el 7 de febrero de 1984.

2.8. SE CREA LA SECRETARIA DE ASISTENCIA.

El Presidente de la República, General Lázaro Cárdenas, modifica la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando la Secretaría de Asistencia, nombrando como Secretario el Lic. Nicéforo Guerrero.

(13) Ibid. p. p. 367.

Cabe señalar que tal creación tuvo repercusión en el vigente Código Sanitario de 31 de agosto de 1934, y que será tema del próximo inciso. Pasados seis años en la cronología sanitaria y siendo Presidente de la Nación Manuel Avila Camacho, se expide el 15 de octubre de 1943 un Decreto por el cual se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia; tomando en cuenta la necesidad de organizar los servicios de asistencia pública y de protección sanitaria que constituyen un apoyo de defensa social del individuo, se hicieron reformas a los citados servicios y se fusiona en una Secretaría las funciones de la Asistencia Pública y del Departamento de Salubridad Pública; logrando con ello reducir gastos administrativos en beneficio de los servicios sanitarios. También se tomará en cuenta otras razones que determinaron la fusión del viejo departamento y de la reciente Secretaría, estudios realizados por varios años con técnicas de campo y de administración sanitaria y asistencial, dieron como resultado que si bien en algunos países es conveniente hacer la separación de actividades puramente sanitarias de las meramente asistenciales y con ello dar un mayor afinamiento en cada ramo, en México, en donde la necesidad de asistencia y de salubridad alcanzan altos índices, no representan ventaja alguna al seguir sosteniendo tal separación, ya en las observaciones diarias, muchas veces fue necesario aunar las actividades de salubridad con la de asistencia médica; citándose como ejemplo, mejorar la alimentación de quienes están mal nutridos, viene a ser una actividad típicamente asistencial, pero es, al mismo tiempo, una medida eficaz para quienes por ella son beneficiados, ya que se forman estados de resistencia contra agentes

de infección, teniendo esta actividad repercusión en el campo de la salubridad.

Con lo anteriormente citado queda clara la idea, de que unificando salubridad y asistencia se serviría mejor al pueblo, bajo la base de prevención y fomento a la salud.

2.9. SEXTO CODIGO SANITARIO.

El 31 de diciembre de 1949 se promulga el presente Código en la residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, siendo Presidente Constitucional, Miguel Alemán.

Este Código comprende lo siguiente:

Un Título Preliminar: Capítulo I, denominado, Naturaleza y Organización del Servicio Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, reglamentando la competencia de la acción Sanitaria Federal y la Local, asimismo, señala en los siguientes artículos, la forma de organización interna del Consejo de Salubridad General. De la Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República; la denominación del presente Capítulo esencialmente se refiere a la instrumentación de convenios que en nombre de la Federación, el Secretario de Salubridad y Asistencia puede efectuar con las entidades federativas, ayuntamientos, asociaciones públicas y privadas, sociedades nacionales o extranjeras y con los particulares, para la prestación de Servicios Sanitarios. De la Educación

Higiénica: dicho apartado tiene por objeto divulgar procedimientos y prácticas de higiene social e individual en materia de alimentación, habitación, saneamiento. Sección II, Instituciones de Higiene: El Consejo de Salubridad General esta a cargo de las autorizaciones correspondientes.

Libro I, de Sanidad Internacional, Capítulo I, disposiciones Generales: Se contempla administración de los Servicios de Sanidad Marítima, Aérea y Terrestre, Servicios Sanitarios de Migración, en puertos de altura en poblaciones fronterizas de tráfico y tránsito internacionales y en puertos aéreos.

El Libro II, regula lo siguiente: Profilaxis de las enfermedades, Sección Primera, Enfermedades Transmisibles: entre otras, cólera, disenterias, amibiana y bacilar, fiebre tifoidea y paratifoideas, brucelosis, salmonelosis, escarlatina, rubeola, sarampión, sarna, tos ferina, tuberculosis, varicela, viruela, dengue, fiebre amarilla, paludismo, rabia, tétanos, poliomiélitis y las demás que determine el Consejo de Salubridad General; también se delinea la obligación que tiene toda persona de dar aviso a las autoridades sanitarias de las enfermedades parcialmente descritas; prohibiciones para las personas afectadas; obligatoriedad de vacunas; requisitos para el transporte de enfermos, para establecimientos médicos. Así como tráfico fluvial, terrestre y aéreo: Las embarcaciones que transiten por las vías fluviales del país quedan sujetas a la vigilancia de autoridades federales quienes podrán hacer efectivas las disposiciones de Sanidad Marítima; son suje-

tos de vigilancia Sanitaria Federal, los ferrocarriles, omnibus, camiones, automóviles, carros y demás vehículos que transporten pasajeros o carga por la vía terrestre. También lo relativo a las enfermedades endémicas, la Secretaría determinará las regiones del país que tuvieran enfermedades transmisibles. Las medidas de sanidad con relación a cadáveres, Cementerios Inhumaciones y Exhumaciones: Para el establecimiento de un cementerio es requisito la solicitud previa a la Secretaría del ramo y la reglamentación que expida el Consejo de Salubridad General y a la inspección de la citada Secretaría; las autopsias se practicarán conforme al reglamento respectivo; las inhumaciones se harán transcurridas las 24 horas del fallecimiento, salvo excepciones; las exhumaciones de los restos que hayan cumplido el tiempo señalado para su permanencia en cementerios serán entregados a sus deudos de conformidad con lo establecido por el reglamento respectivo. La traslación de cadáveres: La entrada y salida de cadáveres humanos en la República se hará mediante permiso de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y con apego a lo establecido en el reglamento respectivo. Higiene Infantil: Prevención de enfermedades propias de la infancia mediante vacuna; divulgación de conocimientos científicos sobre alimentación e higiene del recién nacido; el Consejo de Salubridad General expedirá los reglamentos sobre higiene prenatal. Ingeniería Sanitaria: Obras, construcción de ciudades, colonias o terrenos destinados para dicho objeto, determinar la potabilidad de las aguas. Molestias y Peligros con relación al Vecindario: Desde el punto de vista de la Salubridad, los establecimientos y las actividades podrán estimarse inofensivos, molestos o peligrosos;

disposiciones de higiene con relación a las vías públicas; policía sanitaria; higiene sobre comestibles, bebidas y similares; policía sanitaria con relación a los animales, establos, rastros, etc., productos y agentes medicinales; estupefacientes; medidas contra el alcoholismo; ejercicio de ciencias médicas y actividades conexas; geografía y estadística médica; de las Escuelas de Salubridad e Institutos de Higiene, y Congresos Sanitarios.

Libro Tercero, Capítulo Unico, Acción Extraordinaria en Materia de Salubridad: El C. Presidente de la República, hará pública la declaración antes citada.

Libro Cuarto, Sanidad del Distrito y Territorios Federales y de las Zonas, Islas e Inmuebles sujetos al Dominio de la Federación.

Libro Quinto, Sanciones, Capítulo I, Reglas Generales, Faltas, Delitos y Sanciones.

Libro Sexto, del Procedimiento y transitorios.

Al Código citado en el presente inciso fue necesario hacerle fe de erratas, las cuales se publicaron en el Diario Oficial de la Federación el 11 de marzo de 1950; asimismo, el orden descriptivo se inicia con un apartado dedicado a cuestiones preliminares; cronológicamente comprende seis libros dentro de los cuales se delimita en los artículos respectivos un hecho generador. Llaman nue

tra atención el Libro Cuarto, en lo referente a "Territorios Federales", como se dijo anteriormente, por Diario Oficial de la Federación de fecha 8 de octubre de 1974 queda reformada la citada de nominación; cabe señalar que al estudiar el orden de los Libros, hasta el II, se utiliza numeración romana, al siguiente y hasta terminar se hace con letra (Libro Tercero, Cuarto, Quinto, etc). También notamos que el 1º de los transitorios otorga un período de 30 días para su observancia obligatoria, cuestión que varía se gún las políticas de cada sexenio.

2.10. PENULTIMO CODIGO SANITARIO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

El Diario Oficial de referencia, publica el Séptimo Código de la materia el cual fue estudiado y aprobado por la Cámara de Diputados quedando como Decreto del H. Congreso de la Unión, si en do firmado por el Presidente de la República, Don Adolfo Ruíz Co tines.

El Libro I, que a su vez comprende seis Capítulos: contiene disposiciones generales: el Consejo de Salubridad General, organi mo que depende directamente de la Presidencia de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, es competente para dictar disposiciones generales de aplicación obligatoria en to do el país. El Consejo de referencia cuenta con la siguiente orga nización, un Presidente, Secretario y cinco Vocales Titulares, to dos serán designados por el Presidente de la República, quien deberá nombrar para tales cargos a técnicos especializados en cual-

quiera de las ramas sanitarias; serán Vocales Auxiliares, únicamente con voto informativo, los titulares de Secretarías de Agricultura y Ganadería, Trabajo y Previsión Social, Comunicaciones y Obras Públicas, Marina, Departamento Agrario, Departamento del Distrito Federal y los de las organizaciones públicas o privadas que el propio Consejo determine; asimismo, describe un apartado dedicado a la Cooperación y Coordinación de Servicios Sanitarios en la República; lo relativo a la Educación Higiénica; Instituciones de Higiene, y a Sanidad en materia de Migración.

El Libro II, Profilaxis de las enfermedades. Sección Primera: Enfermedades Transmisibles; Sección Segunda: Enfermedades Endémicas; Sección Tercera: Medidas de Sanidad en relación con cadáveres; Higiene del Individuo; Ingeniería Sanitaria; Higiene del Trabajo; Higiene en relación a las vías públicas; Vigilancia Sanitaria; Comestibles, bebidas, tabacos y similares; Vigilancia Sanitaria con relación a los animales; Medicamentos; Perfumería y productos de belleza; Estupefacientes; Medidas contra el alcoholismo; Ejercicio de Medicina; Estadística y Geografía médica; Escuelas de Salubridad; Higienistas de Carrera e Institutos de Investigación.

Libro III, Capítulo Unico: Acción extraordinaria en materia de Salubridad.

Libro IV, Capítulo Unico: Legislación en materia de Salubridad para el Distrito, Territorios, Zonas, Islas e inmuebles federales.

Libro V. Sanciones y medidas de seguridad en particular, procedimientos y transitorios.

Breve comentario. El Código de referencia viene a ser el séptimo publicado, se elimina el apartado denominado "título preliminar" descrito por el anterior Código Sanitario (25-I-50), ya que el presente engloba dentro del Libro I, entre otras cuestiones, lo referente a disposiciones generales, la estructura orgánica del Consejo de Salubridad General, también la Coordinación de Servicios Sanitarios en la República, Educación Higiénica, Instituciones de Higiene, Sanidad en materia de Migración, etc. Asimismo, el Código de 25 de enero de 1950 describe seis Libros dentro de su texto; éste, solamente contempla cinco Libros con sus respectivas subdivisiones.

2.11. OCTAVO Y ULTIMO CODIGO SANITARIO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

Siendo Presidente de la República Mexicana el Lic. Luis Echeverría Álvarez, envía iniciativa del presente Código Sanitario, a la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión.

Antes de iniciar el análisis correspondiente, se presenta una pequeña introducción de la etapa que engloba el presente estudio, se trata, de la segunda etapa sanitaria, de acuerdo a la distribución del presente trabajo. En este período, se presentan grandes cambios sociales, económicos y porque no decirlo, políticos. En sí,

el crecimiento de la población ocasiona diversos problemas del medio ambiente, por separado se señala que el estado revolucionario determinó desde 1917 el derecho a la salud, asegurando que es lo más viable para la elevación de niveles de vida de la población, por lo que se estudian los cambios surgidos en el octavo y último Código Sanitario. La exposición de motivos del presente Código deja sentir diversas transformaciones en donde juega un papel importante la salud pública, situación que conlleva a una nueva legislación en la que se establezcan elementos para que el derecho a la salud se realice en todos los niveles de nuestra sociedad, a través de programas a corto, mediano y largo plazo; asimismo, esta nueva legislación genera nueva reglamentación en determinados casos, razón por la cual se modernizarán las disposiciones jurídicas que rigen en la materia, destacando que en ellas prevalece el interés colectivo sobre cualquier interés particular. Al sistematizar el derecho sanitario se obtienen ventajas, ya que se busca uniformar criterios, además de que las autoridades locales dejan de manifiesto su voluntad para una acción coordinada con la federación, según nos consta en incisos ya estudiados, esta unidad de criterios se da en materia sanitaria, asistencial y de seguridad social. Otra característica del presente Código la constituye la distribución del capitulado, ya que contiene quince títulos los que a su vez se subdividen según las necesidades del caso, en esta ocasión, se hará un breve bosquejo de los cambios que tomó en consideración el legislador; Título Primero, "De la Salubridad General y de las Autoridades Sanitarias", este apartado continúa sin cambio esencial, solamente se ajusta la redacción y enumeración.

Título Segundo, "De la promoción y mejoramiento de la salud", tal denominación viene a constituir parcialmente la innovación; ya que se reglamentan actividades de orientación y educación para la salud del mayor número de personas, con la cooperación de todos los sectores de la población, público, campesinos, trabajadores organizados, instituciones de investigación y docencia, así como el sector privado. Título Tercero, "Del Saneamiento del ambiente", la contaminación del medio es uno de los problemas cuya solución requiere una acción intensa permanente en donde se involucre a través de programas de prevención y control, en los que se incluya a toda la población, se desarrollan en este apartado, algunos temas nuevos, como lo relativo a radiaciones ionizantes, electromagnéticas e isótopos radiactivos. Título Cuarto, "De la higiene ocupacional", se busca a través de las disposiciones contenidas en este rubro, que el trabajo, sea cual fuere su forma jurídica de organización, sea objeto de medidas de investigación, orientación, estadística, vigilancia y control en materia de salud pública.

Título Quinto, "De la prevención y control de enfermedades y accidentes", se han incorporado algunas innovaciones, así en el aspecto técnico, se propone facultar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la elaboración de Normas Técnicas para la prevención y control de enfermedades y accidentes, en enfermedades transmisibles se establecen disposiciones que contengan medidas temporales o permanentes, en enfermedades nutricionales, del corazón, degenerativas, diabetes, enfermedades mentales, etc. Por lo que se refiere a accidentes, el incremento anual en nuestro país, hace

necesaria la instrumentación en el presente Código, a través de programas de prevención, orientación, coordinación de todos los sectores de la población, medidas administrativas y de policía para prevenir y sancionar las imprudencias.

Título Sexto, "De la rehabilitación de los inválidos". Se toma en consideración la necesidad de prevenir la invalidez y rehabilitar parcial o totalmente a quienes ya la padecen, quedando como principal promotor la propia Secretaría ya que se encargará de la creación de centros y servicios de rehabilitación, así como dictar normas técnicas para su prevención y tratamiento.

Título Séptimo, "Del ejercicio de las disciplinas y de la prestación de los servicios para la salud". En virtud de las necesidades imperantes, se instrumenta el dar oportunidades a un número mayor de técnicos y auxiliares, a fin de prestar estos servicios, dando apoyo al medio rural. Se incluyen ciertas atribuciones a la Secretaría de referencia, en el sentido de registrar los títulos de los profesionales en la salud, así como los certificados de especialización expedidos en esa materia, todo ello con fines de vigilancia en las citadas disciplinas de la salud.

Título Octavo, "Del adiestramiento y formación de personal para la salud".

Título Noveno, "De la investigación para la salud". Constituyen un tema a fin, en el que se reglamenta la forma de investiga-

ción clínica en seres humanos, ajustándose a principios científicos y éticos.

Título Décimo. "De la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos". se establece un marco legal para permitir los trasplantes de órganos y tejidos en seres humanos; se faculta a esta Secretaría para que dicte normas técnicas generales, para el control de la obtención, conservación, utilización y suministro de los mismos, con fines terapéuticos, de investigación y docentes.

Título Undécimo. "Del control de alimentos, bebidas no alcohólicas, tabaco, medicamentos, aparatos y equipos médicos, productos de perfumería, belleza y aseo, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, plaguicidas y fertilizantes". La importancia que el derecho sanitario ha tenido en la vigilancia y control de alimentos, bebidas y medicamentos ha dado origen al título descrito, fijando bases en materia de propaganda y publicidad de los productos antes referidos, con el fin de evitar engaños al público sobre la calidad, origen, pureza, conservación y propiedades de empleo de los productos o que se induzca a prácticas que puedan dañar a la salud. Se dan bases jurídicas para que la Secretaría del ramo lleve a efecto campañas contra el alcoholismo. Tocante al tabaco, se busca llamar la atención sobre la práctica nefasta del mismo, instaurándose en los envases una leyenda "este producto puede ser nocivo para la salud". Son también motivo de reglamentación sanitaria el proceso y uso de los productos de aseo que puedan da

ñar la salud del hombre y en general del medio ambiente. El uso de estupefacientes en el ejercicio de la medicina, requiere de un estricto control. Substancias vegetales que deben reputarse como estupefacientes, están controladas en todo acto relacionado con el proceso y tráfico. Con la restricción hacia los profesionistas, en el sentido de tener título registrado en la Secretaría del ramo, y restricciones para el despacho en farmacias. El uso de plaguicidas, requiere un control en actividades agrícolas, promoviendo un uso controlado de los mismo y evitar con ello problemas de salud pública (de agua y del suelo).

Título Duodécimo, "De la sanidad internacional". La práctica de estos servicios, continúa esencialmente sin cambios, se encuentran incorporados convenios o tratados suscritos por México.

Título Decimotercero, "De las estadísticas y de la geografía". La programación en materia de salud requiere la elaboración de estadísticas correctas y actualizadas, con ello se establecen reglas que guarden concordancia con la Ley Federal de Estadística y en colaboración con la Secretaría de Industria y Comercio, a fin de que la autoridad de la materia, obtenga mayores datos para la protección de la salud.

Título Decimocuarto, "De las autorizaciones y registros". Las autorizaciones pueden derivarse en licencias, permisos o tarjetas de control sanitario, regula además, el registro de establecimientos, fuentes emisoras de contaminantes, servicios, productos, ha-

ciéndose referencia a los casos de omisión, y la cancelación de los registros y autorizaciones.

Título Decimoquinto, "De la inspección medidas de seguridad, sanciones y sus procedimientos administrativos", las normas que rigen para este apartado son resultado de experiencia acumulada, que va desde la inspección hasta la resolución del recurso interpuesto o de la prescripción en su caso.

Una vez estudiados los diversos puntos descritos en el Capítulo Segundo, se pueden aquilatar detalles, como son: El papel de terminante de los higienistas, llegado el movimiento de 1910, y después cuando se consolida la paz, que es el de establecer como factor principal la salud de la población, que es la mayor de las riquezas nacionales; asimismo, que el nuevo estado mexicano tuvo que anular jurídicamente las antiguas instituciones; no obstante el gran avance quedan antagonismos dentro de la población mexicana, entre partidarios de la Independencia de México y los monárquicos españoles, se mantiene la jerarquización social en la República y los de extracción humilde toman la espada y luchan por convertirse en caudillos con la finalidad de ser vistos como sujetos imprescindibles dentro de la sociedad y con derechos suficientes para su mejor desarrollo político, social y económico. Invocando el derecho se toman acuerdos, por los que encabezan el movimiento revolucionario, prueba de ello es el Plan de San Luis Potosí, proclamado el 5 de octubre de 1910, por Don Francisco I. Madero, plasándose en el histórico documento las razones de la revolución y

procedimientos a seguir. No menos importante es el renglón sanitario ya que México contrae compromisos frente a Organismos Internacionales al adherirse a Convenciones Sanitarias o al suscribir acuerdos en donde presenta Programas Federales o Estatales sobre Higiene. Además, se aprecia la abundancia de acciones de salud desarticuladas, lo que revela la ausencia de una concepción coherente en torno a un Sistema Nacional de Salud; varios servicios de salud que se prestan a población de escasos recursos y a los trabajadores, funcionan en forma separada, sin tener como cabeza de sector a la Secretaría de Salud. Las incipientes acciones de coordinación logran algunos de los objetivos planteados; sin embargo, persiste la ineficaz centralización de los servicios de salud.

CAPITULO TERCERO.

TERCERA ETAPA:

DIRECTRICES BASICAS DEL NUEVO DERECHO A LA SALUD.

Después de haber hecho un breve análisis de los acontecimientos políticos y sanitarios en los Capítulos anteriores, en la década de los ochentas se busca entre otros objetivos, sistematizar los servicios de salud, así como ampliar la cobertura de los mismos involucrando a la población en su conjunto.

Es básico instrumentar la etapa en que se encuentra el derecho sanitario y con esa finalidad se publica el siguiente documento.

3.1. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO.

Siendo Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Miguel De la Madrid Hurtado, emite el referido Plan Nacional de Desarrollo 1983-1989, el cual contiene directrices básicas para la vigente Tercera Etapa de los Servicios de Salud que son sistematizados y desenvueltos por el Programa Nacional de Salud.

Entre los objetivos principales están, el de lograr cambios en el país para acceder a una sociedad igualitaria, igualdad en la economía, igualdad social e igualdad ante la justicia. Para consolidar una sociedad igualitaria destaca la promoción decidida de las satisfacciones de las necesidades de alimentación, salud,

educación y vivienda. En materia de salud persisten grandes necesidades, ya que existe un número importante de mexicanos sin acceso a los servicios de salud; con el propósito de llegar a una sociedad más igualitaria, se introdujo como garantía para todos los mexicanos, el derecho a la protección de la salud, siendo responsabilidad que comparten el estado y la sociedad. Esta garantía social permite sentar bases para el desarrollo y consolidación del Sistema Nacional de Salud. Generando con ello la modificación y expedición de disposiciones jurídicas, dando así modernidad en la Legislación sanitaria, ejemplo de ello, es la propia Ley General de Salud (D. O. 1° de julio de 1984), la cual a su vez sirve de marco normativo al Programa Nacional de Salud, bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Existen reformas al citado Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, ya que el 31 de mayo de 1989 se publica oficialmente el Decreto que aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994.

3.2. PROGRAMA NACIONAL DE SALUD.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia (actualmente de Salud), en su carácter de coordinadora del Sector Salud, formuló el Programa Nacional de Salud 1984-1988, con la participación de las entidades públicas coordinadas orgánicamente, así como los sectores social y privado. Incorporando los propósitos que en la materia establece el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y se orienta al cumplimiento de las finalidades que contempla el derecho a la protección de la salud. Busca armonizar los dos criterios que

rigen: la función coordinadora que corresponde a esta Dependencia y la autonomía que poseen las entidades paraestatales que conforman el Sector Salud.

El citado Programa esta formado por cuatro partes fundamentales a decir:

- Diagnóstico general:
 - Objetivos
 - Metas
 - Estrategias generales.

- Programas de acción
 - Lineamientos programáticos

- Proyectos y estrategias.

- Vertientes de instrumentación.

El diagnóstico general comprende una revisión del estado actual de la salud de los mexicanos, antecedentes institucionales y legislativos, así como problemas que enfrentan los servicios de salud en las áreas de atención médica, salud pública y asistencia social.

En el segundo punto se definen los objetivos, las metas y las estrategias generales, teniendo como factor dominante la orienta-

ción de acciones de la administración pública. Asimismo se planean cinco estrategias que involucran los programas de acción y los proyectos estratégicos y que son las mismas que harán posible la consolidación de un Sistema Nacional de Salud, dichas estrategias se denominan de la siguiente forma: Sectorización, modernización administrativa; descentralización; coordinación intersectorial, y participación de la comunidad.

En la tercera parte se identifican trece programas de acción, agrupados en torno a los seis objetivos generales, y cuatro programas de apoyo. Con esos programas se cubren las materias de salubridad general que previene la Ley General de Salud en el artículo 3°.

A continuación se presentan los seis objetivos generales:

- Proporcionar atención médica a toda la población y mejorar su calidad básica.
- Abatir la incidencia de las enfermedades transmisibles y limitar las no transmisibles y los accidentes, otorgando prioridad a las acciones de carácter preventivo y a través de acción de detección oportuna de enfermedades.
- Promover la salud de la población, disminuyendo la incidencia de los factores que la ponen en peligro y fomentando el autocuidado de la salud.

- Coadyuvar al mejoramiento de las condiciones sanitarias y del medio ambiente.

- Apoyar la disminución de los niveles de fecundación, con pleno respeto a la decisión y dignidad de las parejas.

- Contribuir al bienestar de la población por medio de la asistencia social a los grupos más vulnerables a fin de incorporarlos a una vida más equilibrada en lo económico y lo social, y propiciar el desarrollo de la familia y la comunidad y su integración social.

Asimismo, estos seis objetivos se subdividen en programas que cada uno de ellos debe cumplir, para no salirnos del tema tratado, solamente anotamos el contenido de cada objetivo .

Los proyectos estratégicos se ubican en tres campos definidos por la Ley General de Salud (atención médica, salud pública y asistencia social), cuya realización permitirá el mejoramiento del nivel de salud de la población, particularmente con áreas rurales y urbanas rezagadas, tender a una cobertura nacional de los servicios de salud.

Mediante el uso de vertientes se busca que el programa federal, llegue a ser un instrumento de la sociedad en su conjunto.

3.3. ADICIONES Y REFORMAS AL ARTICULO 4° CONSTITUCIONAL.

Entre las primeras acciones que tomó la administración del Presidente Miguel De la Madrid Hurtado, destaca la Iniciativa de Adiciones y Reformas al artículo 4° de la Constitución, las cuales al ser aprobadas se publicaron en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983.

Esas enmiendas consagran el derecho a la protección de la sa lud como una garantía social, y señalan que una Ley establecería las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud y distribuiría la concurrencia en materia de salubridad general entre la federación y las entidades federativas. Dicha Reforma y Adición en su tercer párrafo quedó de la siguiente forma:

"ARTICULO 4°.- 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"...

Este nuevo precepto constitucional que consagra como garantía social el derecho de todos los mexicanos a la protección de la salud, consigna tres vertientes dentro de su contenido, las cuales señalan lo siguiente:

1a.- Es universal en cuanto a su cobertura, puesto que se otorga a todo mexicano sin distinción alguna y no está determinada en función de ningún criterio que la haga limitativa, logrando ser una de las expresiones más puras y revolucionarias de la justicia social mexicana.

2a.- La parte central de la garantía consiste en el acceso a los servicios de salud, para lo cual una Ley se encargará de establecer las bases y modalidades de dicha acción.

3a.- Se establece el carácter concurrente de la materia de Salubridad General, es decir, que la Federación y los Estados aplicarán, en función de una descentralización y fortalecimiento del pacto federal. Con ello, se establece una verdadera "Delegación Constituyente", puesto que se deja a la misma Ley de distribución de competencias, en lugar de que se haga a la luz del artículo 124 de la propia Constitución, que señala que lo no expresamente concedido a la Federación, queda atribuido a las Entidades Federativas.

3.4. LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL, REFORMA A LOS ARTICULOS 26 Y 39.

El Lic. Miguel De la Madrid Hurtado, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, mandó publicar el Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

ARTICULO PRIMERO: Se reforma el Artículo 26 de la Ley Orgánica de Administración Pública Federal, para quedar como sigue:

"ARTICULO 26.- Para el estudio planeación y despacho de los negocios del orden administrativo, el Poder Ejecutivo de la Unión, contara con las siguientes dependencias:

SECRETARIA DE SALUD.

ARTICULO SEGUNDO.- Se reforma y adiciona el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en los siguientes términos:

"ARTICULO 39.- A la Secretaría de Salud corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

I y II.- ...

III.- Aplicar a la Asistencia Pública los fondos que le proporcionen la Lotería Nacional y los Pronósticos para la Asistencia Pública; y administrar el patrimonio de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, en los términos de las disposiciones legales aplicables, a fin de apoyar los programas de servicios de salud;

IV y V.- ...

VI.- Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y de terminará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes;

VII.- Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud;

VIII.- Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento;

IX a XX.- ...

XXI.- Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo.

Los cambios sufridos en la Constitución Política y la Legis-

lación reglamentaria hacen necesario que concluya la etapa administrativa y legal, iniciada en 1943, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para modificar su denominación y conciliar competencias que a esta Dependencia le otorga la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, de Secretaría de Salubridad y Asistencia por la de Secretaría de Salud y adecuar el mencionado artículo 39 a las atribuciones que la nueva Ley General de Salud reglamenta.

3.5. CONVENIO UNICO DE DESARROLLO.

Hasta este momento se distinguen dos vías que el Ejecutivo Federal ha utilizado, para llevar a cabo la descentralización, y que son los Convenios Unicos de Desarrollo (CUD) y la adición al artículo 4° Constitucional.

Es precisamente en la materia sanitaria en que se ha dado el único caso de descentralización por vía constitucional, mediante la adición del párrafo Tercero del Artículo 4° Constitucional en donde se establece el carácter concurrente de esa materia. "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud".

La Ley General de Salud define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de Salubridad General, conforme dispone la fracción XVI del artículo 73 Constitucional.

La otra vía de la descentralización la constituyen los Convenios de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y los Gobernadores de los Estados.

Los estados estarán facultados a su vez para celebrar esos convenios con sus municipios, a efecto de que éstos asuman la prestación de los servicios o atención de las funciones públicas.

La citada fracción XVI del artículo 73 proporcionará la base constitucional al artículo 22 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y a un buen número de ordenamientos secundarios que instituyan los convenios en materia sanitaria entre otros.

A partir del Convenio Unico de Coordinación -Hoy transformado en Convenio Unico de Desarrollo-, instituido el 6 de diciembre de 1976 la vía convencional se consolidó como el instrumento idóneo para dar impulso a la descentralización en corto plazo.

Posteriormente se publica un acuerdo, en el Diario Oficial de la Federación bajo el rubro de el Convenio Unico de Desarrollo, el día 5 de julio de 1982, con dicho instrumento se busca consolidar la integración del proceso permanente, programado y participativo de reforma administrativa, es así como la instrumentación del proceso de planeación en el campo de las relaciones entre la Federación y las Entidades Federativas, resulta necesario actualizar las diversas disposiciones que sirven de base a dichos procesos.

Que a fin de dar origen y congruencia a las acciones de desarrollo económico y social que el Ejecutivo Federal convenga con los Ejecutivos Estatales, es preciso que éstas se realicen por un solo conducto de concertación, y que para lograr este objetivo, el Ejecutivo Federal debe establecer en el ámbito federal, las bases generales de esta concertación con los Ejecutivos Estatales.

Este documento contiene en su numeral trece cláusulas bajo las cuales deberán actuar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Una vez estudiados los puntos que contiene el Capítulo Tercero, se aprecia una panorámica con diversos puntos de partida y se valora el contenido en los puntos tratados que son: La planeación del derecho a la salud y el cambio de denominación de la Secretaría, que asume la función de autoridad de la materia. La planeación sienta precedente con el Plan Nacional de Desarrollo, el cual contempla un Capítulo completo al respecto. Dentro de su contexto fue formulado el Programa Nacional de Salud 1984-1988, que señala los lineamientos para el logro de las metas fundamentales de la salud e incluye ya las 5 estrategias instrumentales, para consolidar el Sistema Nacional de Salud, a saber: la sectorización, la descentralización, la modernización, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.

Respecto de la estrategia de sectorización, se ha definido que lo integren programas y funciones de salud del Instituto Mexi

cano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y del Departamento del Distrito Federal; quedando como coordinadora, la propia Secretaría de Salud.

El sector comprende dos subsectores: 1.- El de los Institutos Nacionales de Salud: Cardiología, Nutrición, Cancerología, Neurología y Neurocirugía, Psiquiatría, Pediatría, Perinatología, Enfermedades Respiratorias y Hospital Infantil de México, contándose con una Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud. 2.- El subsector, el de la Asistencia Social, será coordinado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Ahí se incluyen el Instituto Nacional de la Senectud y los Centros de Integración Juvenil. El DIF es un organismo público descentralizado con patrimonio y personalidad propias que cuenta con su Ley Orgánica que lo regula, denominada Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, publicada en el Diario Oficial de Federación el 9 de enero de 1986, que abroga el Decreto del 21 de diciembre de 1982

Asimismo, otra característica propia del presente Capítulo: Es la instrumentación ejecutiva de la estrategia de descentralización: El Presidente de la República expidió el 30 de agosto de 1983 un Decreto por el que establece las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia. El 18 de junio de 1984, se publicó en el Diario Oficial de la Federación otro Decreto por el

que las dependencias y entidades deben proceder a elaborar un Programa de Descentralización Administrativa que asegure el avance de dicho proceso. El 8 de marzo de 1984 el Ejecutivo Federal publica un tercer Decreto, por el cual se descentralizan a los Gobiernos Estatales los servicios de salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ahora de Salud y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por participación comunitaria IMSS-COPLAMAR proporciona el IMSS, el cual fue complementado con un posterior Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 24 de junio de 1985, por el que se crea el Programa de Decentralización de los Servicios de Salud para Población Abierta IMSS-COPLAMAR.

El objetivo principal de la Descentralización, es el de revertir el proceso centralizador, mediante una adecuada redistribución de competencias entre los tres niveles de gobierno y la integración programática de sistemas estatales de salud. Por último y en el orden planteado dentro del Capítulo Tercero, el Ejecutivo Federal, ha celebrado con las Entidades Federativas, el Convenio Unico de Desarrollo, que sirve de marco a distintas acciones de la Secretaría de Salud respecto de la Descentralización.

CAPITULO CUARTO.

LA SALUD Y LA VERTIENTE DE COORDINACION.

4.1. VERTIENTES DE COORDINACION:

La vertiente de coordinación ha sido definida por el Sistema Nacional de Planeación y por la Ley de Planeación que enmarca a éste, como una fórmula respetuosa de la soberanía de los estados que pretende la armonización de orientaciones para el desarrollo a través de planes, programas y acciones: La coordinación de acciones se da dentro del esquema renovado de competencias, establecido por la Ley General de Salud.

Conforme a dicho ordenamiento corresponde al Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud, 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 de salubridad general: la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y establecimientos correspondientes a servicios públicos a la población en general, servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraen, y otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria; la coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios 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; el programa contra la farmacodependencia; control sanitario de productos y servicios y

de su importación y exportación; 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; el control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en los dos puntos anteriores; el control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley; el control sanitario de las disposiciones de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos; y la sanidad internacional.

La Secretaría de Salud procurará celebrar acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, para que participen en la prestación de esos servicios y en el ejercicio de esas facultades.

Para las materias de salubridad general, la Secretaría de Salud debe desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas, cuando éstas lo soliciten, y de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren al efecto.

Las bases y modalidades del ejercicio coordinado de las atribuciones de la federación y de las entidades federativas en la prestación de servicios de salubridad general, se establecen también en los acuerdos de coordinación que suscriben la Secretaría de Salud y las dependencias y entidades del sector con los gobier

nos de las entidades federativas, en el marco del Convenio Unico de Desarrollo (CUD).

La Ley General de Salud establece la competencia de la Federación y de los gobiernos de las entidades federativas conforme a un criterio descentralizador. Dichas competencias hacen recaer la coordinación del Sistema Nacional de Salud en la Secretaría de Salud.

En el marco de estos sistemas los gobiernos formularán y desarrollarán programas locales de salud, manteniendo una línea de coordinación con las dependencias del sector, de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.

En este sentido el Convenio Unico de Desarrollo contiene el compromiso de los ejecutivos federal y estatal de reforzar la coordinación en el ejercicio concurrente de sus atribuciones en materia de salubridad general.

4.2. VERTIENTES DE CONCERTACION.

En el esquema constitucional de economía mixta y de planeación democrática la concertación de acciones con los sectores social y privado constituye una de las vertientes de instrumentación del Plan Nacional de Desarrollo.

Ante la complejidad de factores que limitan y condicionan los

niveles de salud de la población, se requiere la participación activa de todos los sectores sociales, tales como, sindicatos, organizaciones campesinas, agrupaciones empresariales, universidades, institutos, centros o colegios de investigación y educación, organizaciones de profesionales y populares representativas y particulares interesados.

La concertación se instrumenta a través de convenios libremente celebrados entre las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y los particulares -personas físicas o morales- bajo el sistema de economía mixta.

En su artículo 26, la Constitución Política explica el alcance y necesidad de esta vertiente de instrumentación, al definir que: "...La planeación será democrática, mediante la participación de los diversos sectores sociales, recogerá las atribuciones y demandas de la sociedad para incorporarlas al Plan y los Programas de Desarrollo..."

Es conveniente mencionar que la Ley de Planeación y la Ley General de Salud constituyen el marco legal de esta vertiente.

La Ley General de Salud alude la participación de los sectores público, social y privado, e indica que, a través de convenios y contratos, se formalizará la concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y los sectores privado y social para que éstos contribuyan al logro de los objetivos y metas del Programa Na

cional de Salud.

El conjunto de acciones de concertación deriva de las líneas estratégicas de acción de este Programa Nacional de Salud. Se deglosan por programas, aquellas que serán objeto de concertación con los sectores social y privado. Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los siguientes servicios de salubridad general: la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; la atención materno-infantil; la planificación familiar; la salud mental; la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud; la promoción de la formación de recursos humanos para la salud; la coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos; la información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud; la educación para la salud; la orientación y vigilancia en materia de nutrición; la prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre, la salud ocupacional; la prevención y el control de enfermedades transmisibles; la prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes; la prevención de la invalidez.

4.3. INSTRUMENTOS DE POLITICA ECONOMICA Y SOCIAL.

A través del manejo de los instrumentos de política-económi-

ca y social se complementan las vertientes de obligatoriedad, coordinación y concertación. Dicho manejo se define como la utilización de una amplia variedad de instrumentos o mecanismos al alcance del Estado, que le permiten incidir en los patrones de comportamiento de la población, con el objeto de estimular a las personas físicas y morales de los sectores social y privado hacia el cambio de actitudes en beneficio de la salud, tanto de los individuos como de la comunidad.

Esta vertiente de instrumentación requiere de una valoración detenida de las condiciones socioeconómicas y culturales propias de cada contexto específico a donde se dirige, ya que por sí sola no garantiza el cambio, sino que depende de la adición de dos elementos fundamentales: la formación de una conciencia sanitaria y, la disponibilidad real de los recursos mínimos necesarios para tal efecto.

Al igual que en la vertiente de concertación, la de inducción halla su fundamento en el Artículo 26 Constitucional. Como consecuencia, la Ley de Planeación señala en su Capítulo VI que la inducción deberá ser congruente con los objetivos y prioridades del Plan Nacional de Desarrollo y de los programas sectoriales y que es fundamentalmente una fórmula para lograr la adhesión y conjunción de los esfuerzos de los particulares con los del Estado, con base en la comprensión de los problemas sociales.

Asimismo, la Ley General de Salud, contempla esta vertiente.

como un mecanismo para consolidar el más alto nivel de bienestar general, ligado estrechamente a problemas educacionales, autocuidado de la salud, enfermedades transmisibles, planificación familiar, educación para la salud y cuidado del ambiente.

Por otra parte, el manejo de instrumentos se inscribe como pieza fundamental para propiciar una participación activa en la autogestión de la salud. En el Sistema Nacional de Salud esta ver tiente ensambla la instrumentación con una amplia gama de medios y recursos; desde la utilización de los medios de comunicación so cial hasta la relación directa con los particulares. No se concre ta a un solo aspecto de la salubridad general, sino que es vehícu lo, tanto de la atención médica como de la salud pública y la asig nancia social. Su propósito se centra en el manejo de todos estos instrumentos y su impacto en las decisiones de los particulares para el cumplimiento de los objetivos establecidos en la planeación.

De igual manera para la concertación, los actores de la induc ción son múltiples: sindicatos, asociaciones campesinas y empresariales, universidades, institutos, centros o colegios de investigación y educación superior, agrupaciones de profesionales, y a to das las organizaciones populares representativas, así como hacia las personas físicas.

4.4. RELACION DE ACUERDOS DE COORDINACION CELEBRADOS ENTRE LA S. S. A. Y LOS GOBIERNOS DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS.

Teniendo como referencia los anteriores instrumentos, la Secretaría de Salud ha firmado Acuerdos de Coordinación para la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud. Los doce estados que hasta 1987 habían sido integralmente descentralizados son: Baja California Sur, Colima, Guajuato, Jalisco, Estado de México, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Sinaloa, Tabasco y Tlaxcala.

Cumplimentando a estos Acuerdos, se han firmado otros diversos que prestan soporte a toda esta instrumentación, los cuales se refieren a: Alcoholismo, Farmacodependencia, Tabaquismo, Cuotas de Recuperación, Integración Orgánica, Transferencia de Unidades Médicas, etc.

A continuación se presenta un resumen de las entidades que firmaron los Acuerdos mencionados, la mayoría de los cuales fueron publicados en el Diario Oficial de la Federación:

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de las Secretarías de P. P., SECOGEF y la SSA y el Ejecutivo de... para apoyar el programa contra el Alcoholismo.

Aguascalientes	D. O. F.	25-III-87
Baja California	D. O. F.	20-VIII-86
Colima	D. O. F.	2-IV-87
Chiapas	D. O. F.	9-IX-86
Chihuahua	D. O. F.	31-III-87

Michoacán	D. O. F.	6-III-87
Morelos	D. O. F.	24-IV-87
Nayarit	D. O. F.	2-IV-87
Oaxaca	D. O. F.	2-III-87
San Luis Potosí	D. O. F.	18-IX-86
Sinaloa	D. O. F.	31-III-87

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de las Secretarías de P. P., SECOGEF y la S. S. A. y el Ejecutivo del Estado de... para apoyar el programa contra la Farmacodependencia.

Aguascalientes	D. O. F.	31-III-87
Baja California	D. O. F.	20-VIII-86
Colima	D. O. F.	2-IV-87
Chiapas	D. O. F.	20-VIII-86
Chihuahua	D. O. F.	31-III-87
Michoacán	D. O. F.	5-III-87
Nayarit	D. O. F.	3-IV-87
Oaxaca	D. O. F.	5-III-87
San Luis Potosí	D. O. F.	19-IX-86
Sinaloa	D. O. F.	31-III-87

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de las Secretarías de P. P., SECOGEF y la S. S. A. y el Ejecutivo del Estado de... para apoyar el programa contra el Tabaquismo.

Aguascalientes	D. O. F.	25-III-87
Colima	D. O. F.	1°-IV-87
Chihuahua	D. O. F.	31-III-87
Durango	D. O. F.	25-XI-86
Michoacán	D. O. F.	6-III-87
Morelos	D. O. F.	24-IV-87
Nayarit	D. O. F.	2-IV-87
Oaxaca	D. O. F.	4-III-87
Quintana Roo	D. O. F.	15-XII-86
San Luis Potosí	D. O. F.	18-XI-86
Sinaloa	D. O. F.	31-III-87
Tabasco	D. O. F.	3-XII-86
Zacatecas	D. O. F.	2-IV-87

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de las Secretarías de P. P., SECOGEF y la S. S. A. y el Ejecutivo del Estado de...con el propósito de establecer las Cuotas de Recuperación.

Aguascalientes	19-X-87
Baja California Sur	29-IV-87
Jalisco	29-IV-87
Querétaro	17-IV-87
Tabasco	9-IV-87
Tlaxcala	27-IV-87

Estos Acuerdos solamente fueron firmados y registrados en la

Dirección General de Asuntos Jurídicos e Internacionales de la Secretaría de Salud, ya que oficialmente no se publicaron.

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de las Secretarías de P. P., SECOGEF y la S. S. A. y el Ejecutivo del Estado de...con el propósito de establecer la Integración Orgánica y la Descentralización Operativa de los Servicios de Salud.

Baja California Sur	D. O. F.	4-XII-85
Guerrero	D. O. F.	18-XI-85
Jalisco	D. O. F.	1º-XII-86
Morelos	D. O. F.	15-IX-86
Nuevo León	D. O. F.	11-XII-85
Oaxaca	D. O. F.	5-III-85
Sonora	D. O. F.	1º-XII-86
Tabasco	D. O. F.	1º-XII-86
Tlaxcala	D. O. F.	24-VI-85

Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de las Secretarías de P. P., SECOGEF y la S. S. A. y el Ejecutivo del Estado de...con el propósito de transferir la Realización de Obras Públicas de Unidades Médicas en la Entidad (estos Acuerdos solo se registraron en la Dirección General de Asuntos Jurídicos e Internacionales de S. S. A., sin haberse publicado oficialmente).

Aguascalientes	23-XI-84
Baja California	23-XI-84
Baja California Sur	23-XI-84
Campeche	23-XI-84
Coahuila	23-XI-84
Colima	23-XI-84
Chiapas	23-XI-84
Chihuahua	23-XI-84
Durango	23-VII-86
Guanajuato	15-VI-84
Guerrero	15-VI-84
Hidalgo	15-VI-84
Jalisco	23-XI-84
México	3-IX-84
Michoacán	9-X-84
Morelos	23-VII-86
Nayarit	23-XI-84
Nuevo León	23-XI-84
Oaxaca	23-XI-84
Puebla	28-X-86
Querétaro	23-XI-84
Quintana Roo	23-XI-84
San Luis Potosí	23-XI-84
Sinaloa	23-XI-84
Sonora	23-XI-84
Tabasco	23-XI-84
Tamaulipas	23-XI-84

Tlaxcala	15-VII-84
Veracruz	27-V-85
Yucatán	23-XI-84
Zacatecas	23-XI-84

MODELO DE ACUERDO DE COORDINACION QUE CELEBRAN EL EJECUTIVO FEDERAL A TRAVES DE LA SECRETARIA DE SALUD EN LO SUCESIVO "LA SSA" Y EL EJECUTIVO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE

EN ADELANTE "EL GOBIERNO DEL ESTADO", PARA APOYAR EL PROGRAMA CONTRA EL TABAQUISMO, AL TENOR DE LOS ANTECEDENTES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

A N T E C E D E N T E S .

1.- El 3 de febrero de 1983, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la adición al Artículo 4º Constitucional, en cuyo párrafo tercero se dispuso que "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".

2.- El 1º de julio de 1984, entró en vigor la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del mencionado Artículo 4º Constitucional, que previene las bases y modalidades para el

acceso a los servicios de salud, además de elevar a la máxima jerarquía jurídica el derecho social a la protección de la salud, y define la competencia del Gobierno Federal y de las Entidades Federativas, en materia de Salubridad General.

3.- El Programa Nacional de Salud 1984-1988 establece como lineamientos programáticos, la realización de acciones dirigidas a prevenir el tabaquismo, así como el tratamiento de padecimientos originados por el tabaquismo.

4.- El Programa contra el tabaquismo integrante del Programa Nacional de Salud incluye acciones que requieren de la coordinación interinstitucional del Sector Salud y de la participación de otras instancias gubernamentales, así como de acciones coordinadas con los Gobiernos de los Estados y con los Municipios.

5.- La Ley General de Salud dispone que la Secretaría de Salud elaborará un Programa contra el tabaquismo, el cual promoverá y lo ejecutará en coordinación con dependencias y entidades del Sector Salud y con los Gobiernos de las Entidades Federativas.

6.- El Consejo Nacional contra las Adicciones, creado por Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación del 8 de julio de 1986, es el organismo encargado de coordinar y concertar con los sectores público, social y privado las acciones del Programa contra el tabaquismo, promoviéndolo y evaluándolo, a fin de prevenir y combatir los problemas de salud pública causados

por esta adicción.

Con base en los antecedentes mencionados y con fundamento en los artículos 4º y 73 fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 22 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 33 y 34 de la Ley de Planeación; 3º fracción XX, 5º., 7º., 13º., 188, 189 y 190 de la Ley General de Salud, el Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud y "El Gobierno del Estado" convienen en celebrar el presente Acuerdo bajo las siguientes:

C L A U S U L A S .

PRIMERA.- El presente Acuerdo tiene por objeto establecer las bases, a través de las cuales "El Gobierno del Estado" realizará acciones coordinadas a fin de apoyar a la Secretaría de Salud en el Programa contra el Tabaquismo.

SEGUNDA.- "El Gobierno del Estado" apoyará las acciones que dentro del programa en contra de dicha adicción ha elaborado "La SSA", en las siguientes materias.

1.- Promover las reformas y adiciones a las disposiciones jurídicas vigentes y, en su caso, las iniciativas de ordenamientos encauzadas al mejor cumplimiento de lo que la Ley General de Salud dispone en materia de prevención del tabaquismo y de su tratamiento, propiciando una mejor congruencia y uniformidad de las

disposiciones administrativas del orden federal con las propias de la Entidad Federativa.

2.- Reforzar la vigilancia del cumplimiento de las medidas de control sanitario relativas a la producción, comercialización y consumo de los diferentes tipos de tabaco.

3.- Propiciar la correspondencia de los sectores público, social y privado, para el cumplimiento de las disposiciones jurídico-administrativas en la materia, tanto a nivel federal como local.

4.- Favorecer la integración de comités mixtos de la autoridad federal, estatal y de los sectores social y privado, que promuevan la implementación del Programa en el ámbito de sus respectivas competencias.

5.- Establecer un centro estatal de información y documentación sobre el tabaquismo y sus efectos en la salud.

6.- Inducir la integración de grupos de autogestión en la comunidad, para la prevención y la atención del tabaquismo.

7.- Tomar como escenario para los programas de promoción contra el tabaquismo a las instituciones de enseñanza media y superior.

8.- Promover ante las autoridades de las instituciones de educación superior, el que se incremente en extensión y profundidad

el estudio de los métodos y técnicas de investigación de los problemas relacionados con la adicción al tabaco, en los programas académicos de las disciplinas médicas y sociales.

9.- Promover, orientar y coordinar la realización de investigación en este campo.

10.- Realizar estudios epidemiológicos orientados a conocer factores causales y de riesgo, y de las consecuencias médicas y sociales del abuso del tabaco.

11.- Llevar a cabo estudios para la identificación temprana de personas que tienen problemas relacionados con el abuso del tabaco.

12.- Mejorar, ampliar y extender los servicios públicos que ofrecen atención al tratamiento de padecimientos originados por el tabaquismo.

TERCERA.- Los casos de duda sobre la interpretación del presente Acuerdo y las controversias que pudiesen suscitarse con motivo de su ejecución, se resolverán conforme al mecanismo establecido al respecto, en el Convenio Unico de Desarrollo en vigor.

CUARTA.- El presente Acuerdo surtirá sus efectos a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación y en el órgano informativo oficial del "Gobierno del Estado".

QUINTA.- Las partes acuerdan que el presente instrumento tendrá vigencia indefinida y en su caso podrá adicionarse o modificarse, de común acuerdo entre ellas; asimismo, cualquiera de las partes podrá darlo por terminado previo aviso por escrito a la otra dado con una anticipación por lo menos de _____ meses.

Enterados los firmantes del contenido y alcance legal del presente Acuerdo, lo suscriben en la Ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ de mil novecientos ochenta y seis.

EL SECRETARIO DE SALUD

EL GOBERNADOR DEL ESTADO
LIBRE Y SOBERANO DE

EL SECRETARIO DE GOBIERNO.

EL SECRETARIO TECNICO
DEL PROGRAMA CONTRA
EL TABAQUISMO.

EL TITULAR DE LOS SERVICIOS
DE SALUD.

Tomando en cuenta la modernización en que se encuentra esta Tercera Etapa del Derecho Sanitario, como se dijo en comentarios anteriores, el inicio de Reformas y Adiciones a la Carta Magna, en especial al artículo 4º., párrafo tercero, en el que se eleva a rango constitucional el derecho a la protección de la salud, se plasma un gran compromiso histórico, cuyo cumplimiento exigirá la utilización de todos los instrumentos al alcance del Estado y la

participación activa y decidida de toda la población; también sabemos que una vez instrumentada esta Reforma y Adición, tuvo que emitirse una Ley reglamentaria; la cual culmina como ya se ha venido comentando, en la publicación de la Ley Reglamentaria titulada Ley General de Salud, la cual tiene entre otros objetivos lo siguiente; definir la naturaleza del Derecho a la Protección de la Salud, y el de establecer bases legales al Sistema Nacional de Salud entendido como mecanismo coordinador de las dependencias y entidades que actúan en el campo de la salud y de los sectores social y privado. La modernización ha sido palanca con que estructuras, programas, recursos y funciones se organizan en torno a la Secretaría de Salud en la planeación, normatividad y en la organización final del Sistema Nacional de Salud. Para que este documento sea congruente con el propósito de dar cumplimiento al Derecho a la Protección de la Salud y alcance los demás objetivos, se hace necesario ordenar los elementos que lo integran y así poner en marcha mecanismos de coordinación y concertación de acciones que se identifican en las vertientes de instrumentación, que se analizan en el presente Capítulo.

CONCLUSIONES .

PRIMERA.- La reseña de los hechos más importantes que han ocurrido en la evolución Histórica de los servicios de salud en nuestro país se resume en tres etapas que ofrecen diversos contrastes analizados en el desarrollo del presente estudio ello da como resultado la concurrencia en diversos renglones de Gobierno la cual es una consecuencia lógica del Estado Federal Mexicano, por la existencia de tres niveles de Gobierno: Federación, Entidades Federativas y Municipios cuyas facultades no están debidamente señaladas y deslindadas por el ordenamiento Constitucional, lo que ha provocado a lo largo de la Historia, una compleja problemática que no obstante varios intentos, algunos muy serios, a la fecha no ha podido ser resuelto totalmente.

SEGUNDA.- Por otro lado la coordinación a través de los convenios respectivos, que como solución se ha pretendido aplicar en diversas materias como la que se analiza, riñe con el modelo del Estado Federal Mexicano que plasmara el Constituyente de Querétaro en el Código Fundamental.

TERCERA.- El aspecto económico queda implícito en la Ley de Planeación, el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Salud y en diversos ordenamientos jurídicos; en los que se considera que los particulares deben de contribuir al gasto público a través de los diversos impuestos, sin embargo en los instrumentos jurídicos estudiados se aplica una nueva responsabilidad eco-

nómica a los usuarios de los servicios de salud, con aportaciones económicas periódicas a fin de mantener en buen estado las unidades médicas de que se trate, trasladando individualmente una responsabilidad que le corresponde al Estado y no a los particulares en virtud de que estos, de acuerdo con la fracción IV del Artículo 31 Constitucional, es obligación de los mexicanos contribuir al gasto público de la Federación, del Estado y Municipio en que residan en forma proporcional y equitativa, y exigirse les las cuotas de recuperación en las unidades de salud, se rompe con el principio Constitucional y doctrinario antes señalado.

CUARTA.- No obstante el comentario anterior, el espíritu fundamental de las acciones jurídicas, en donde se involucran los aspectos técnico, económico y social de la comunidad y el gobierno, es lograr una mejor organización y funcionamiento de los servicios de salud, nota distintiva de la TERCERA ETAPA, con apoyo de las legislaturas contemporáneas al ir adecuando la Constitución de 1917, producto de la primera revolución social del Siglo XX, en la que agrega los derechos sociales a los individuales; resaltando el carácter social, del derecho sanitario aplicado a través de la Secretaría del ramo y teniendo como meta revertir el proceso centralizador que en años anteriores se había utilizado por parte del gobierno federal y que pertenece por su naturaleza a las jurisdicciones local o municipal.

QUINTA.- Conforme al tema general desarrollado, se formularon cinco consideraciones orientadas a impulsar los procesos de des-

centralización administrativa, a fin de llevar a cabo la renovación del Federalismo:

1.- Llevar a cabo reformas dentro de la Ley de la Administración Pública, buscando como objetivo principal, generar nuevas actitudes de servicio público y mejorar las relaciones entre el Estado y la Sociedad.

2.- Precisar las bases de descentralización administrativa y modalidades de la descentralización; a través de fórmulas y vías para llevarla a cabo; las materias específicas que se van a descentralizar; los factores limitantes y los obstáculos a superar en cada caso, atendiendo la diversidad y peculiaridad de las diferentes Entidades Federativas que forman parte del país.

3.- Fortalecer el Federalismo a través de un reparto competencial entre la federación y los estados, a fin de lograr legalmente la descentralización.

4.- La descentralización debe implicar también la oportunidad para simplificar y desregular ciertos procedimientos, cuyo ejercicio consiste en actividades que realizan los particulares en combinación con la burocracia, la cual tendrá como normativa procedimental el Decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley General de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 14 de junio de 1991.

5.- Como complemento se considera necesario someter a revisión y evaluación permanente el cumplimiento del programa de descentralización administrativa pública, con participación de las legislaturas locales y del Congreso de la Unión, a través de la Cámara de Senadores que vendrían a fungir en ambos niveles de gobierno como los monitores del Federalismo.

SEXTA.- El Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, se aprobó siendo Presidente Miguel De la Madrid Hurtado; queda actualizado por la publicación hecha el 31 de mayo de 1989 al probar el Lic. Carlos Salinas de Gortari el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994; donde se contiene un apartado correspondiente a la salud. Cabe hacer mención al Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 10 de enero de 1991, por el que, se aprueba el Programa Sectorial de Mediano Plazo denominado Programa Nacional de Salud 1990-1994.

SEPTIMA.- El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Publicidad, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de septiembre de 1986, aboga disposiciones sanitarias vigentes desde 1974, actualizándolas e incorporando puntos medulares de los programas estudiados; ya que actualmente la Secretaría de Salud ha propuesto reformas al citado Reglamento de la Ley y se están analizando por las diferentes Secretarías de Estado como son: la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos, Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, Secretaría de Gobernación, etc; en virtud de que son varios los

factores que intervienen agravando estos problemas, entre ellos destaca el efecto que provoca a la ciudadanía el gran número de mensajes publicitarios, ya que en los avanzados medios de comunicación actual, hay muchos mensajes que no vemos pero que captamos en nuestro subconsciente, llamada publicidad subliminal, una cruel y perversa forma de vender productos, ganar consumidores, modificar la conducta y alterar el equilibrio mental. Este fenómeno se percibe a diario a través del bombardeo que se transmite por radio, televisión, cine, periódicos y carteles, que originan como resultado un mayor número de adictos, y lamentablemente entre ellos existen menores de edad.

Al respecto se señalan seis consideraciones propositivas:

- 1.- Incluir en la Ley Federal de Protección al Consumidor todo lo relacionado con la publicidad engañosa y tipificarlo como fraude, perseguirse y sancionarse como tal.
- 2.- Adoptar criterios, en los servicios de urgencias que permitan establecer los grados de intoxicación alcohólica que sufre el individuo.
- 3.- Capacitar al personal encargado de expedir licencias de manejo, el criterio a seguir para detectar a personas con hábitos alcohólicos, ya que representan riesgos de seguridad.
- 4.- Ampliar y difundir los servicios públicos que ofrecen

atención con fines terapéuticos a los enfermos alcohólicos y apoyo a su familia.

5.- Fomentar el desarrollo de actitudes tendientes a prevenir el uso de bebidas alcohólicas.

6.- Desarrollar campañas educativas sanitarias a todos los niveles poblacionales y conforme a ciclos de riesgo.

B I B L I O G R A F I A .

D O C T R I N A .

- DE PINA, Rafael y DE PINA VARA, Rafael, Diccionario de Derecho, México, Ed Porrúa, S. A., 1985.
- DUBLAN, Manuel y LOZANO, José María, Legislación Mexicana Disposiciones Legislativas Desde la Independencia de la República, México, Tomos del I al XX, 1908.
- TENA RAMIREZ, Felipe, Derecho Constitucional Mexicano, México, Ed. Porrúa, S. A., 1981.

L E G I S L A C I O N .

- CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Editorial Porrúa S. A., México, 1987.
- LEY GENERAL DE SALUD, Cuadernos de Divulgación Legislativa, México, Vol. II, Número 2, 1984.
- LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL, Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Gobernación, México, 1990.
- LOPEZ MATEOS, Elena, Legislación Vigente en Materia de Salubridad y Disposiciones Conexas, México, Cuarta edición, 1971.

E C O N O G R A F I A .

- ALVAREZ AMEZQUITA, José; BUSTAMANTE, Miguel E., LOPEZ PICAZOS, Antonio y FERNANDEZ DEL CASTILLO, Francisco, Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México, México, Tomos del

I al IV, 1960.

CUADERNOS DE DESCENTRALIZACION, DOCUMENTOS BASICOS, México, Editorial Subsecretaría de Planeación, S. S. A., 1984.

CUADERNOS DE DESCENTRALIZACION Núm. 2, DESCENTRALIZACION AL DIS-
TRITO FEDERAL, México, Editorial Subsecretaría de Planeación,
S. S. A., 1984.

CUADERNOS DE DESCENTRALIZACION Núm. 3, LAS PRIMERAS LEYES ESTATA-
LES DE SALUD, México, Editorial Subsecretaría de Planeación,
S. S. A., 1984.

CUADERNOS DE DESCENTRALIZACION Núm. 4, DESCENTRALIZACION MUNICIPAL,
México, Editorial Subsecretaría de Planeación, S. S. A., 1984.

CUADERNOS DE DESCENTRALIZACION Núm. 5, LA SALUD Y LA VERTIENTE DE
COORDINACION, México, Editorial Subsecretaría de Planeación,
S. S. A., 1984.

CRONOLOGIA DE LA SALUD, ESTADO DE MEXICO, Editorial Futura, S. A.
de C. V., S. S. A., 1985.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, Diario Oficial de la Federación 31-
V-1983 y 31-V-1989.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1983 - 1988, Diario Oficial de la Federa-
ción 23-VIII-1984 y 10-I-1991.