

## CAPÍTULO OCTAVO

# EL FEDERALISMO SANITARIO EN MÉXICO Y SU SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. EL CAMBIO QUE VIENE

Francisco IBARRA PALAFOX

SUMARIO: I. *La descentralización de los servicios sanitarios.* II. *Fundamentos constitucionales y legislativos del federalismo sanitario en México.* III. *Sistema vigente de la vigilancia epidemiológica en México.* IV. *La crisis del sistema nacional de vigilancia epidemiológica provocada por COVID-19.* V. *Hacia un nuevo marco jurídico de la vigilancia epidemiológica.* VI. *Bibliografía.*

La federalización sanitaria permitió integrar, en buena medida, a las entidades federativas y a su población a instituciones que estaban centralizadas desde la Constitución de 1917. Facilitó el acceso al derecho a la salud de un segmento de la población conforme a los objetivos del artículo 4o. constitucional reformado en 1983. Sin embargo, en la implementación normativa final, en algunos casos fue difícil o imposible hacerlos efectivos, tanto en la distribución de competencias de las autoridades sanitarias como en la ejecución práctica de los planes y programas gubernamentales; inclusive, en ocasiones acaecieron efectos adversos a los buscados con las reformas jurídico-sanitarias que incentivaron la federalización de la salud en México.<sup>1</sup>

El objetivo del presente capítulo es examinar el desarrollo de la descentralización y del federalismo sanitarios, subrayando los principales cambios constitucionales, legislativos, regulatorios y normativos de las décadas finales del siglo XX, de gran impacto durante el periodo de transición demo-

---

<sup>1</sup> Un desafío semejante tuvo lugar en la federalización de los servicios educativos, véase el capítulo de Manlio Fabio Casarín León, “El federalismo mexicano y la educación pública”, en este libro.

crática y los lustros siguientes. Estudiado nuestro sistema federal sanitario, realizaré un diagnóstico particular de la descentralización del sistema de vigilancia epidemiológica por su importancia para enfrentar una adversidad sanitaria de dimensiones mayúsculas como la provocada por pandemia de COVID-19 que ha assolado al mundo entre 2020 y 2021; al final formularé una propuesta de rediseño normativo e institucional de esta materia al interior del sistema federal.

## I. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

A manera de introducción a los problemas centrales del presente capítulo, debo establecer someramente la diferencia entre federalismo y descentralización. El federalismo es una de las formas de organización jurídico-política del Estado soberano como persona jurídica de derecho público; la forma de Estado se refiere a la estructura-organización de sus elementos constitutivos, en consecuencia, determina las relaciones que guardan entre sí el pueblo, el gobierno y el territorio. Existen esencialmente dos formas de Estado: la unitaria y la federal. La forma federal consiste en organizar a la institución estatal sobre la base de unidades poseedores de autonomía como son las entidades federativas.<sup>2</sup>

En contraste, se dice que hay descentralización “cuando las potestades públicas se distribuyen en múltiples órganos” y normalmente se concibe como la forma de organizar las funciones administrativas del Estado ejercidas ya sea por el Poder Ejecutivo, ya sea federal, local o municipal;<sup>3</sup> en el presente apartado me referiré a la descentralización de los servicios de salud y en el numeral siguiente a la federalización de los servicios sanitarios.

Se debe recordar que la Constitución de 1917 sentó las bases de un sistema centralizado en materia sanitaria; sin embargo, en las décadas siguientes se hizo indispensable establecer mecanismos de colaboración con los gobiernos de los estados y los municipios para proteger la salud de la población. Ante esta apremiante necesidad, se instrumentó un mecanismo de coordinación entre la Federación y las entidades federativas en materia de salud mediante la creación de los Servicios Coordinados de Salud Pública de los Estados, organismo creado en la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios de la República, publicada en el *Diario Oficial*

<sup>2</sup> Acosta Romero, Miguel, *Teoría general del derecho administrativo*, México, Porrúa, 1988, pp. 72-75.

<sup>3</sup> *Ibidem*, pp. 348 y 349.

de la *Federación* (en adelante, *DOF*) el 25 de agosto de 1934. Aunque esta ley conservaba un fuerte sesgo centralista, debe ser reconocida como la primera dirigida a establecer las bases de la posterior descentralización de los servicios sanitarios que todavía obedecía al modelo de centralización política diseñado por la Constitución de 1917 y seguido por el Estado mexicano en las décadas siguientes a la Revolución.<sup>4</sup>

Esta Ley declaraba de interés público para la salubridad general de la República “la unificación, coordinación y cooperación en materia de servicios sanitarios, en lo que respecta a la Federación” y facultaba al jefe del Departamento de Salubridad Pública para celebrar convenios a nombre de la Federación con los gobiernos de las entidades federativas, con los ayuntamientos, con particulares y con las sociedades nacionales y extranjeras a fin de obtener la unificación, coordinación y cooperación en materia de servicios sanitarios; reconocía al jefe del Departamento de Salubridad Pública la dirección técnica de los servicios sanitarios, la cual era irrenunciable y facultaba al Departamento de Salubridad Pública para emitir disposiciones de observancia general que reglamentaran los preceptos de la Ley. De particular importancia era lo dispuesto por el artículo 7o., donde se disponía que la coordinación de los servicios entre las autoridades federal, local y municipal tenía por objeto: *a*) la aplicación de una política sanitaria general en la República; *b*) la observancia de principios técnicos uniformes en las actividades federales, locales y municipales; *c*) la unificación de los procedimientos a seguir por las autoridades sanitarias en toda la nación, y *d*) la consecución de las finalidades sanitarias requeridas por el bien público a juicio del Consejo de Salubridad General (en adelante, CSG) y del Departamento de Salubridad Pública. Para la realización de estos objetivos se crearon los “Servicios Sanitarios Coordinados”, donde concurriría personal sanitario de las autoridades asociadas. En un exceso de centralismo, esta Ley disponía que, en los convenios celebrados con los estados y los ayuntamientos, el nombramiento de los empleados para la operación del sistema de coordinación se realizaría por las autoridades locales en favor de las personas propuestas por el Departamento de Salubridad Pública Federal.

Para fortalecer la centralización en los servicios de salud a nivel nacional, en 1943 el Departamento de Salubridad Pública Federal se transformó en Secretaría de Estado con el nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia (en adelante, SSA); con el propósito de coordinar, supervisar y aseso-

---

<sup>4</sup> Departamento de Salubridad Pública, Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República, en *Diario Oficial de la Federación*, 25 de agosto de 1934, pp. 1015 y 1016.

rar en los programas sanitarios y asistenciales de las entidades federativas se constituyó la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios en 1952, dependiente de la SSA; esta unidad fue la responsable de los trabajos de coordinación y enlace entre la Federación y las entidades federativas.<sup>5</sup>

Estos esquemas poseían una acentuada centralización y limitaban la participación de los gobiernos estatales y municipales significativamente; el centralismo también era abrumador porque pretendía abarcar todos los servicios coordinados, tanto en materia presupuestal, recursos humanos, materiales y planeación.

El crecimiento demográfico y urbano, así como la crisis financiera de 1982, proporcionaron el contexto sociopolítico para que a mediados de la década de los ochenta iniciara la descentralización y federalización de la salud, dirigido en su primera etapa por Guillermo Soberón Acevedo, secretario de Salud (1982-1988), entre cuyos principales logros se encuentra la reforma de 1983 al artículo 4o. de la Constitución y la promulgación de la Ley General de Salud (en adelante, LGS), vigente hasta el día de hoy con múltiples reformas. El segundo momento del proceso descentralizador inició a mediados de la década de los noventa y fue dirigido por Juan Ramón de la Fuente, secretario de Salud (1994-1999). Entre los objetivos esenciales de la descentralización sanitaria se encontraba el acceso de la población abierta a los servicios de salud, lo cual era un incentivo fundamental para incorporar a las entidades federativas como actores relevantes porque se encontraban más cerca de la población. Este proceso descentralizador fue denominado por Soberón Acevedo como el “cambio estructural de la salud”:

[La reforma] ocurrida en el lapso entre 1983 y 1988, ha sido llamada “el cambio estructural de la salud” y comprendió una verdadera renovación legislativa y una reforma administrativa y sustantiva que involucró, sustancialmente, a los servicios que atienden a la población abierta, es decir la que no es derechohabiente de la seguridad social. La renovación legislativa arranca con la inclusión, en la Constitución, del derecho a la protección de la salud en 1983, sigue con la promulgación de la Ley General de Salud en 1984, y en los años subsiguientes de las leyes estatales de salud y de seis nuevos reglamentos que simplificaron el contenido de 84 farragosos ordenamientos a los que sustituyeron; el cambio legislativo culminó en la definición de más de 300 normas técnicas. La reforma sustantiva incluyó diez estrategias, cinco a

---

<sup>5</sup> Sánchez González, Jorge y Barrientos MacGregor, Gerardo, “Consejo Nacional de Salud”, en Sánchez González, Jorge y Ramírez Barba, Ector, *Servicios de salud en México*, México, Academia Mexicana de Cirugía, Editorial Alfil, 2009, pp. 17 y 18.

nivel macro y cinco a nivel micro. Las primeras fueron la descentralización de los servicios de salud... la sectorización institucional; la modernización de la SSA; la coordinación intersectorial; y, la participación comunitaria. Las estrategias de nivel micro fueron: la investigación en salud, el desarrollo de recursos humanos para la salud, la información en salud, el financiamiento y los insumos para el sistema nacional de salud.<sup>6</sup>

El 3 de febrero de 1983 se publicó en el *DOF* la reforma a la Constitución que reconoció a la salud como un derecho y expresamente estableció la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad con el siguiente texto:

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 distribuirá 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.

El cambio estructural en salud no sólo implicó la descentralización de los servicios sanitarios y su posterior federalización, sino además la privatización de un sistema de salud pública y la búsqueda de nuevas formas de financiamiento cuyo estudio rebasa los parámetros del presente capítulo.

Para apoyar esta estrategia descentralizadora de los servicios de salud de la SSA y del Instituto Mexicano del Seguro Social (en adelante, IMSS) se expidieron dos decretos presidenciales: *a*) “Decreto que establece las bases del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la SSA” (*DOF* del 30 de agosto de 1983); *b*) “Decreto que ordena la descentralización de los Servicios de Salud de la SSA y los denominados IMSS y Coplamar, y su integración orgánica a un sistema estatal” (*DOF* del 8 de marzo de 1984). Estos instrumentos jurídicos son clave y sentaron las bases del proceso descentralizador.

El primer decreto dispuso la descentralización gradual de los servicios de salud cuyo proceso impulsaría la formación y funcionamiento de los sistemas estatales de salud para un uso más eficiente de los recursos y promovería la efectividad progresiva del derecho constitucional de la salud; se basaría además en los avances obtenidos por los Servicios Coordinados de Salud Pública y los Acuerdos de Coordinación celebrados con los estados

---

<sup>6</sup> Soberón Acevedo, Guillermo, “La reforma de la salud en México”, *Gaceta Médica*, México, vol. 137, núm. 5, 2001, disponible en: [http://anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/2001-137-5-419-443.pdf](http://anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2001-137-5-419-443.pdf) (consultado el 8 de agosto de 2021).

y en las normas emitidas por la Secretaría de Programación y Presupuesto. Entre los objetivos del acuerdo se encontraba identificar las facultades que se descentralizarían a los gobiernos de los estados y a ser desconcentradas en los nuevos órganos administrativos desconcentrados denominados Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados.<sup>7</sup> Este decreto fue reforzado por el segundo, el cual reiteró la necesidad de descentralizar los servicios de salud prestados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y agregó los del programa de solidaridad social por participación comunitaria denominado “IMSS-Coplamar” estableciendo mecanismos y reglas para tal efecto; dispuso el año de 1985 como fecha inicial para la descentralización de los servicios de salud a los primeros estados.<sup>8</sup> Como se aprecia, la descentralización implementada por Soberón, además de una descentralización administrativa como la definida arriba, también implicó el inicio del traslado de servicios sanitarios a las entidades federativas, consolidado mediante la federalización de los servicios sanitarios de la década siguiente.

Como adelanté arriba, la estrategia descentralizadora del gobierno se vio culminada con la promulgación, el 7 de febrero de 1984, de la primera ley general en la materia denominada Ley General de Salud, vigente hasta hoy con múltiples reformas. En el marco de esta Ley, del 24 de mayo al 17 de diciembre de 1985, 14 entidades federativas firmaron los Acuerdos para la Integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud. En este contexto fue creado el Consejo Nacional de Salud (en adelante, CNS) por decreto presidencial del 25 de marzo de 1986 e instalado el 23 de mayo del mismo año en la ciudad de Querétaro.<sup>9</sup>

El acuerdo que creó al CNS fue modificado mediante Acuerdo publicado en el *DOF* el 27 de enero de 1995, que amplió la integración y objetivos del Consejo, señalando que sería una instancia permanente de coordinación para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en toda la República; nuevamente por acuerdo publicado en el *DOF* el 27 de enero de 2009, se reformó el citado Acuerdo con el fin de incluir en

---

<sup>7</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia, “Decreto por el que el Ejecutivo federal establece las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia”, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de agosto de 1983, pp. 11 y 12.

<sup>8</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia, “Decreto por el que se descentralizan a los gobiernos estatales los servicios de salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por participación comunitaria denominado «IMSS-Coplamar» proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social”, *Diario Oficial de la Federación*, 8 de marzo de 1984, pp. 19-21.

<sup>9</sup> Secretaría de Salud, “Acuerdo para la integración del Consejo Nacional de Salud”, *Diario Oficial de la Federación*, 25 de marzo de 1986, pp. 8-11.

el CNS a todas las dependencias y entidades de la administración pública federal que prestaban servicios de salud a la población en general o sectores específicos de la misma; finalmente, mediante acuerdo publicado en el mismo periódico oficial el 23 de octubre de 2020 se reformaron los acuerdos anteriores para, entre otros aspectos, cambiar el nombre al Consejo por el de Consejo Nacional de Salud para el Bienestar (en adelante, CNSB).

En síntesis, el CNSB es una instancia permanente de coordinación entre la Federación, las entidades federativas y la Ciudad de México para consolidar el Sistema Nacional de Salud (en adelante el SNS); también realiza el análisis de la programación y presupuestación de la salud pública, la concertación de mecanismos de cofinanciamiento y la evaluación de prestación de servicios; además, es un foro relevante para el fortalecimiento de la integración y consolidación del SNS entre la Federación y las entidades federativas.

Las principales atribuciones de coordinación del ahora CNSB en relación con los gobiernos locales son las siguientes: coadyuvar a consolidar el SNS y apoyar los sistemas estatales de salud; proponer lineamientos para la coordinación de acciones de atención en las materias de salubridad general; formular recomendaciones para la unificación de criterios que permitan el correcto cumplimiento de los programas de salud pública; opinar sobre la congruencia de las acciones a realizar para la integración y funcionamiento de los servicios estatales de salud, así como de las instancias públicas prestadoras de servicios de atención médica; en colaboración con las entidades federativas, realizar acciones de monitoreo y evaluación de los programas de salud en términos de los convenios de coordinación o colaboración suscritos al amparo de la LGS; fomentar la cooperación técnica y logística entre los servicios estatales de salud; promover en las entidades federativas los programas prioritarios de salud; estudiar y proponer esquemas de financiamiento complementario para la atención de la salud pública; proponer medidas para coordinar acciones en el marco del SNS; proponer acciones tendientes a la integración funcional de este sistema; opinar sobre los proyectos de convenios de coordinación o colaboración para la prestación de servicios de atención médica de las instituciones públicas, privadas o sociales del SNS.

Conforme al decreto de 1995, al CNS lo integraban relativamente pocos funcionarios: el secretario de Salud, los titulares de los servicios coordinados de salud pública de los estados y del Distrito Federal, así como los titulares de los servicios estatales de Salud. Con los años integró a más funcionarios federales, como sucedió con el decreto modificatorio de 2009 que

robusteció significativamente su estructura con funcionarios federales. En la actualidad lo integran: el secretario de Salud, quien lo preside; el secretario de la Defensa Nacional; el secretario de Marina; el director general del IMSS; el director general del ISSSTE; el director general del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas; el director general de Petróleos Mexicanos; el titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, los titulares de los servicios estatales de salud que acepten la invitación del presidente del CNS, a través de los gobiernos de las entidades federativas; a invitación de su presidente y sin voto, cualquier integrante de los sectores público, social y privado que contribuyan a la realización del objeto del CNSB; el presidente de la Red Mexicana de Municipios por la Salud podrá participar en calidad de invitado permanente.

Para comprender cabalmente la descentralización sanitaria en México se debe tener presente el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud publicado en el *DOF* el 25 de septiembre de 1996 y suscrito por el Ejecutivo federal, los gobernadores de los estados y el secretario general del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud. Este acuerdo aceleró el proceso de descentralización y federalización de la salud, sus objetivos principales eran los siguientes: la descentralización a las entidades federativas de los servicios de salud para la población no asegurada y la configuración de sistemas estatales de salud; que los estados de la Federación asumieran cabalmente las responsabilidades que la LGS les asignaba; que los estados manejaran y operaran directamente los servicios de salud, así como los recursos financieros correspondientes con la posibilidad de distribuirlos conforme a las necesidades de los servicios locales; que los estados participaran efectivamente en el diseño e instrumentación de la Política Nacional de Salud; fortalecer el SNS a partir de la consolidación de los sistemas estatales; integrar al ámbito estatal de las estructuras administrativas operadas entonces por los servicios federales de salud; acercar a la autoridad local con la población demandante de servicios de salud y permitir ejecutar con eficacia las funciones municipales en actividades sanitarias.<sup>10</sup>

Asimismo, se reorientaba a la Secretaría de Salud (en adelante, SS) como instancia normativa y operativa en aquellas materias de ejercicio exclusivo de la Federación. Este acuerdo nacional subrayaba que la descentra-

---

<sup>10</sup> En el presente capítulo, la federalización de los servicios sanitarios debe entenderse como el traslado de facultades y funciones a las entidades federativas por parte de la autoridad federal o central. Aun cuando federalizar puede implicar tanto la centralización de funciones en el gobierno federal, o bien, el traslado de facultades a las entidades federativas, es este segundo significado el contenido en los documentos normativos y políticos del proceso de federalización de los servicios de salud en México durante el periodo aquí estudiado.



lización de los servicios no implicara en medida alguna la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en materia de salud, y sí una nueva forma de relación entre autoridades federales, entidades federativas y municipios. El acuerdo procuraba reintegrar a la esfera local las facultades que eran propias de los estados al suscribir el pacto federal, así como “acercar a la población servicios fundamentales, que al ser prestados por los estados aseguran a los usuarios mayor eficiencia y oportunidad”.

Este acuerdo nacional generó la firma en cada uno de los estados del Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud celebrados entre agosto de 1996 y diciembre de 1997 con las diferentes entidades federativas. Mediante estos acuerdos de coordinación, cada estado se comprometió a crear un organismo público descentralizado (OPD) con personalidad jurídica y patrimonio propio, entre cuyas funciones principales se encontraba operar los servicios de salud a la población abierta, administrar los recursos aportados por el gobierno federal, así como aplicar y respetar las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud. Para diciembre de 1997, las 32 entidades federativas habían cumplido el compromiso de crear a estos órganos; en esa misma fecha, 25 de ellos habían firmado las actas complementarias de entrega-recepción de los programas, presupuesto, recursos humanos, materiales y financieros. De esta manera, el traslado de recursos de la Federación a las entidades fue impresionante: para 1997 se habían transferido 121,093 plazas federales, 7,336 bienes inmuebles, 8,203 millones de pesos, se homologó salarialmente a 22,461 trabajadores estatales, se entregaron a las entidades federativas 6,855 unidades médicas y 385 unidades administrativas.<sup>11</sup>

Entre otras facultades, los OPD de las entidades federativas absorbieron las funciones de la atención médica, de vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades, salud reproductiva, regulación sanitaria, administración de los recursos humanos, materiales y financieros, al tiempo que entraron bajo el control y coordinación de los correspondientes gobiernos locales.

Por último, el 28 de enero de 1998 se publicó el decreto presidencial por el cual se desincorporaron del régimen del dominio público de la Federación los inmuebles que venía utilizando la SS para la prestación de sus servicios y se autorizó a la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Adminis-

---

<sup>11</sup> López Bárcena, Joaquín y Real Mata, Tlatoani, “Avances de la descentralización de los servicios de salud en México 1995-1999”, en Fuente, Ramón de la, *Federalismo y salud en México. Primeros alcances de la Reforma de 1995*, México, UNAM-Diana, 2001, pp. 13-34; también Sánchez González, Jorge y Barrientos MacGregor, Gerardo, “Consejo Nacional de Salud”, *cit.*, pp. 23-25.

trativo para que, en nombre y representación de la Federación, los donara en favor de las entidades federativas.

Es importante señalar que debido a la celeridad con la cual las entidades federativas asumieron la responsabilidad de administrar y prestar los servicios sanitarios, muchos estados carecían de la capacidad administrativa y técnica para semejante recepción y no tuvieron tiempo para desarrollarla. Asimismo, fue evidente el diseño de un marco adecuado de fiscalización de los recursos financieros trasladados a los estados para atender los servicios de salud; esto provocó, en los lustros siguientes, diversas quejas ciudadanas respecto de la baja calidad de los servicios y el desvío correspondiente de recursos para fines distintos a los sanitarios.

## II. FUNDAMENTOS CONSTITUCIONALES Y LEGISLATIVOS DEL FEDERALISMO SANITARIO EN MÉXICO

La historia del derecho sanitario es extensa y compleja, imposible de abarcar en este capítulo. Sin embargo, debe reconocerse que la tensión entre federalización y centralización es de viejo cuño en nuestra historia constitucional. El artículo 118 de la Constitución de Apatzingán señalaba que era atribución del Supremo Congreso “aprobar los reglamentos que conduzcan a la sanidad de los ciudadanos”.<sup>12</sup> En contraste, la Constitución de 1824 careció de referencia alguna de la materia sanitaria en favor de la Federación, por lo cual quedaba reservada a los estados de conformidad con lo dispuesto en su artículo 161 fracción I. Las Leyes Constitucionales de 1836 dispusieron que la policía de salubridad estaría a cargo de los ayuntamientos, partiendo de la base de que estaban mejor preparados que las autoridades generales para atender las necesidades comunitarias debido a su cercanía con la población.<sup>13</sup>

Es importante señalar que, en general, el federalismo sanitario posee las bases de organización constitucional del federalismo mexicano. En materia sanitaria, el régimen de competencias entre la Federación y las entidades federativas se encuentra enunciado en el párrafo cuarto del artículo 4o.

---

<sup>12</sup> Ibarra Palafox, Francisco, *El Congreso de Anáhuac y la Constitución de Apatzingán. Obra documental*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2016, p. 118.

<sup>13</sup> Moctezuma Barragán, Gonzalo, “XXXVII. Legislación y normalización”, en Urbina Fuentes, Manuel et al., *La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio*, México, Fondo de Cultura Económica, 2006, pp. 567 y 568; véase también Valadés, Diego, “El derecho a la protección de la salud y el federalismo”, en Soberón Acevedo, Guillermo, *Derecho constitucional a la protección a la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, 2a. ed., 1995, pp. 95-97.

constitucional que dispone: “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”.

Antes de examinar la fracción XVI del artículo 73 es indispensable tener presente lo dispuesto por el 124 constitucional. Como señalan Tena Ramírez y Serna de la Garza, el principio esencial para la organización de competencias del sistema federal mexicano está ubicado en la “cláusula residual” establecida en el artículo 124 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual dispone que “las facultades que no están expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los estados”.<sup>14</sup> El antecedente inmediato del artículo 124 de la Constitución vigente se encuentra en el artículo 117 de la constitución de 1857.<sup>15</sup> A su vez, la Constitución de 1857, en materia de distribución de competencias, recogió esta fórmula de la Constitución de 1824 cuyo artículo 117 dispuso que las facultades no expresamente concedidas a los funcionarios federales se entendían reservadas a los estados.<sup>16</sup> Aun cuando el Congreso mexicano reunido entre 1856-1857 tuvo presente para la redacción de este artículo la décima enmienda de la Constitución de los Estados Unidos de América, agregó el adverbio “expresamente” con lo cual crearon un régimen federal de distribución de competencias entre la Federación y los estados más rígido que el estadounidense.<sup>17</sup> En efecto, los constituyentes de 1857 temían que una distribución de competencias flexible entre la Federación y los estados generaría conflictos entre éstos, poniendo en riesgo el pacto federal.

Aunque el artículo 124 de la Constitución mexicana no establece un régimen de prohibiciones expresas para los estados, éstas se encuentran contenidas en los artículos 117 y 118 constitucionales. Examinando detenidamente las prohibiciones absolutas establecidas por estos dos artículos a las entidades federativas, no existen restricciones expresas en materia sanitaria; en consecuencia, el régimen federal reconoce a las entidades federativas un régimen amplio de facultades en esta materia. Sin embargo, el segundo párrafo de la fracción IX del 117 constitucional dispone que el “Congreso de

<sup>14</sup> Tena Ramírez, Felipe, *Derecho constitucional mexicano*, 20a. ed., México, Porrúa, 1984, p. 649.

<sup>15</sup> Serna de la Garza, José Ma., *Derecho constitucional mexicano en su contexto*, México, UNAM-Porrúa, 2018, pp. 377 y 378.

<sup>16</sup> Moctezuma Barragán, Gonzalo, *op. cit.*, p. 568.

<sup>17</sup> Serna de la Garza, José Ma., *op. cit.*

la Unión y las legislaturas de las entidades federativas dictarán, desde luego, leyes encaminadas a combatir el alcoholismo”; en otras palabras, dispone la concurrencia competencial de ambos niveles de gobierno para combatir el alcoholismo como problema de salud pública.

Asimismo, debemos tener presente que el artículo 115 establece la esfera competencial de los municipios, disposición mediante la cual pueden éstos aprobar reglamentos relacionados con servicios y funciones públicas de su competencia exclusiva, como es el agua potable, cementerios, mercados públicos, parques, seguridad pública y tránsito, entre otros. Como se aprecia, algunos de estos servicios públicos están estrechamente relacionados con actividades sanitarias (agua potable, los mercados públicos y los cementerios, por ejemplo).

Para integrar el régimen de distribución de competencias se debe señalar que la Ciudad de México posee uno especial y distinto al de los Estados conforme a lo dispuesto por el artículo 122 constitucional. Además, la reforma política de la Ciudad de México del 29 de enero de 2016 modificó el artículo 124 constitucional para agregar a la Ciudad de México y disponer que “las facultades que no están expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales se entienden reservadas a los estados y a la Ciudad de México en el ámbito de sus respectivas competencias”.<sup>18</sup>

El equilibrio de distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas puede ser valorado al identificar las facultades expresamente otorgadas a la Federación; así, en términos cuantitativos, la mayoría de las materias expresamente otorgadas a la Federación se identifican en el artículo 73 constitucional concerniente a las facultades del Congreso de la Unión. Específicamente, en materia sanitaria su fracción XVI dispone que es facultad del Congreso de la Unión dictar leyes sobre salubridad general de la República. Enseguida dispone que el CSG dependerá directamente del presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país, lo cual le confiere una naturaleza federal a este Consejo. En el mismo sentido, dispone que, en caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la SS tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el presidente de la República.

Sólo para ilustrar el ejercicio de estas facultades reservadas a la Federación por mandato del artículo 73 constitucional fracción XVI, se pueden señalar las primeras normas expedidas por el gobierno federal para enfrentar

<sup>18</sup> Serna de la Garza, José Ma., *op. cit.*, p. 380.

el peligro sanitario impuesto por la pandemia de COVID-19: el 27 de marzo de 2020 el Poder Ejecutivo federal publicó en el *DOF* el Decreto por el que se declararon acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19); el 30 de marzo de 2020, el CSG publicó en el *DOF* el Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), señalando que la Secretaría de Salud determinaría todas las acciones que resultaran necesarias para atender dicha emergencia; el Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2, publicado en el *DOF* el 31 de marzo de 2020 que ordenó la suspensión inmediata de las actividades no esenciales del 30 de marzo al 30 de abril de 2020, plazo ampliado al 30 de mayo de 2020 por diverso publicado el 21 de abril de 2020, el cual dispuso que las acciones extraordinarias dejarían de implementarse a partir del 18 de mayo de 2020, en aquellos municipios del territorio nacional que a esa fecha presentaran baja o nula transmisión del virus SARS-CoV-2; el CSG, en su tercera reunión de la sesión permanente, celebrada el 12 de mayo de 2020, acordó medidas para continuar con la mitigación de la epidemia causada por el virus SARS-CoV-2, después de la Jornada Nacional de Sana Distancia, mismas que implementaría la SS; finalmente, en esta primera etapa de ejercicio de facultades federales para enfrentar la epidemia debe subrayarse el Acuerdo por el que se estableció una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones para evaluar semanalmente el riesgo epidemiológico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa publicado en el *DOF* del 14 de mayo de 2020.

Aunque un análisis detallado de los documentos señalados en el párrafo anterior excede los límites del presente capítulo, una simple lectura de ellos confirmaría que las medidas fueron insuficientes para enfrentar con eficacia la pandemia de COVID-19; sin embargo, ilustran el ejercicio de las facultades ejercidas por el gobierno federal durante los primeros meses de la pandemia en 2020, a través del Poder Ejecutivo federal mediante la SS o el CSG.

En términos cualitativos, el artículo 4o. constitucional establece las bases para la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia sanitaria. Al respecto, es importante tener presente que el régimen de facultades concurrentes en México es diferente a como se concibe en otros sistemas federales. Al respecto, Serna de la Garza aclara este pun-

to de derecho comparado: las “facultades concurrentes” en otros sistemas constitucionales son aquellas ejercidas por uno de los estados integrantes del pacto federal mientras la Federación no decida ejercitarlas. En México la concurrencia significa la posibilidad de que una misma materia sea compartida por los distintos niveles de gobierno con base en lo dispuesto por la ley federal, es el caso de la salubridad general, la educación, el deporte, el medio ambiente, los asentamientos humanos, entre otros; en mi opinión esta técnica de distribución de competencias genera en ocasiones problemas concretos para dilucidar a quién corresponde una competencia específica.

De esta manera, en México estamos frente a una técnica legislativa que ordena las funciones del Estado a través del órgano legislativo federal, mediante una ley general de concurrencia. Aquí debe realizarse una precisión importante: no obstante esta concurrencia en materia de salubridad general, donde tanto los estados como la Federación pueden legislar, la definición de la competencia que corresponde a cada nivel de gobierno (Federación, entidades federativas o municipios) es potestad de la legislatura federal, es decir, del Congreso de la Unión.<sup>19</sup> Si tuviese lugar un conflicto de normas, la solución habrá de encontrarse en la propia ley general, a la cual remite la propia Constitución.

En otras palabras, por disposición constitucional, en materia de salubridad general la distribución de competencias no se encontrará directamente en la Constitución sino en la ley general expedida por el propio Congreso de la Unión. Así, por delegación expresa de la Constitución, es en la ley general y no en la Constitución donde podemos encontrar qué le toca realizar a cada uno de los diferentes niveles de gobierno en materia de salubridad general. Así lo reiteró la SCJN en la siguiente tesis jurisprudencial:

FACULTADES CONCURRENTES EN EL SISTEMA JURÍDICO MEXICANO. SUS CARACTERÍSTICAS GENERALES. Si bien es cierto que el artículo 124 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que: “Las facultades que no están expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los estados”, también lo es que el órgano reformador de la Constitución determinó, en diversos preceptos, la posibilidad de que el Congreso de la Unión fijara un reparto de competencias, denominado “facultades concurrentes”, entre la Federación, las entidades federativas y los municipios e, inclusive, el Distrito Federal, en ciertas materias, como son: la educativa (artículos 3o., fracción VIII y 73, fracción XXV), la de salubridad (artículos 4o., párrafo tercero y 73, fracción XVI), la de asentamientos humanos (artículos 27, párrafo tercero y 73, fracción XXIX-C), la

<sup>19</sup> Serna de la Garza, José Ma., *op. cit.*, pp. 387 y 388.

de seguridad pública (artículo 73, fracción XXIII), la ambiental (artículo 73, fracción XXIX-G), la de protección civil (artículo 73, fracción XXIX-I) y la deportiva (artículo 73, fracción XXIX-J). Esto es, *en el sistema jurídico mexicano las facultades concurrentes implican que las entidades federativas, incluso el Distrito Federal, los municipios y la Federación, puedan actuar respecto de una misma materia, pero será el Congreso de la Unión el que determine la forma y los términos de la participación de dichos entes a través de una ley general.*<sup>20</sup>

En materia de salubridad tanto el Congreso de la Unión como las legislaturas locales son constitucionalmente competentes para legislar, aunque estas últimas deben sujetarse a lo dispuesto en la ley general. En consecuencia, cuando se impugna la competencia de un órgano legislativo local en cualquier aspecto de la salubridad, la cuestión de constitucionalidad se debe resolver contrastando la ley sanitaria local con la ley general de salud expedida por el órgano legislativo federal; no es suficiente su confrontación con la Constitución. De esta manera, la ley general de salud se convierte en un parámetro de validez (ley marco) y debe emplearse como norma de contraste cuando se impugne la competencia de un órgano legislativo local para normar cualquier materia sanitaria sujeta a competencia concurrente.<sup>21</sup>

Se debe agregar, las leyes locales en materias concurrentes pueden aumentar las prohibiciones o deberes impuestos por las leyes generales pero no reducirlos; esto derivado de la acción de constitucionalidad 119/2008 promovida por diputados de la Cuarta Legislatura de la entonces Asamblea Legislativa del Distrito Federal contra la aprobación y promulgación de las reformas y adiciones a la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal, publicadas en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 3 de octubre de 2008.<sup>22</sup>

Es importante precisar que en la materia de salubridad donde concurren la Federación y las entidades federativas, a las autoridades sanitarias locales le son aplicables las normas administrativas secundarias emitidas por las autoridades federales, como fueron los reglamentos y las normas técnicas emitidas conforme a la Ley de Metrología y Normalización abrogada y

<sup>20</sup> *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, Pleno, tesis jurisprudencial núm. P/J. 142/2001, t. XV, enero de 2002, p. 1042. Controversia constitucional 29/2000, Poder Ejecutivo federal, 15 de noviembre de 2001. Once votos. Ponente: Salvador Aguirre Anguiano.

<sup>21</sup> Serna de la Garza, José Ma., *op. cit.*, p. 397.

<sup>22</sup> Acción de inconstitucionalidad 119/2008, 3 de septiembre de 2009. Promoventes: diputados de la Cuarta Legislatura de la Asamblea del Distrito Federal. Ponente: Genaro David Góngora Pimentel.

sustituida por la Ley de Infraestructura de Calidad publicada en el *DOF* del 1o. de julio de 2020.<sup>23</sup>

Asimismo, en atención a la concurrencia y la remisión forzosa a la ley general para la determinación de las competencias federales y locales, debemos tener siempre presente lo dispuesto en las 28 fracciones del artículo 3o. de la LGS donde se listan las materias que corresponden a la salubridad general, entendiéndola a ésta como competencia de la Federación; en efecto, inicialmente en la Constitución de 1917 y en los posteriores códigos sanitarios, hoy abrogados, a la materia sanitaria federal se le denominó salubridad general. En consecuencia, todas aquellas materias no comprendidas en este artículo 3o. de la LGS son competencia de las entidades federativas como salubridad local por fórmula residual.<sup>24</sup>

Se debe tener presente que el artículo 3o. en sus fracciones XII y XV, dispone como materia de salubridad general, entre otras, la prevención de enfermedades respiratorias, así como la prevención y control de enfermedades transmisibles; en otras palabras, la vigilancia epidemiológica, como función estatal encaminada a la prevención y control de enfermedades transmisibles como la COVID-19, es una materia asignada por la ley general al gobierno federal.

Sin embargo, la misma LGS, en contradicción con estas disposiciones, en su artículo 13.B, fracción I, señaló que corresponde a los estados organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general referidos, entre otras, en las fracciones XII y XV del artículo 3o. Así, la propia LGS aunque reconoce que el control de las enfermedades respiratorias transmisibles y la vigilancia epidemiológica son competencia federal, encarga a los estados su operación y supervisión, lo cual resta precisión y claridad respecto de la competencia final en estas materias. En efecto, ante una demanda en tribunales por fallas en el sistema de vigilancia epidemiológica que perjudiquen la salud de la población, la pregunta concreta es: ¿a quién demandar? ¿a la Federación o a la entidad federativa? Responder qué se debe enmendar a ambos no resuelve el problema porque entonces debemos preguntarnos concretamente qué dejaron de hacer cada uno de los dos niveles de gobierno, el federal y el local.

En síntesis, el proceso de descentralización creó un sistema confuso donde la Federación y las entidades federativas rivalizan por competencias sanitarias como el control de enfermedades respiratorias transmisibles y la

---

<sup>23</sup> Mejía Garza, Raúl y Rojas Zamudio, Laura, *Federalismo. Rompecabezas actual*, México, Fondo de Cultura Económica, 2018, p. 123.

<sup>24</sup> *Ibidem*, p. 122.



vigilancia epidemiológica, como lo evidenció la crisis provocada por la pandemia de COVID-19; lo más conveniente hubiera sido mantener estas materias bajo competencia federal para ofrecer certeza jurídica a la población.

### III. SISTEMA VIGENTE DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN MÉXICO

La vigilancia epidemiológica consiste en la generación de información para la toma de decisiones en salud pública. Es una técnica dirigida a registrar ordenadamente la frecuencia de las enfermedades, sus causas en un área geográfica y en determinada población, con el objetivo de medir su regularidad y desarrollo; implica la recopilación y análisis de datos para utilizarlos en el diseño de políticas públicas e intervenciones sanitarias para evitar y/o controlar los riesgos y daños a la salud producidos por diversas enfermedades.<sup>25</sup>

La vigilancia epidemiológica en México reproduce, en líneas generales, los procedimientos empleados en las políticas de descentralización explicadas arriba mediante la creación de sistemas o comités de coordinación. De esta manera, se crearon el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Sinave), un Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Conave) y Comités Estatales de Vigilancia Epidemiológica (CEVEs).

La base legal de la vigilancia epidemiológica en México se encuentra en los artículos 133 y 134 de la LGS y en la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 para la Vigilancia Epidemiológica, publicada en el *DOF* del 19 de febrero de 2013 (en adelante la NOM para la Vigilancia Epidemiológica).

El artículo 133 de la LGS dispone que corresponde a la SS establecer y operar el Sinave, en otras palabras, asigna a esta entidad centralizada de la administración pública federal la dirección del sistema. Por su parte, el artículo 134 de la misma Ley dice que la SS y los gobiernos de las entidades federativas, *en sus respectivos ámbitos de competencia*, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica para la prevención y control de las enfermedades transmisibles señaladas en las diversas fracciones de este artículo; así, la fracción II del 134 de la LGS señala que serán objeto de vigilancia epidemiológica la “influenza epidémica y otras infecciones agudas del aparato respiratorio...”, aquí se encuentra la COVID-19 que afecta el sistema respiratorio.

<sup>25</sup> Villa Romero, Antonio *et al.*, *Epidemiología y estadística en salud pública*, México, UNAM-McGraw Hill, 2014, pp. 183 y 184.

Aunque debería prevalecer la interpretación en favor de la Federación, nuevamente existe poca claridad entre los artículos 3o. y 134 de la LGS por la dificultad de definir a qué se refiere la expresión “en sus respectivos ámbitos de competencia” en lo relativo a la prevención y control de enfermedades respiratorias transmisibles. La interpretación de estas normas son un buen ejemplo de cómo la asignación de competencias entre la Federación y las entidades federativas realizada por la LGS careció en diversas áreas de claridad y certeza jurídica, complicando en exceso la correcta interpretación respecto de la asignación competencial entre el gobierno federal y los estados.

Con base en las anteriores bases legales, el 6 de septiembre de 1995 se publicó en el *DOF* el Acuerdo número 130 que creó el Conave, suscrito por el secretario de Salud. Este Acuerdo integró al Conave solamente a funcionarios federales de alto nivel, careciendo de representación de los responsables de la vigilancia epidemiológica de los estados. Al crear un organismo federal centralizado para la vigilancia epidemiológica, tal pareciera que este Acuerdo intenta enmendar la ambigüedad de la LGS cuando permite la intervención de las entidades federativas en esta materia aun cuando, en principio, la reservó al gobierno federal por mandato del artículo 3o. de la LGS.

Las principales facultades del Conave son las siguientes: proponer los lineamientos y procedimientos para el funcionamiento del Sinave, así como asegurar su aplicación; establecer las bases y mecanismos de concertación para crear, promover y apoyar el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (en adelante el SUIVE); coordinar y ejecutar las acciones de vigilancia epidemiológica de acuerdo con lo establecido en la LGS y la Norma Oficial para la Vigilancia Epidemiológica; fortalecer y apoyar la operación de los CEVEs; favorecer el intercambio de información en todos los niveles; integrar grupos interinstitucionales para el desarrollo de programas específicos y favorecer las actividades del Sinave y los sistemas específicos de enfermedades prioritarias. Por su parte, los CEVEs estarían integrados por el gobernador del estado, quien lo presidiría, el jefe de los servicios de salud de los estados como vicepresidente, el subjefe de los servicios de salud, el epidemiólogo estatal y un representante de cada institución del sector salud en la entidad.

Conforme al numeral 5.7 de la NOM para la Vigilancia Epidemiológica, el Sinave opera a través de relaciones formales y funcionales en el cual participan coordinadamente las instituciones del SNS para llevar a cabo de manera oportuna y uniforme la vigilancia epidemiológica. En el Sinave se realiza la recolección sistemática, continua y oportuna de información

relevante sobre las condiciones de salud de la población y sus causantes. El Sinave comprende el conjunto de estrategias y acciones para producir información epidemiológica útil en la salud pública. El sistema integra información proveniente de todo el país y de todas las instituciones del SNS; la información generada por el Sinave fluye desde miles de unidades de atención de la salud hacia la Dirección General de Epidemiología (en adelante, DGE). Conforme al artículo 32 bis-2 fracción X del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (en adelante, RISS), corresponde a la Dirección General de Vigilancia Epidemiológica, coordinar el Sinave, incluyendo la coordinación del Conave. Esta Dirección General se encuentra adscrita a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, entre cuyas facultades se encuentra dirigir la operación del Sinave, así como establecer las normas y lineamientos para su ejecución y vigilar su cumplimiento (artículo 10 del RISS, fracción V); esta facultad de la DGE es confirmada por el numeral 5.1 de la NOM para la Vigilancia Epidemiológica cuando dispone que corresponde a la DGE la coordinación del Sinave y se apoyará para tal efecto en el Conave, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Acuerdo Secretarial 130.

Del análisis de la NOM para la Vigilancia Epidemiológica concluyo que el Conave es más que una instancia coordinadora; en efecto, los órganos y facultades contenidos en los numerales 5.1 a 5.12 de esta NOM le conceden al Conave facultades de gobierno a nivel nacional y coloca a los comités estatales en el papel de ejecutores de sus disposiciones, lo cual favorece la competencia en favor del gobierno federal e intenta corregir la ambigüedad de la LGS al distribuir la competencia entre los dos niveles de gobierno. Esta NOM es compleja al contener criterios y metodologías específicas para la vigilancia epidemiológica en México, por razones de espacio y especialidad jurídica sólo me concentraré en su organización.

En los numerales indicados de la NOM para la Vigilancia Epidemiológica, se dispone que el Conave es la instancia responsable de unificar y homologar los criterios, procedimientos y contenidos para el funcionamiento de la vigilancia epidemiológica del país; el órgano coordinador del Sinave en cada una de las entidades federativas es un CEVE, responsable de difundir y verificar el cumplimiento de los procedimientos de la vigilancia epidemiológica en el estado; el órgano coordinador del Sinave en las jurisdicciones sanitarias es el Comité Jurisdiccional de Vigilancia Epidemiológica (Cojuve), quien es responsable de difundir y verificar el cumplimiento de los procedimientos de la vigilancia epidemiológica en cada una de las jurisdic-

ciones sanitarias del país.<sup>26</sup> Para el desarrollo de las acciones de vigilancia epidemiológica, el Sinave se apoya en los comités de vigilancia epidemiológica en todos los niveles, el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) y en la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP), en el personal de epidemiología o sus equivalentes en los diferentes niveles técnico-administrativos del SNS, y en las unidades de vigilancia epidemiológica.

En los Cojuves participan representantes institucionales en cada jurisdicción sanitaria. La información de vigilancia epidemiológica en México se integra en el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). La Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) opera en los hospitales generales y de especialidad para informar acerca de enfermedades de notificación obligatoria e infecciones nosocomiales. Por último, el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones recopila información proveniente de los certificados de defunción para registrar las causas de muerte en la población.<sup>27</sup>

La pandemia de COVID-19 exhibió las debilidades de este entramado institucional denominado Sinave durante 2020 y 2021, como veremos en el apartado siguiente.

#### IV. LA CRISIS DEL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PROVOCADA POR COVID-19

Hasta el 18 de noviembre de 2021 la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 causó globalmente más de 5 millones 127 mil decesos y 255 millones contagios, según la Universidad John Hopkins; debido al subregistro global de las cifras, los decesos podrían estar entre 10 y 15 millones, y la COVID-19 podría superar a la catástrofe humanitaria provocada por la última gran pandemia de influenza acaecida en 1918. A la misma fecha, la DGE reportaba en México un total 3 millones 851 mil casos confirmados de COVID-19 y 291 mil 573 defunciones.

Aun cuando la descentralización y federalización en México de los servicios de salud iniciada en la década de los ochenta tuvo beneficios para acercar los servicios de salud a la población, comparativamente, sus logros son escasos en lo relativo a la vigilancia epidemiológica, sobre todo frente

---

<sup>26</sup> La jurisdicción sanitaria es una división técnico-administrativa del territorio nacional para planear, diseñar, coordinar, ejecutar y evaluar los programas de salud.

<sup>27</sup> Para complementar sobre los órganos auxiliares del Sinave, seguí la presentación de la Secretaría de Salud en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica> (consultada el 29 de abril de 2020).

al reto de enfrentar una pandemia como la ocasionada por el virus SARS-CoV-2. Aunque la SS posee facultades de gobierno sobre el Sinave derivadas de las facultades de la Federación para prevenir determinadas enfermedades infecciosas, este sistema también cuenta con elementos incorporados por la descentralización sanitaria de finales del siglo XX, lo cual genera disfuncionalidades y falta de certeza jurídica en su operación al chocar criterios opuestos; como se examinó antes, por un lado, se reconoce la facultad de la Federación en la materia y al mismo tiempo se descentraliza la operación y supervisión del sistema permitiendo la intervención de los estados. Las deficiencias del Sinave son significativas ante eventos graves o extraordinarios como los provocados por una pandemia. Las disfuncionalidades del sistema abundaron y fueron exhibidas a largo de los últimos 18 meses durante 2020 y 2021 por la pandemia de COVID-19. En efecto, a las pocas semanas de declarada esta pandemia por la Organización Mundial de la Salud, las cifras proporcionadas por el gobierno federal y varias entidades federativas exhibieron agudas contradicciones y mostraron el enfrentamiento entre los dos niveles de gobierno provocados por una LGS carente de claridad respecto de la competencia de la vigilancia epidemiológica.

Por ejemplo, el 17 de abril de 2021 el gobernador de Baja California cuestionó la información de su entidad proporcionada por el gobierno federal. Durante una videoconferencia de prensa con su secretario de salud, el gobernador corrigió las cifras del Sinave respecto de las personas fallecidas por coronavirus en Baja California el día anterior; el número de decesos, dijo el gobernador, era de 72 personas y no de 31 como reportaba la SS; incluso cuestionó la cifra total de defunciones en el país.<sup>28</sup> El subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud apareció en los medios de comunicación para señalar que la incongruencia en las cifras era responsabilidad de los encargados de la vigilancia epidemiológica de las entidades federativas.<sup>29</sup>

Ante este evento, el conductor de un noticiero nacional llamó a desconocer la información proporcionada por el subsecretario al señalar que “sus cifras” eran irrelevantes. En seguida diversos actores sociales y políticos salieron en defensa del subsecretario o se sumaron a su crítica generando

<sup>28</sup> “Jaime Bonilla acusó a la Secretaría de Salud de dosificar cifras sobre muertos por Covid-19”, 18 de abril de 2020, disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/04/18/jaime-bonilla-acuso-a-la-secretaria-de-salud-de-dosificar-cifras-sobre-muertos-por-covid-19/> (consultado el 27 de abril de 2020).

<sup>29</sup> “«La omisión es del estado»: López-Gatell reveló por qué las cifras federales de coronavirus no coinciden con las estatales”, disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/04/21/la-omision-es-del-estado-lopez-gatell-revelo-porque-las-cifras-federales-de-coronavirus-no-concuerdan-con-las-estatales/> (consultado el 28 de abril de 2020).

una crisis de información y credibilidad del Sinave justo en medio de la implementación del Programa Sana Distancia y de las otras medidas no farmacéuticas para mitigar la pandemia. Todavía el 24 de abril el mismo subsecretario informaba de la existencia de “seis o siete” entidades federativas “que sistemáticamente se resisten o no cumplen con la notificación (de las cifras) en tiempo y forma”.<sup>30</sup>

En mayo de 2020 se creó un sistema federal de semáforos epidemiológicos que algunas entidades se negaban a seguir o, más grave aún, algunas crearon sus propios “escenarios” de alerta epidemiológica. A fines de la primera semana de agosto de 2021, ante la denominada “tercera ola de la pandemia”, la SS señaló que la Ciudad de México se encontraba en semáforo rojo, inmediatamente la jefa de gobierno reviró señalando que conforme a sus indicadores estaban en naranja. En fin, sería imposible resumir los conflictos existentes entre las entidades federativas y el gobierno federal durante los meses de la pandemia, sirvan los ejemplos anteriores sólo para ilustrar el problema. Al momento de escribir estas líneas, diferentes autoridades locales y federales se encuentran divididos respecto de la confiabilidad de las cifras no obstante que ambos niveles de gobierno colaboran en su elaboración, lo cual ha provocado una crisis del del Sinave, algo de la mayor gravedad cuando la población necesitaba de confianza en la información proporcionada por los sistemas oficiales y transmitidos por los medios de comunicación.

## V. HACIA UN NUEVO MARCO JURÍDICO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Señaladas las aporías que la descentralización ha provocado en el Sinave, se debería reconocer la urgencia de crear un entramado institucional mucho más sólido de la vigilancia epidemiológica y con certeza jurídica para subsecuentes epidemias; ante la pandemia de COVID-19, este tema se convirtió en uno de seguridad nacional.

En primer lugar, la LGS debe ser reformada para eliminar cualquier duda respecto de la competencia de la vigilancia epidemiológica en México a nivel nacional, aclarando que la competencia es exclusivamente de la Federación, así como también debería serlo su organización, operación,

---

<sup>30</sup> “López-Gatell: el pico de la epidemia durará 3 semanas”, disponible en: <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/04/24/lopez-gatell-el-pico-de-la-epidemia-durara-3-semanas-9654.html> (consultado el 28 de abril de 2020).

supervisión y evaluación; de esta manera se eliminaría la contradicción de la LGS entre sus artículos 3o., fracciones XII y XV y el 13.B fracción I. En efecto, una de las deficiencias del proceso de federalización y descentralización del sistema de salud es la poca claridad respecto de las competencias entre la Federación y los estados en diversas materias, de los cuales la vigilancia epidemiológica es un ejemplo; esto con independencia de las repercusiones que esa descentralización tuvo sobre la deficiente fiscalización de los recursos destinados a las entidades federativas para la salud, la caída en la calidad de algunos servicios sanitarios y su privatización, temas que rebasan los límites del presente capítulo.

Otra debilidad de la vigilancia epidemiológica en México es que el Sinave descansa en las competencias de una unidad administrativa centralizada de la administración pública federal, la Dirección de Epidemiología de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud; por la importancia de la vigilancia epidemiológica, este diseño es arcaico y no corresponde a las múltiples funciones de la vigilancia epidemiológica en el siglo XXI. Para enfrentar subsecuentes epidemias se requiere construir no sólo un nuevo sistema sino una institución robusta en términos de recursos científicos, humanos, materiales y financieros para implementar todas las medidas que la vigilancia epidemiológica requiere en un mundo globalizado.

El sistema de vigilancia epidemiológica debería ser independiente de los actores políticos y de los intereses económicos involucrados en una crisis de nivel nacional y global como la provocada por el SARS-CoV-2. En una época altamente interconectada por el movimiento de seres humanos a escala global, en el futuro es muy probable la existencia de otras pandemias; en consecuencia, es urgente despolitizar la vigilancia epidemiológica. Adicionalmente, el incremento de las estrategias biopolíticas nacionales e internacionales nos obliga a pensar en la elaboración de un sistema de medición relativamente impermeable a las tácticas de los contendientes en un sistema de intensa competencia política en las formas de gobierno democrática como la nuestra.

Así, constituye una deficiencia del Sinave su coordinación por la SS a través de su secretario de Salud, del subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y el director general de Epidemiología, los tres son servidores públicos dependientes del presidente de la República y, conforme a lo dispuesto por la Constitución en su artículo 89, fracción II, el secretario puede ser nombrado y removido libremente por el presidente; el mismo destino pueden experimentar los otros dos funcionarios de esa dependencia responsables de una vital función, como la vigilancia epidemiológica.

Algo semejante sucede en los niveles estatales donde los secretarios de salud también son nombrados o destituidos por su gobernador, quien ante las adversidades políticas y económicas provocadas por una pandemia puede sentirse en la necesidad de manipular las cifras y las investigaciones propias de la vigilancia epidemiológica. Más grave aún, los servidores públicos locales responsables de la vigilancia epidemiológica en los estados, aun cuando realizan una función asignada a la Federación, dependen jerárquicamente de los servicios estatales de salud y, con frecuencia, directamente del secretario de salud estatal; esto podría ser un peligro para la imparcialidad de su trabajo. En síntesis, existe un problema competencial al asignar funciones federales a servidores públicos locales; en síntesis, los principales funcionarios encargados del Sinave tanto a nivel federal como estatal carecen de autonomía y están sujetos a las necesidades políticas del presidente y los gobernadores de las entidades federativas o de la jefa o jefe de gobierno de la Ciudad de México.

Habrá quien afirme entonces que debería ser el CSG el responsable de la vigilancia epidemiológica a nivel nacional; sin embargo, conforme al mandato del artículo 73 fracción XVI de la Constitución, también el CSG depende directamente del presidente de la República, por lo cual carece de la autonomía requerida en un sistema democrático de alta competencia política; además, su naturaleza jurídica no le proporciona una operatividad permanente, se reúne en situaciones especiales o excepcionales.

En un sistema de elevada competencia política hay pocos incentivos para cooperar en la vigilancia epidemiológica si se presenta alguna de las tres siguientes condiciones: *a)* cuando los gobernadores pertenecen a partidos políticos diferentes al presidente; *b)* cuando los gobernadores y el presidente son del mismo partido pero poseen intereses distintos al interior del sistema político, y *c)* cuando los presidentes municipales y los gobernadores militan en partidos políticos diferentes o poseen diversos intereses. Por estas razones, el encargado de la vigilancia epidemiológica debería ser un ente autónomo de los poderes constituidos para evitar la falta de cooperación y la politización de sus decisiones. Para ello se podría aprovechar la infraestructura existente del Sinave como punto de partida para configurar un organismo público descentralizado con competencia nacional, altamente capacitado y profesionalizado para realizar las funciones de vigilancia epidemiológica.

El derecho comparado proporciona ejemplos de organismos técnicos autónomos cuya competencia se extiende a todo el territorio nacional para la vigilancia epidemiológica en países con formas de organización federal.



Es el caso de los Centros para el Control de Enfermedades (*Center for Disease Control* o CDC por sus siglas en inglés) en los Estados Unidos; este organismo, inicialmente creado para enfrentar las epidemias de malaria entre el personal militar de los Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial, se transformó en una compleja institución encargada de la vigilancia epidemiológica de otras enfermedades contagiosas;<sup>31</sup> en la actualidad es una agencia federal de salud pública encargada de producir información y conocimiento, así como herramientas necesarias para que las personas y comunidades protejan su salud a través de la promoción y prevención de enfermedades, lesiones y discapacidades; es una institución de Estado dirigida a la prevención y control de amenazas sanitarias y biológicas. Diseñada para integrar principalmente a epidemiólogos o profesionales de disciplinas relacionadas con la epidemiología, cuenta en la actualidad con más de 15 mil servidores públicos y centros en muchos de los estados integrantes de la Unión Americana; en la década de los cincuenta incorporó un Centro de Inteligencia Epidemiológica para investigar brotes epidémicos o cualquier tipo de amenaza sanitaria al tiempo que desarrolló sus propios programas de capacitación;<sup>32</sup> asimismo, incorporó y desarrolló toda una red de laboratorios, actividades de investigación y promoción y educación en salud de relevancia.<sup>33</sup> A semejanza de éstos centros, otros fueron creados en China y Europa para enfrentar las amenazas sanitarias con resultados positivos según la zona geográfica de estudio.<sup>34</sup>

En síntesis, el nuevo diseño para la vigilancia epidemiológica en México debería poseer, cuando menos, las siguientes características básicas:

- La responsabilidad de coordinar la vigilancia epidemiológica nacional estaría a cargo de un organismo público descentralizado,

<sup>31</sup> Parascandola, John, “From MCWA to CDC – Origins of the Centers for Disease Control and Prevention”, *Public Health Reports*, noviembre-diciembre de 1996, pp. 549-551, disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1381908/pdf/pubhealthrep00045-0079.pdf> (consultado el 27 de agosto de 2021).

<sup>32</sup> Langmuir, Alexander D., “The Epidemic Intelligence Service of the Center for Disease Control”, *Public Health Reports*, septiembre-octubre de 1996, pp. 470-477, disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1422746/> (consultado el 27 de agosto de 2021).

<sup>33</sup> Foegen, William H., “Center for Control Disease”, *Journal of Public Health Policy*, marzo de 1981, vol. 2, núm. 1, pp. 8-18.

<sup>34</sup> Wu, Zunyou y McGoogan, Jennifer, “Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China Summary of a Report of 72,314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention”, *Jama*, abril de 2020, vol. 323, núm. 113, pp. 1239-1242, disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2762130> (consultado el 27 de agosto de 2021).

- autónomo, con personalidad jurídica y patrimonio propios, con las facultades necesarias para captar, procesar y evaluar la información epidemiológica producida a nivel nacional bajo los principios de accesibilidad a la información, transparencia, objetividad e independencia; sería un organismo federal con la capacidad suficiente para asistir a las entidades federativas en las materias de su competencia.
- El órgano de gobierno de este organismo podría integrarse por ciudadanos mexicanos de reconocido prestigio en los sectores público, privado y social, así como en los ámbitos académico y profesional relacionados con la epidemiología; no deberían pertenecer a algún partido político o haber sido candidatos a ocupar un cargo público de elección popular; uno de ellos sería presidente o director del organismo.
  - El presidente o director del instituto podría durar en su cargo siete años, y podría ser reelecto por una sola vez para brindar estabilidad transexenal.
  - Los servidores públicos integrantes del órgano de gobierno del organismo sólo podrían ser removidos por causa grave y no tener ningún otro empleo, cargo o comisión, con excepción de los no remunerados en instituciones docentes, científicas, culturales o de beneficencia.

La creación de un centro epidemiológico de esta importancia requeriría una discusión plural y abierta entre los profesionales de la epidemiología en México, así como los responsables de la implementación de las normas y de las políticas públicas correspondientes; además, necesitaría de un importante programa de selección y formación de profesionales en esta disciplina para operar en todo el territorio nacional. Desde luego, la vigilancia epidemiológica no es la panacea para una pandemia; son indispensables además instituciones científicas, médicas y farmacológicas capaces de aportar los insumos necesarios para enfrentar cualquier amenaza de salud pública, así como una cultura de adhesión a las intervenciones farmacéuticas; un buen ejemplo de esto son los Estados Unidos, que cuentan con investigación científica de punta y un órgano relativamente eficiente para la vigilancia epidemiológica pero carecen de una cultura sanitaria de apego a las medidas socio-farmacológicas por parte de la población.

Sin embargo, repensar el marco institucional y normativo de la vigilancia epidemiológica en México constituiría un paso significativo para enfrentar con eficacia la próxima contingencia sanitaria que amenaza a la población mexicana, su vida económica y social. La pretensión de este capítulo

es incentivar el debate sobre el tema porque es inviable mantener el estado actual de cosas después del enorme padecimiento humano provocado por la pandemia de COVID-19.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- CANO VALLE, Rubén *et al.*, *Medicina y estructuras jurídico-administrativas en México. Hacia la reforma integral del sistema de salud*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2014.
- CASARÍN LEÓN, Manlio Fabio, *El federalismo mexicano y la educación pública*, en prensa, agosto de 2021.
- FOEGE, William H., “Center for Control Disease”, *Journal of Public Health Policy*, vol. 2, núm. 1, marzo de 1981.
- FUENTE, Ramón de la, *Federalismo y salud en México. Primeros alcances de la Reforma de 1995*, México, UNAM-Diana, 2001.
- LANGMUIR, Alexander D., “The Epidemic Intelligence Service of the Center for Disease Control”, *Public Health Reports*, septiembre-octubre de 1996.
- LÓPEZ BÁRCENA, Joaquín y REAL MATA, Tlatoani, “Avances de la descentralización de los servicios de salud en México 1995-1999”, en FUENTE, Ramón de la, *Federalismo y salud en México. Primeros alcances de la Reforma de 1995*, México, UNAM-Diana, 2001.
- MEJÍA GARZA, Raúl y ROJAS ZAMUDIO, Laura, *Federalismo. Rompecabezas actual*, México, Fondo de Cultura Económica, 2018.
- MOCTEZUMA BARRAGÁN, Gonzalo, “XXXVII. Legislación y normalización”, en URBINA FUENTES, Manuel *et al.*, *La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio*, México, Fondo de Cultura Económica, 2006.
- PARASCANDOLA, John, “From MCWA to CDC – Origins of the Centers for Disease Control and Prevention”, *Public Health Reports*, noviembre-diciembre de 1996.
- SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Jorge y RAMÍREZ BARBA, Éctor, *Servicios de salud en México*, México, Academia Mexicana de Cirugía, Editorial Alfil, 2009.
- SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Jorge y BARRIENTOS MACGREGOR, Gerardo, “Consejo Nacional de Salud”, en SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Jorge y RAMÍREZ BARBA, Éctor, *Servicios de salud en México*, México, Academia Mexicana de Cirugía, Editorial Alfil, 2009.

- SERNA DE LA GARZA, José Ma., *Derecho constitucional mexicano en su contexto*, México, UNAM-Porrúa, 2018.
- SERNA DE LA GARZA, José Ma., *El sistema federal mexicano: trayectorias y características*, México, UNAM-INEHRM, 2016.
- SOBERÓN ACEVEDO, Guillermo, *Derecho constitucional a la protección a la salud*, 2a. ed., México, Miguel Ángel Porrúa, 1995.
- SOBERÓN ACEVEDO, Guillermo, “La reforma de la salud en México”, *Gaceta Médica*, México, vol. 137, núm. 5, 2001.
- TENA RAMÍREZ, Felipe, *Derecho constitucional mexicano*, 20a. ed., México, Porrúa, 1984.
- URBINA FUENTES, Manuel *et al.*, *La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio*, México, Fondo de Cultura Económica, 2006.
- VALADÉS, Diego, “El derecho a la protección de la salud y el federalismo”, en SOBERÓN ACEVEDO, Guillermo, *Derecho constitucional a la protección a la salud*, 2a. ed., México, Miguel Ángel Porrúa, 1995.
- VILLA ROMERO, Antonio *et al.*, *Epidemiología y estadística en salud pública*, UNAM-McGraw Hill, 2014.
- WU, Zunyou y MCGOOGAN, Jennifer, “Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China Summary of a Report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention”, *Jama*, vol. 323, núm. 113, abril de 2020.