

Mauricio Merino Huerta, Jaime Hernández Colorado,  
Lourdes Morales Canales, Irma del Carmen Guerra Osorno

# Rendir cuentas en situaciones de emergencia: un modelo basado en la evidencia



**CUCEA**  
El mejor lugar para el talento

**IIRCCC**  
Instituto de Investigación en Rendición  
de Cuentas y Combate a la Corrupción

**CIDE**

Comunidad  
**pirc**  
Programa de Investigación y Rendición de Cuentas

**RRC** RED POR  
LA RENDICIÓN  
DE CUENTAS  
[www.rendidocuentas.org.mx](http://www.rendidocuentas.org.mx)

Las recomendaciones que se incluyen en los informes de este proyecto tienen la misión de proponer la construcción de un entorno de gestión que garantice que todas las decisiones públicas y sus transformaciones, en todos los momentos, sean transparentes y se rinda cuentas sobre sus consecuencias. Estas condiciones que de suyo son relevantes para la certeza, legalidad y probidad, también se relacionan con la participación, vigilancia y acompañamiento ciudadanos, que es un elemento de importancia fundamental para la discusión pública y es, a la vez, un insumo para las respuestas gubernamentales a una crisis —y, en general, para la atención de los problemas públicos. Además de estas consideraciones, que serían suficientes para dar sustento a los resultados de este proyecto, debe observarse que esas condiciones son imperativas en escenarios críticos, en los que se requiere aumentar la confianza ciudadana en las estrategias gubernamentales de respuesta a la emergencia. Finalmente, la confianza ciudadana se considera la base del fortalecimiento del liderazgo gubernamental, para el manejo, traducción y difusión de información clara, sencilla y verdadera sobre el problema que genera una crisis.

ISBN 978-607-571-176-8



9 786075 711768 >

Rendir cuentas en  
situaciones de emergencia:  
un modelo basado  
en la evidencia



Mauricio Merino Huerta, Jaime Hernández Colorado,  
Lourdes Morales Canales, Irma del Carmen Guerra Osorno

# Rendir cuentas en situaciones de emergencia: un modelo basado en la evidencia



**CUCEA**  
*El mejor lugar para el talento*



**IIRCCC**  
Instituto de Investigación en Rendición  
de Cuentas y Combate a la Corrupción



**CIDE**



Comunidad  
**OIRC**  
Observatorio de  
Integridad y Rendición de Cuentas



**RRC** RED POR  
LA RENDICIÓN  
DE CUENTAS  
[www.rendidocuentas.org.mx](http://www.rendidocuentas.org.mx)

Este libro es resultado del proyecto 313594, que contó con el apoyo y financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), en convocatoria 2020.

Equipo de trabajo del proyecto de investigación: Mauricio Merino Huerta (Responsable Técnico y Dirección), Jaime Hernández Colorado y Lourdes Morales Canales (Coordinación), Evelyn M. Guzmán Rojas, Irma del Carmen Guerra Osorno, Cecilia Cadena Inostroza, Medardo Tapia Uribe, José Bautista Farías, Blanca M. Acedo Angulo, Paula Sepúlveda Kischinevzky, Pedro Carta Terrón, Ricardo Eloy Martínez Fernández, Alejandro Ravelo Sierra, Yessica Corral Urbina, Cecilia Corvera Santacruz, Francisco Javier Chavarría Mendoza, Jorge Luis Zendejas Reyes, Luis Alfredo Osnaya Hoyos, Ian Jetro González Espinoza, Paola Castillo Nacif, Mónica Salcedo Sánchez, Wendolyn Veana Segura, Iveth Vázquez Castillo.

Proyecto apoyado por el Conacyt.

Primera edición, 2021

D.R. © Universidad de Guadalajara  
Centro Universitario de  
Ciencias Económico Administrativas  
Periférico Norte N° 799,  
Núcleo Universitario Los Belenes,  
C.P. 45100, Zapopan, Jalisco, México

ISBN Ebook 978-607-571-176-8

Editado y hecho en México

*Edited and made in Mexico*

Introducción	11
Nota metodológica	12
<b>Parámetros conceptuales para la gestión de crisis</b>	<b>17</b>
Gobiernos en contextos de crisis	19
El concepto de crisis	19
Distintos tipos de crisis	20
La gestión de crisis	24
La gestión de crisis en la administración pública	28
<b>Atención de crisis sanitarias</b>	<b>30</b>
Salud pública y políticas de enfermedades infecciosas	31
Situaciones de riesgo, amenaza a la salud pública y crisis sanitaria	33
Las crisis sanitarias como riesgo de seguridad	35
Aprendizaje institucional en la atención de crisis sanitarias	39
<b>Herramientas constitucionales, legales e institucionales para la atención de la crisis por COVID-19</b>	<b>43</b>
Marco constitucional y legal frente a la pandemia de COVID-19	45
Marco internacional de normas y recomendaciones para la gestión de la pandemia	61
Recomendaciones internacionales	64
Estrategias en ejecución	73

<b>Problemas (áreas de mejora) identificadas en la gestión de crisis en los tres niveles de gobierno en México</b>	<b>75</b>
Análisis de las adquisiciones y contrataciones públicas con recursos federales en la atención a la crisis por COVID-19	77
Análisis de las adquisiciones y contrataciones públicas vinculadas con la atención a la pandemia por COVID-19	79
Contrataciones específicas asociadas al COVID-19	85
Análisis de las adquisiciones y contrataciones de las instituciones del sector salud registradas en Compranet	102
Análisis de los tipos de contrataciones	108
Análisis de las adquisiciones públicas y contrataciones de 118 unidades hospitalarias en la Ciudad de México	118
Análisis de acciones estatales y municipales en la atención a la crisis por COVID-19	124
Caso Ciudad de México	130
Caso Jalisco	140
Análisis con información del INAI sobre transparencia y derecho de acceso a la información en la emergencia por COVID-19	152
Estadística	152
<b>Buenas prácticas de gestión de crisis por COVID-19</b>	<b>157</b>
Políticas frente al COVID-19: distintas experiencias internacionales	159
Medidas frente a la pandemia en América Latina	160
Perspectivas desde otros casos no regionales	168
Mejores prácticas y recomendaciones de política pública en el contexto del COVID-19	175

<b>Modelo de rendición de cuentas y combate a la corrupción</b>	<b>183</b>
De los resultados de la investigación al modelo de rendición de cuentas	185
Vertientes de la estrategia gubernamental frente al COVID-19	188
Sustento conceptual del modelo de rendición de cuentas y combate a la corrupción	190
Propuesta de modelo de rendición de cuentas y combate a la corrupción	195
Toma de decisiones	196
Sistemas de información	200
Portal unificado de información en internet	203
Principales siglas y abreviaturas	205
Bibliografía	209



# Introducción

Los problemas públicos generados por el virus SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19 han significado un reto mayúsculo para los gobiernos de todo el mundo. México no ha sido la excepción. De hecho, en la región de América Latina ha habido algunas experiencias dignas de análisis, teniendo en cuenta la visión de política pública desde la que se han articulado las estrategias. El objetivo de este proyecto, de conformidad con la propuesta que se sometió a consideración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), es analizar las herramientas propuestas por los estudios de administración pública, desde el enfoque de políticas públicas, para la generación de respuestas gubernamentales a momentos de emergencia. Asimismo, el proyecto se enfocó en recuperar los elementos básicos que determinan (y determinarán) los alcances y límites de las acciones gubernamentales en México frente a la crisis desencadenada por la pandemia y sus consecuencias. Otra vertiente fueron las acciones desarrolladas hasta el momento del inicio del proyecto (junio de 2020) como respuesta a los problemas generados por la pandemia. Finalmente, se incorporó también un análisis de buenas prácticas identificadas no solo entre gobiernos de otros países, sino también en documentos generados por organismos internacionales, a manera de recomendaciones. El conjunto de estos análisis, en consonancia con el objetivo planteado por el proyecto, es el sustento de las recomendaciones formuladas para el diseño de un modelo de gestión de crisis que sea, a un tiempo, transparente y con mecanismos claros de rendición de cuentas.

Los resultados que se han obtenido de este proyecto toman en cuenta la urgencia del momento que enfrenta el mundo. En este contexto, se entiende que las decisiones públicas, que se transforman en políticas y cursos de acción inmediata, deben

tener sustento en información. De entrada, las decisiones deben tomar en cuenta la evidencia científica sobre el problema de la pandemia y basarse inequívocamente en criterios técnicos sanitarios. Sin embargo, no todas las decisiones públicas en el marco de la gestión de la emergencia están vinculadas con las consecuencias sanitarias, siendo que ese problema ha generado otros de tipo económico y social, que también exigen respuestas inmediatas. Así, el proyecto y sus productos específicos se dirigen a presentar un modelo para la gestión adecuada de la crisis, en términos de administración y políticas públicas.

Las recomendaciones que se incluyen en los informes de este proyecto tienen la misión de proponer la construcción de un entorno de gestión que garantice que todas las decisiones públicas y sus transformaciones, en todos los momentos, sean transparentes y se rinda cuentas sobre sus consecuencias. Estas condiciones que de suyo son relevantes para la certeza, legalidad y probidad, también se relacionan con la participación, vigilancia y acompañamiento ciudadanos, que es un elemento de importancia fundamental para la discusión pública y es, a la vez, un insumo para las respuestas gubernamentales a una crisis –y, en general, para la atención de los problemas públicos. Además de estas consideraciones, que serían suficientes para dar sustento a los resultados de este proyecto, debe observarse que esas condiciones son imperativas en escenarios críticos, en los que se requiere aumentar la confianza ciudadana en las estrategias gubernamentales de respuesta a la emergencia. Finalmente, la confianza ciudadana se considera la base del fortalecimiento del liderazgo gubernamental, para el manejo, traducción y difusión de información clara, sencilla y verdadera sobre el problema que genera una crisis.

### Nota metodológica

El proyecto “Construcción de un modelo de rendición de cuentas y combate a la corrupción durante la atención de la crisis por COVID-19 en los tres niveles de gobierno en México” se planteó como objetivo analizar los insumos de información disponibles al 30 de junio de 2020, sobre las respuestas ofrecidas por los gobiernos de México. Esto tuvo la finalidad de identificar áreas de oportunidad que contrastadas con buenas prácticas de transparencia, rendición de cuentas y combate a la corrupción en la gestión de emergencias, además de lo propuesto desde la bibliografía especializada, permitieran articular un conjunto de recomendaciones puntuales y un modelo de atención para situaciones futuras.

El modelo que se propuso como uno de los resultados principales del proyecto tuvo originalmente la intención de proponer la confluencia de las estrategias de

los tres órdenes de gobierno en México, para generar un espacio de corresponsabilidad en las respuestas gubernamentales a la emergencia provocada por el COVID-19. Esta idea inicial ya prefiguraba la posibilidad de que los gobiernos federal, estatales y municipales compartan las responsabilidades sobre sus acciones para resolver los problemas que ha acarreado la pandemia. Un esquema de colaboración de esa naturaleza no solo se encaminaría a la responsabilidad compartida, sino a evitar la duplicidad de esfuerzo y la generación de información confiable sobre los alcances de los problemas que se enfrentan, en el ámbito nacional y sus derivaciones locales.

Las ideas generales que se plantearon como punto de partida del proyecto han sido útiles para la articulación de un conjunto de análisis de información que se plantean aquí como las bases para el modelo de rendición de cuentas y combate a la corrupción durante la atención de la crisis por COVID-19. Conviene decir que los resultados de este proyecto no solo son aplicables a circunstancias críticas generadas por problemas sanitarios, sino, en general, para estructurar las respuestas de los tres niveles de gobierno en México ante crisis de otra naturaleza, como las provocadas por los terremotos, huracanes, sequías, entre otros fenómenos naturales que exigen respuestas gubernamentales inmediatas.

En términos metodológicos, teniendo en cuenta los conceptos que ya se han mencionado, el proyecto articuló las siguientes vertientes de trabajo:

1. *Parámetros conceptuales.* Se enfocó en el análisis de la literatura especializada en políticas públicas, rendición de cuentas y gestión de crisis, con el cometido de identificar los cursos de acción ya registrados para la atención de emergencias, la articulación de respuestas gubernamentales, la gestión de la información durante una situación crítica, la toma de decisiones en condiciones de urgencia, las responsabilidades públicas, adquisiciones y contrataciones públicas y, en general, la transparencia y la rendición de cuentas como elementos centrales de la gestión administrativa. Se partió de la idea de que la bibliografía especializada podría ofrecer claves inexcusables no solo para entender los problemas comunes que surgen en esos momentos de gestión de emergencias, sino para identificar recomendaciones destinadas a perfeccionar las intervenciones gubernamentales sobre cualquier problema emergente, como ha ocurrido con la pandemia por COVID-19.
2. *Mecanismos normativos e institucionales.* Se dirigió a analizar los alcances y límites posibles para las respuestas gubernamentales en México, en momentos

de emergencia. Partiendo de la premisa de que la respuesta de los tres órdenes de gobierno en el país está necesariamente acotada por el marco normativo y constitucional, en términos del principio de legalidad, se consideró fundamental incorporar un análisis de esta naturaleza, vinculado con la revisión puntual de las acciones que se pusieron en marcha entre el 1 de marzo y el 30 de junio de 2020.

3. *Acciones de política.* Se orientó en una cuidadosa revisión de las áreas específicas de las acciones instrumentadas en el ámbito federal. En particular, se puso atención en la revisión de la información disponible en el portal de Compranet, con la intención de identificar patrones sobre el ejercicio presupuestario en el ámbito federal. Adicionalmente, se realizó el análisis de dos casos –Ciudad de México y Jalisco– que han destacado por la óptica divergente desde la cual afrontaron la emergencia, incorporando también un análisis específico sobre la auditoría en tiempo real del estado de Sonora, por considerarse relevante como ejemplo de atención a la crisis.
4. *Buenas prácticas.* Se encauzó en la identificación de buenas prácticas, tanto las recomendadas por organismos internacionales, como las derivadas de las experiencias de otros países. En específico, se incorporó el análisis de dos casos de América Latina, teniendo en cuenta que forman parte de una región con similitudes al caso de México, en términos de las capacidades comparadas de los Estados.

El arco temporal que se definió para esta investigación fue del 1 de marzo a junio de 2020, considerando que la primera fecha puede ser indicativa del inicio de las actividades de respuesta a la crisis generada por la pandemia, en el ámbito federal. La segunda tuvo que ver con el inicio del proyecto, pues pese a que se tuvo en cuenta que la circunstancia analizada ha seguido modificándose en los meses subsecuentes, al menos para el análisis de las bases de datos de adquisiciones se consideró importante establecer un punto de corte, para evitar ampliar ad infinitum el material susceptible de estudio. En ese sentido, la revisión y glosa de las acciones tomadas por el gobierno federal desde el punto de vista administrativo, se amplió hasta el 30 de junio de 2020, para incluir algunos virajes importantes en las líneas de trabajo instrumentadas en el ámbito nacional.

Las cuatro vertientes analíticas fueron de utilidad para identificar tres tipos de parámetros: a) aquellos establecidos en la literatura especializada que ofrecen recomendaciones para la estructuración de las respuestas de política pública desde las

instancias gubernamentales, sin demérito de que dichas recomendaciones puedan replicarse en cualquiera de los tres órdenes de gobierno que existen en México, con la correspondiente adaptación en términos de las atribuciones y facultades que tiene cada uno; b) aquellos establecidos por las recomendaciones de organismos internacionales, organizaciones especializadas en el ámbito internacional y los ejemplos de otros países en la gestión de la crisis generada por la pandemia de COVID-19. Se entiende que esas recomendaciones deben ajustarse para su implementación, al contexto y reglas propias del diseño constitucional mexicano; sin embargo, las prácticas a las que hacen referencia ya cuentan con regulación específica en el país, y c) aquellos establecidos por la legislación nacional, federal y estatal; o sea, los parámetros básicos de actuación que determinan los alcances y límites de las respuestas de los tres órdenes de gobierno en México.

Esos parámetros permitieron llevar a cabo un contraste entre lo posible y lo realizado hasta el momento en México; es decir, establecer un comparativo entre las acciones instrumentadas en el país, en el ámbito federal, estatal y municipal, frente a aquellas prácticas todavía posibles. El objetivo de esta comparación ha sido la identificación de espacios de mejora en las estrategias implementadas hasta junio en México. En este sentido, uno de los aportes principales de este proyecto es el modelo de rendición de cuentas y combate a la corrupción. El modelo ha sido resultado del comparativo que se ha mencionado y tiene anclaje en las buenas prácticas identificadas para garantizar procesos de atención a emergencias que se dirijan a responder a la inmediatez que requieren los problemas con eficiencia, eficacia, transparencia y rendición de cuentas. El modelo aspira a eliminar incentivos para las malas prácticas y cancelar hechos de corrupción, así como a garantizar la vigilancia permanente de la ciudadanía y consolidar la estructura de contrapesos institucionales en la gestión de la crisis.

Durante todas las etapas del proceso de investigación prevaleció el enfoque de políticas públicas. Pese a que se reconoce que las respuestas gubernamentales a situaciones de emergencia deben ser rápidas y eficaces, también es fundamental que la estrategia o plan rector de los gobiernos respondan a un método para asegurar, primero, las posibilidades de afrontar efectivamente el problema o los problemas que están generando la situación crítica, y en segundo lugar, que esas respuestas gubernamentales sean contrastables con lo planeado; es decir, que sea posible evaluar los resultados y los efectos de las decisiones tomadas. Finalmente, como resultado de la evaluación, es necesario que haya un espacio de análisis con información plena para la nueva toma de decisiones, o sea, que sea posible decidir si una línea de acción se

mantiene, se modifica o se cambia completamente, en función de los resultados que haya ofrecido. Esta estructura lógica permite que las respuestas gubernamentales a las crisis no solo sean eficientes, eficaces y evaluables, sino que también favorece la rendición de cuentas permanente, si se introduce en el modelo la transparencia como estrategia transversal.

Conviene reiterar que los resultados y el modelo de rendición de cuentas y combate a la corrupción que se han generado en este proyecto son de utilidad para mejorar la atención de los gobiernos mexicanos a cualquier tipo de crisis. No es lejana la experiencia de los procesos de reconstrucción posteriores a los terremotos de 2017 que produjeron afectaciones importantes en grupos extensos de la población en varios estados del país. De ahí que sea pertinente puntualizar que el modelo propuesto puede ofrecer a los gobiernos mexicanos líneas de acción tanto para mejorar sus respuestas a las emergencias como para la entrega de información a la ciudadanía.

# Parámetros conceptuales para la gestión de crisis



## Gobiernos en contextos de crisis

La pandemia por el virus SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19 representan una crisis sin precedentes para los Estados por sus implicaciones para los sistemas de salud, la economía y, en general, para la salud de la población. En este contexto resulta útil revisar la literatura sobre gestión de crisis, para concentrarse en posteriores apartados en las políticas públicas de atención a crisis sanitarias y, finalmente, en el caso del COVID-19 en particular.

### *El concepto de crisis*

Quizás uno de los textos más citados en el debate académico sobre el tema es el estudio de 1986 del consultor Steven Fink. De formación politólogo y comunicólogo, Fink fue parte del equipo del entonces gobernador de Pennsylvania (Estados Unidos), Dick Thornburgh, durante el accidente nuclear Three Mile Island, en marzo de 1979 y como asesor del gobierno soviético en la crisis nuclear de Chernóbil en 1986. Su enfoque es más que nada práctico, relegando la teoría y privilegiando una perspectiva de comunicación social pensada en las situaciones que enfrentan las empresas privadas (Frandsen y Johansen, 2020). En este sentido, Fink (2000/1986) considera que las crisis son una situación prodrómica—haciendo referencia al malestar que precede una enfermedad— que tiene el riesgo de escalar en intensidad, contar con el escrutinio riguroso de los medios de comunicación o del gobierno, interferir en las actividades u operaciones cotidianas, afectar la imagen positiva con la que contaba la organización afectada o sus integrantes y dañar la viabilidad de esta. Si bien en buena parte de la literatura sobre gestión de crisis se hace referencia a organizaciones del ámbito privado, también se incluye a organizaciones públicas, por las

similitudes en los procesos establecidos para la toma de decisiones, además de conceptos como el liderazgo organizacional para las respuestas a un momento crítico.

Otra definición popular es la de Larry Smith, presidente emérito del Instituto para la Gestión de Crisis, una consultora fundada en los años noventa y de las primeras en dedicarse de lleno a estos temas en Estados Unidos. Smith sugiere que las crisis son una perturbación en una organización política, legal, financiera o gubernamental que tiene una amplia cobertura de medios, y con efectos nocivos en las actividades ordinarias (Gottshalk, 2002; Mehr y Jahanian, 2016). James E. Lukaszewski y Noakes-Fry (2013) consideran que una crisis produce la inesperada y repentina creación de víctimas internas y externas a la organización acompañada además de una visibilidad no planeada, mientras que Holmes (2009) la define como un estado de desorden caracterizado por una confusión que es, a su vez, resultado de una agitación o desviación inesperada. Para Rosenthal, Charles y ‘t Hart (1989) y Rosenthal y Kouzmin (1997) las crisis son una amenaza seria a las estructuras básicas o a los valores y normas fundamentales de un sistema, por tanto, una vez que ocurren es preciso (e incluso inevitable) tomar decisiones vitales bajo presión en márgenes de tiempo estrechos y en circunstancias inciertas.

Acorde con Boin, ‘t Hart, Stern y Sundelius (2016) el concepto de crisis remite a una fase de desorden en el desarrollo de una persona, organización, comunidad, sector empresarial o de negocios o gobierno. Dicho de otra forma, para estos autores las crisis son observadas desde una perspectiva funcionalista como una amenaza o riesgo a distintos tipos de sistemas. Por tanto, son coyunturas críticas en la vida de estos, en la medida que sus habilidades para funcionar ya no están garantizadas. Por lo tanto, bajo su definición las crisis son un contexto en el que un sistema social –entendido como una comunidad, organización, país, región o gobierno– experimenta una amenaza inminente a su estructura o valores fundamentales. A la incertidumbre, se suma también un sentido de urgencia para llevar a cabo una respuesta contundente y de largo alcance que pueda lidiar con esta situación.

### *Distintos tipos de crisis*

Las crisis difieren por su origen, características y efectos en la organización y las personas afectadas inherentes a la misma o externas a esta; en buena medida los autores que han estudiado este tipo de fenómenos suelen utilizar distintos criterios para diferenciarlas: como el tiempo, las causas su intensidad y naturaleza; en ese sentido, podrían ser, por ejemplo, financieras, tecnológicas, políticas o naturales (Mitroff, Pauchant y Shrivastava, 1988). Otto Lerbinger (1997, 2012) y W. Timothy Coombs

(2007) las dividen en tres dimensiones generales y varios subtipos en función de las atribuciones de la crisis (Tabla 1).

Tabla 1. Tipología de crisis de Lerbinger y Coombs

	Víctimas	Accidente	Suceso intencional
Dimensión de crisis	En este grupo la organización y sus integrantes son víctimas de la crisis, pues suele ser causada por motivos externos. Las atribuciones de responsabilidad por la crisis son débiles. En ese sentido, hay una amenaza leve a la reputación de la organización	En este grupo, aunque la organización es responsable toda vez que sus acciones provocaron la crisis, los motivos no son intencionales. Así, las atribuciones sobre la responsabilidad son mínimas y hay una amenaza moderada para su reputación	En este grupo de crisis la organización es directamente responsable de la crisis y puso en riesgo a sus integrantes y a personas externas a estas por acciones inapropiadas que violaron alguna legislación o regulación determinada. Por tanto, hay una atribución clara sobre la crisis y, en consecuencia, una amenaza severa sobre la reputación de la organización
Tipos de crisis	<i>Crisis por desastres naturales, enfermedades o pandemias (sanitarias)</i>	<i>Crisis por desafíos</i> por un comportamiento inadecuado dentro de la organización	<i>Crisis por errores y accidentes humanos</i> por una acción, política o producto específico de la organización
	<i>Crisis por rumores falsos sobre la organización</i>	<i>Crisis por errores y accidentes técnicos</i> por una acción, política o producto específico de la organización	<i>Crisis por crimen o engaño</i> para violar regulaciones o legislación: estas crisis pueden causar víctimas y afectar el funcionamiento de la organización, así como a sus integrantes
	<i>Crisis por violencia</i> en el espacio de trabajo de la organización		
<i>Crisis por malevolencia</i> (manipulación) de actores externos a la organización			

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Lerbinger (1997, 2012) y Coombs (2007).

Johnson (2018) y Griffin (2014) clasifican las crisis dependiendo de si estas son internas o externas, por el tipo de riesgos e incidentes que provocan, y respecto de los problemas que causan, así como las consecuencias para la reputación y la gestión de las organizaciones. En esta línea, enfatizan la naturaleza dinámica de las crisis. Bernstein y Bonfede (2011), por su parte, las dividen en tres categorías generales:

progresivas, incrementales y repentinas, mientras que Dezenhall y Weber (2011) las dividen en distintas ramas que son consecuencia de las acciones de los actores internos o externos a la organización: caóticas (y sin origen claro), e intencionadas.

Para Arjen Boin et al. (2016), autores que concentran su reflexión en las consecuencias para los gobiernos y sus liderazgos, las crisis tienen tres elementos esenciales: amenaza (las consecuencias de las crisis atentan contra la estructura de la organización), urgencia (el tiempo de reacción limita la evaluación de acciones para contener la crisis) e incertidumbre (existe una ignorancia sobre las consecuencias de la crisis) (Tabla 2). Estos elementos permiten diferenciar a las crisis, así como el tipo de desafíos que enfrentan los tomadores de decisiones, sean públicos o privados (Pauchant y Mitroff, 1992).

Usando como referencia el elemento de amenaza, las crisis pueden distinguirse por su locus; dicho de otra forma, a quiénes afectan. Por ejemplo, algunas crisis como la pandemia actual representan un riesgo para la salud y el bienestar de las personas, por tanto, para sus posesiones, las instituciones e infraestructura en materia de salud, pero también para la viabilidad económica de los Estados y personas afectadas por la misma. Estas situaciones se suelen definir en términos de emergencias o desastres y es el caso del COVID-19 (Perry y Quarantelli, 2005). También hay otras crisis que afectan cómo se desempeña una comunidad u organización y, por tanto, afectan la integridad y competencia de los funcionarios involucrados en la misma y representan un riesgo para la legitimidad de la organización: se trata de crisis institucionales (Alink, Boin y 't Hart, 2001; Boin y 't Hart, 2000). Otro componente de la amenaza es dónde ocurren las crisis: puede haber algunas que afecten muchos dominios geográficos o políticos (estados, municipios, países); este tipo de crisis se consideran como transfronterizas y suelen ser mucho más difíciles de administrar, pues no respetan las fronteras en las que están organizadas las capacidades administrativas y políticas.

Además, si se toma el elemento de urgencia se pueden distinguir las crisis por su nivel de atención; es decir, acorde con la necesidad o requerimientos para resolverlas. Las crisis progresivas les otorgan a los líderes tiempo suficiente para atenderlas, pero la ausencia de emergencia hace complicado que puedan llevarse a cabo políticas o acciones concretas para lidiar con ellas y eventualmente pueden convertirse en crisis más graves. También hay crisis en las que no hay tiempo para actuar y en las que los líderes pueden imponer políticas de forma unilateral, con cierta legitimidad (Galaz, Moberg, Olsson, Paglia y Parker, 2010). Este tipo de respuestas gubernamentales suelen requerir mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, pues

Tabla 2. Tipología de crisis de Boin, 't Hart, Stern y Sundelius

Elementos esenciales de las crisis		Amenaza	Urgencia	Incertidumbre
Tipo de crisis	Locus. Organizaciones o actores afectados	Crisis por desastres naturales, enfermedades emergentes o pandemias (sanitarias)		
	Lugar de ocurrencia	Crisis institucional		
	Nivel de atención	Bajo o medio		Crisis progresiva
		Alto		Crisis inminente
Nivel de conocimiento	Alto			Crisis conocida
	Bajo o inexistente			Crisis desconocida

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Boin et al. (2016).

la prevalencia de condiciones de opacidad respecto de las estrategias instrumentadas no propiciará la confianza de la ciudadanía en las acciones gubernamentales. De hecho, en el caso de que los gobiernos gocen de mucha legitimidad, si se reproducen prácticas de opacidad, estas podrían resultar contraproducentes para la legitimidad sobre la cual se sustentaron las decisiones iniciales. Dicho de otra manera, una respuesta gubernamental a una crisis que adolezca de problemas de transparencia y rendición de cuentas no solo no generará confianza ciudadana, sino podría terminar minando la legitimidad que tenía el gobierno antes de la emergencia.

Finalmente, el elemento de incertidumbre sugiere que hay crisis que ocurren de forma inesperada, pero periódica, y de alguna forma son conocidas. Se trata de situaciones causadas por desastres naturales como huracanes, inundaciones, terremotos o por motivos sociales como protestas o movilizaciones diversas. Aunque se trata de sucesos peligrosos para la integridad de las organizaciones, pueden tratarse con medidas preventivas: planeando con anticipación, capacitando a los funcionarios, implementando políticas y programas que aminoren los riesgos derivados de estas situaciones y destinando presupuesto y recursos materiales y humanos suficientes.

Sin embargo, también existen crisis desconocidas que sorprenden a los tomadores de decisiones, a los Estados y a la población de diversas formas. Se trata de crisis ambiguas y desastrosas, pues ocurren muchas cosas en un breve lapso y hay una

sucesión acelerada de problemas desconocidos por lo que no se sabe en quién confiar o cuál es la respuesta de política pública adecuada para lidiar con esa situación (Clarke, 2004). Como se puede observar, la actual pandemia cuenta con características de varios de los tipos de crisis enunciados. De aquí que se considere un problema de características múltiples –es global con efectos locales, afecta a particulares pero también la capacidad de respuesta de los gobiernos, produce temor e incertidumbre en la población, desafía la rutina institucional y cuestiona la legitimidad– lo que contribuye a la complejidad que implica para los gobiernos.

### *La gestión de crisis*

Una vez definido el concepto de crisis se analizarán las prácticas que buscan hacerles frente, tanto para contenerlas, gestionarlas y eventualmente resolverlas. La elaboración teórica y las propuestas concretas sobre la gestión de crisis, como las que sugirió en su momento el enfoque de Nueva Gestión Pública, provienen del sector privado, en particular de la administración de empresas y de la acción de las relaciones públicas (o comunicación social, como se le conoce más comúnmente en el ámbito mexicano). En ese sentido, mucha de la literatura sobre el tema enfatiza la importancia, más allá de la resolución del problema, de la comunicación sobre acciones específicas, políticas y programas para lidiar con las crisis (Newman y Mejía, 2009; Smith, 1979). La gestión de crisis es el conjunto de prácticas para hacer frente a estos contextos inesperados e indeseables. En ese sentido, aunque no siempre se pueden predecir o prevenir del todo, el camino para atenderlas puede ser más efectivo si se implementan acciones previamente diseñadas para lidiar con ellas, una vez que cobran vigencia (Mena, 2011).

Para Fink (1986/2000) planear los cursos de acción para enfrentar una crisis significa remover riesgos e incertidumbre para tener más control sobre el destino de la organización. Otros autores consideran relevante concentrarse en qué liderazgo debe ejercerse durante las crisis y no solo ni necesariamente en su gestión o administración (Boin y 't Hart, 2016). Johnson (2018) define este campo de acción como uno en el que los liderazgos muestran sus competencias bajo un contexto de presiones extremas; dicho de otra manera, se trata de utilizar las competencias y herramientas que ya existen de la mejor manera posible.

Gilpin y Murphy (2008) sugieren que hay tres etapas en el desarrollo de este campo de estudio: primero una etapa que consideran táctica, que surgió a mediados del decenio de 1980 y que se concentraba en la planeación y preparación de las organizaciones frente a eventuales crisis. Para eso, se empleaban como herramientas

distintos manuales, protocolos de actuación y lineamientos de comunicación social. En segunda instancia, hubo una etapa estratégica (a partir de la mitad de los años noventa) que consideraba relevante la identificación oportuna y temprana de amenazas, así como la prevención de sucesos críticos para la estabilidad de la organización y, por tanto, se valía de herramientas como mapas de riesgo, análisis de inteligencia del entorno y de vulnerabilidad, así como una planeación preventiva y correctiva con base en las mejores prácticas tanto en comunicación como de políticas públicas. Finalmente, señalan el surgimiento de una tercera y última etapa (a mediados de la primera década de 2000) en la que las organizaciones admiten que es prácticamente imposible prevenir una crisis en todas sus aristas, por lo que se requiere interactuar con actores antes, durante y después de esta; aquí el elemento de aprendizaje y adaptación es fundamental, por lo que las organizaciones tienen el rediseño y cambio como una herramienta o característica predominante.

En términos generales, tanto el análisis como las herramientas propuestas en este campo de estudio se enfocan en tres grandes etapas antes de la crisis (preparación o prevención previa a la crisis), durante la crisis (respuesta o gestión de crisis) y postcrisis (recuperación o resultados después de la crisis) (Bundy, Pfarrer, Short y Coombs, 2016). Sin embargo, hay divergencias en el enfoque: mientras Meyer (2017), por ejemplo, considera la importancia de la planeación –en su caso la de planes en el corto plazo con énfasis en evaluaciones constantes sobre las vulnerabilidades que tiene la organización–, Dezenhall y Weber (2011) defienden la idea que más allá de los planes importa quién y cómo se toman las decisiones. A continuación, se presenta brevemente en qué consisten estas etapas.

*Etapa 1. Situación antes de la crisis.* Las crisis son inevitables. Por eso, las organizaciones deben funcionar adecuadamente –convertirse en instituciones de alta fiabilidad como se le denomina en la literatura sobre el tema– para enfrentarlas y sobrevivir a sus efectos y contenerlos en el menor tiempo posible (Bigley y Roberts, 2001; Perrow, 1984).

Para conseguirlo, las organizaciones tienen que reorientarse por medio de cambios en su estructura, diseño y cultura organizacional. En ese sentido, algunos autores han puesto énfasis en el análisis de las capacidades cognitivas y emocionales de los tomadores de decisiones durante esta etapa preventiva o previa a la crisis, así como en los papeles que desempeñan los distintos actores dentro de una organización y sus recursos y prácticas para promover esta sensación de fiabilidad (Roux-Dufort, 2007; Vogus y Welbourne, 2003). Algunas conclusiones de sus aná-

lisis se dirigen a afirmar que una organización puede enfrentar mejor las crisis si no hay disputas internas por el poder de la misma o cuestionamientos a la legitimidad del liderazgo. Asimismo, señalan la importancia de poner en marcha ciertas prácticas como la claridad en los objetivos –que definen de forma precisa las expectativas y las obligaciones entre los actores involucrados en la organización (en el caso de los Estados se trata de las relaciones entre dependencias o gobiernos)–, en el contenido de las políticas y programas, así como en la capacidad de transmitirlos o difundirlos a una población en específico o a sus integrantes (Greve, Palmer y Pozner, 2010; Lin, Zhao, Ismail y Carley, 2006).

*Etapa 2. Gestión durante la crisis.* Durante esta etapa la mayoría de las propuestas de la literatura se enfocan en identificar y arreglar los problemas, atendiendo los factores detrás de las crisis; en particular, los errores dentro de la organización o del liderazgo de la misma, es decir, las debilidades que permitieron la crisis. En ese sentido, destacan el carisma y las habilidades de los tomadores de decisiones para negociar y adaptarse y cambiar modelos previamente establecidos para lidiar con situaciones de emergencia; en buena medida consideran que el éxito depende de una comunicación efectiva. Otro componente que contribuye a un buena conducción durante estas situaciones es la existencia de un grupo de asesores efectivos, sean estos parte del consejo de administración en las empresas, o gabinetes o altos funcionarios en gobiernos. Otro elemento importante es la legitimidad del tomador de decisiones, sobre todo en crisis en gobierno (Kahn, Barton y Fellows, 2013; Roberts, Madsen y Desai, 2007). De nuevo, este elemento se vincula directamente con la identificación de mecanismos que permitan no solo el mantenimiento de esa legitimidad, sino su posible incremento.

También hay distintas maneras de comunicar la crisis una vez que está ocurriendo. Se puede asumir una actitud defensiva para reducir la percepción de que la crisis está relacionada con la organización o gobierno, negando, por ejemplo, el involucramiento en la misma o desafiando las críticas o los posibles vínculos que puedan existir con la crisis. De otro lado, se puede aceptar la responsabilidad de la organización en la crisis, ofreciendo disculpas, expresiones de empatía y una serie de acciones correctivas (Claeys y Cauberghe, 2012; Rhee y Valdez, 2009). En todo caso, y en lo que parece haber coincidencia –al menos desde la evidencia empírica de estudios de caso–, es en que las percepciones negativas sobre la organización se reducen si esta se anticipa y comunica de manera clara y honesta la información sobre la crisis. Esto va unido a la importancia de reconocer las debilidades o problemas internos que permitieron que la crisis ocurriera o que impidieron lidiar con esta de

forma efectiva, aunque también reconocen la influencia de los medios de comunicación y las redes sociales durante la cobertura sobre esta difusión de información (Bundy y Pfarrer, 2015; Veil, Buehner y Palenchar, 2011).

En ese sentido, David L. Sturges (1994) considera que hay tres categorías de información que deben atenderse en el ciclo de vida de las crisis: a) información instructiva, dicho de otra forma, guías sobre cómo deben comportarse las víctimas (personas afectadas por la crisis); b) información flexible que ayude a las víctimas a lidiar psicológicamente con la magnitud y consecuencias de la crisis, y c) información internalizada, que permitirá a las víctimas de las crisis construir una imagen sobre la organización o gobierno, y por tanto, evaluar su desempeño.

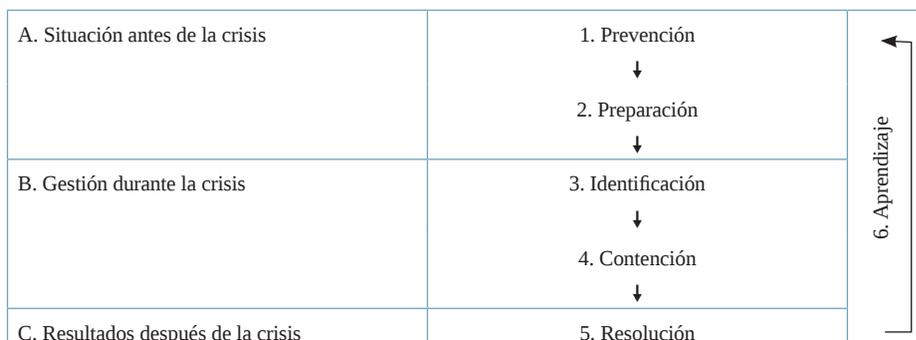
*Etapa 3. Resultados después de la crisis.* Por último, en la etapa posterior a la crisis, la literatura se ha concentrado casi de forma exclusiva en el proceso de aprendizaje institucional como resultado de las evaluaciones de los integrantes de la organización o en la valoración social. Esto permite reducir la probabilidad de que las crisis ocurran en el futuro o al menos aminorar sus efectos, pues se conocen las consecuencias de estas y sus probables motivos (Zahra y George, 2002). Si bien se ha reconocido que en muchas ocasiones que exista este proceso depende de la magnitud de la crisis, también hay una fase de reparación de la condición previa a la crisis que implica restaurar las funciones institucionales, la reputación o la relación con los involucrados en la organización ya sea clientes, socios, o en el caso de Estados, ciudadanos, gobiernos, funcionarios, entre otros (Gillespie y Dietz, 2009).

Algunos autores (Deister, 2008; Fink, 2000), no obstante, sugieren que hay más de tres etapas en la gestión de crisis y proponen pasos similares al proceso de políticas públicas (Figura 1):

1. Hay una etapa de prevención en la que se busca evitar que ocurra la crisis con acciones concretas y en donde se identifican riesgos y amenazas para la organización.
2. Existe un lapso de preparación en el que se evalúa la probabilidad de que ocurra un suceso determinado, así como sus posibles consecuencias para la organización, de manera que se pueda decidir qué atención amerita acorde con su nivel de riesgo (alto, medio, bajo).
3. Hay un momento de identificación en el que la organización se percata de la existencia de una crisis, intenta identificar el origen y su magnitud, y se inicia un plan de acción sopesando distintas alternativas para hacerle frente.

4. Existe una etapa de contención que busca tomar decisiones para solucionar el problema, controlando el flujo de información hacia el exterior, pero comunicando de forma honesta y eficaz los resultados de las acciones y políticas implementadas –esto con el objetivo de mantener el prestigio de la organización y la legitimidad en el liderazgo de la misma.
5. En la etapa de resolución se determina la finalización de una crisis y se busca restaurar las actividades y condiciones previas de la organización antes de la misma.
6. Hay un proceso de aprendizaje resultado de la evaluación de las acciones implementadas, el impacto de la crisis, el desempeño de la organización durante esta, así como el de sus integrantes y, por tanto, se adapta la organización a las nuevas condiciones postcrisis de manera que pueda prevenirse y contenerse mejor en situaciones similares en el futuro (Deister, 2011; Mena, 2011).

Figura 1. Etapas de la crisis



Fuente: Elaboración propia con base en Bundy, Pfarrer, Short y Coombs (2016), Deister (2008) y Fink (2000).

### *La gestión de crisis en la administración pública*

En el ámbito de gobierno las crisis ponen en entredicho las capacidades burocráticas de la administración pública. Su naturaleza impredecible demanda una respuesta oportuna y decisiva de los gobiernos y, por tanto, son objeto de tensiones con los actores afectados por estas decisiones o por aquellos responsables de implementarlas. Por eso, también hay críticas y debates alrededor de estas respuestas.

Como se dijo antes, la literatura de la gestión de crisis suele provenir del sector privado y la investigación en el ámbito de la administración pública es escasa o se adapta o transfiere de las empresas al sector público. En todo caso, los autores que

se han interesado por esta aproximación han puesto énfasis en la complejidad de la administración pública, toda vez que a diferencia de una empresa en la que se tiene que poner atención a aspectos de imagen, de resolución del problema y de las consecuencias de la crisis, en el ámbito público deben analizarse también implicaciones sociales, técnicas, administrativas, políticas, legales y económicas.

Otro aspecto por destacar es que en las emergencias se transfiere poder de decisión a los técnicos, a los expertos y a los funcionarios públicos, relegando en cierto modo la responsabilidad de los servidores públicos elegidos mediante elecciones. Esto genera un problema en los mecanismos de rendición de cuentas que debe atenderse con una mejor comunicación con la población respecto del problema y ofrecer mayor transparencia y condiciones para el escrutinio público sobre las decisiones que el gobierno está llevando a cabo en el contexto de crisis (Christensen y Læg Reid, 2007; Petak, 1985).

Tomando como referencia las crisis de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 y frente al huracán Katrina en agosto de 2005, algunos autores han considerado que la mala gestión de la crisis durante la administración del expresidente estadounidense George W. Bush fue consecuencia de una división de las mismas tareas entre distintas áreas de gobierno que impidió consolidar y compartir información para la toma de decisiones en distintos niveles —ejemplo de ello fue la compartimentación y especialización entre distintos órganos de inteligencia militares y civiles, y la posterior creación de una instancia coordinadora—. También se observó incapacidad para delegar funciones y privilegiar la centralización de las decisiones, falta de preparación y ausencia de un liderazgo proactivo (Cogan, 1994; Hammond, 2007). Más allá de las capacidades limitadas para lidiar con estas crisis, se considera que hubo una mala coordinación y una confusión sobre el papel que debían desempeñar los distintos niveles y agencias de gobierno involucradas en ambas crisis. De ahí que las respuestas hayan sido lentas e inadecuadas (Waugh, 2006).

Otra característica de las crisis en gobierno es la incapacidad de adaptarse a estas; es decir, las administraciones públicas suelen ser rígidas y poco permeables al aprendizaje y, por tanto, a los cambios institucionales necesarios para atender adecuadamente estas situaciones. El motivo detrás de este impedimento es la politización de las crisis, no solo por actores divergentes que buscan criticar a los tomadores de decisiones en estos contextos, sino también por aliados que buscan posicionarse frente al liderazgo. Por otra parte, el desconocimiento sobre la naturaleza de la crisis y sus efectos también impiden el aprendizaje en este escenario (Broekema, 2015).

De cualquier forma, en contextos de crisis —y por la naturaleza transfronteriza de estas que amerita respuestas multidisciplinarias y de varios actores e institucio-

nes— resulta necesario encontrar puntos de acuerdo entre distintas percepciones, posiciones y tareas. De alguna manera, por la naturaleza de la administración pública, las decisiones son políticas e involucran valores y prioridades. Así, la coordinación puede estar basada en criterios técnicos, pero el éxito de su implementación también depende del liderazgo político: uno que permita cierta autonomía y flexibilidad en la implementación de acciones concretas para lidiar con la crisis y también para adaptarse a la misma. En otras palabras, se requiere cierta independencia para las instituciones y personas encargadas de llevar a cabo las decisiones acordadas: autonomía y flexibilidad operativa para gobiernos estatales y locales, pero también un control central y un liderazgo robusto en lo que respecta a la estrategia general contra la crisis. Dicho de otro modo, se requiere un cierto grado de descentralización, pero sin diluir las responsabilidades centrales o federales (Boin, McConnell y ‘t Hart, Head, 2008).

Finalmente, a diferencia de las crisis en el sector privado, el elemento de legitimidad es esencial, pues se tienen que atender no solo problemas de eficiencia o efectividad frente a la crisis, sino también cuestionamientos sobre la participación de actores estatales, rendición de cuentas, transparencia, confianza ciudadana e internalización de prácticas recomendadas por el gobierno en estas situaciones —en el contexto de la pandemia, por ejemplo, el distanciamiento social, el cierre de negocios o el uso de tapabocas— (Boin y ‘t Hart, 2012). Además, durante y después de la crisis los gobiernos deben consolidar capacidades para mantener o recuperar la legitimidad y la confianza de los ciudadanos como una buena aprobación del desempeño de gobierno, toda vez que el capital social juega un papel fundamental para resistir las consecuencias de la crisis y para el proceso de recuperación una vez que esta finalice. En suma, una buena gestión de crisis en gobierno pone atención tanto en las capacidades como en la legitimidad de la gobernanza (Christensen, Læg Reid y Rykkja, 2016).

### Atención de crisis sanitarias

El campo de acción del sector salud está en constante expansión y desarrollo a partir del hallazgo y atención de nuevos riesgos y amenazas sanitarias. Se trata de enfermedades emergentes, pero también de situaciones paralelas que tienen un efecto adverso en la salud pública, tales como la expansión en la movilidad, el envejecimiento poblacional, la industrialización y la emisión de contaminantes o situaciones de desastre. Parece un hecho que las crisis sanitarias continuarán surgiendo, cada vez con mayor frecuencia y de manera menos predecible (Gérvas y Meneu, 2010).

Para hacer frente a las situaciones de riesgo, autoridades sanitarias nacionales y organismos internacionales han hecho un esfuerzo por mantener mecanismos de vigilancia y coordinación que permitan hacer frente con eficacia y oportunidad a brotes de enfermedades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002). Los mecanismos y recursos que han adoptado estas agencias sanitarias –para dar seguimiento a situaciones que afecten o puedan afectar a la salud pública– se han elaborado con base en criterios abiertos de gravedad, previsibilidad, potencial de diseminación e impacto potencial en el movimiento de personas y mercancías (Simón y Guillén, 2008). Con esta aproximación amplia se trata de transitar hacia una lista enunciativa, más no limitativa, de situaciones de riesgo para la salud pública. Sin embargo, a pesar del esfuerzo anteriormente señalado, persiste el sentimiento de insatisfacción acerca de los esfuerzos gubernamentales y privados para atender las necesidades actuales y futuras, en buena medida, por la falta de escrutinio sobre las prioridades internas de las organizaciones del sector salud, la ausencia de controles de transparencia y rendición de cuentas y el desequilibrio entre sus agentes (Lee, 2009).

### *Salud pública y políticas de enfermedades infecciosas*

Hay investigaciones exhaustivas que dan cuenta de la evolución conceptual, así como de la implementación de distintas medidas de salud pública desde sus orígenes remotos como campo de acción y hasta la época contemporánea (Berridge, Gorsky y Mold, 2011), tanto en el contexto internacional como en México (Fierros, 2014). De estos estudios se puede asumir que la salud pública cobró especial importancia en la agenda gubernamental nacional e internacional durante la segunda mitad del siglo XIX. A inicios del siglo XX los estudiosos del tema adoptaron una conceptualización que se mantiene, en términos generales, hasta la actualidad. Por ejemplo, Charles-Edward Amory Winslow (1920) definió a la salud pública como “la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física y la eficiencia por medio de los esfuerzos organizados de la comunidad”. Esta primera aproximación tiene amplias coincidencias con la definición de salud pública que propuso Donald Acheson en 1988 y que más adelante adoptó la OMS y, en términos similares, algunas legislaciones nacionales: “la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud pública por medio de los esfuerzos organizados de la sociedad” (Rechel y McKee, 2014).

A pesar de la relativa estabilidad del concepto de salud pública, algunos autores han manifestado recientemente las limitaciones de esta definición, como uno de los

motivos de que los actuales sistemas de salud no tengan la capacidad para hacer frente a los retos emergentes de salud pública. En esta línea de ideas, Kickbusch (1997) argumenta que desde que los sistemas de salud fueron instaurados, las condiciones han cambiado sustancialmente, en términos cualitativos y cuantitativos –tanto la calidad y acceso a servicios de salud como la proporción del producto interno bruto (PIB) que se invierte en el sector–. Si bien Kickbusch (1997) coincide con el enfoque de esfuerzo organizado de la sociedad, también critica que se limiten las metas y objetivos de la salud pública únicamente a la “prevención de la enfermedad” y la “promoción de la vida”. Por eso, propone coordinar una amplia respuesta social a la “producción de la salud y al consumo de servicios de salud”.

Este nuevo modelo de salud basado en la “producción de la salud” propone incluir un número creciente de problemas para complementar la métrica preponderante de mortalidad en la medición de la salud, entre otros: el ingreso, la educación, ocupación, y hasta el consumo de alcohol y tabaco (Auster, Leveson y Study, 1972). Recientemente, también se han propuesto otros indicadores relacionados con el estilo de vida como el sobrepeso y variables como la oferta de personal médico y el abasto de medicamentos (Häkkinen, 2002).

Por otra parte, los mecanismos e instituciones a cargo del control de enfermedades infecciosas también se han formulado a partir de parámetros desactualizados de las primeras conceptualizaciones de salud públicas; es decir, tienden a enfocarse únicamente en el control de individuos enfermos y la focalización en programas organizados de forma vertical. Esto es ventajoso para la erradicación de enfermedades específicas, pero deficiente en la mejora continua de la salud. Asimismo, suelen enfatizar los resultados en el corto plazo como eliminación de enfermedad concreta sin visualizar las consecuencias que estas dejaron, por lo que se deja a un lado un posible proceso de aprendizaje y, en el ámbito individual, de seguimiento de la salud de las personas recuperadas. Si se toman las consideraciones de Kickbusch (1997), Porter, Ogden y Pronyk (1999), el proceso para crear una nueva política de enfermedades infecciosas debería, por el contrario, ampliar las perspectivas biológicas del control de enfermedades infecciosas y, de esta manera, sería posible entender y resaltar los obstáculos comunes a la política de salud y a la intervención gubernamental.

En ese sentido, Porter et al. (1999) concluyen que una aproximación amplia del concepto de política de enfermedades infecciosas auxiliaría en la definición y desarrollo de vías de investigación en el siglo XXI, atendiendo la “creación de la salud” y las “sociedades saludables”, y no simplemente el tratamiento y la prevención de enfermedades infecciosas como ocurre actualmente (Tabla 3).

Tabla 3. Propuesta de cambio de paradigma

Modelo actual Tendencia de la salud pública contemporánea	Modelo propuesto Cambio de paradigma: política de enfermedades infecciosas
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Específica por enfermedad y verticalidad</li> <li>2. Intervenciones estandarizadas</li> <li>3. Orientación en el corto plazo</li> <li>4. Énfasis en el producto/metás</li> <li>5. Limitado al sector salud</li> <li>6. Enfocado en el riesgo individual</li> <li>7. Operación sin referencias a los procesos globales</li> <li>8. Trabajo en representación de la población</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vínculos horizontales</li> <li>2. Flexibilidad y sensibilidad por contexto</li> <li>3. Objetivos en el largo plazo/sustentabilidad</li> <li>4. Énfasis en los procesos</li> <li>5. Vinculado con múltiples sectores</li> <li>6. Entendimiento de la vulnerabilidad social; riesgo en el contexto de la vida cotidiana</li> <li>7. Tomar la globalización como referente y contexto</li> <li>8. Trabajo en colaboración con las comunidades</li> </ol>

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Porter (1999).

### *Situaciones de riesgo, amenaza a la salud pública y crisis sanitaria*

La idea de que la salud pública podría prevenir enfermedades llevó a pensar en los años setenta que eventualmente se podrían erradicar enfermedades contagiosas (Desenclos y De Valk, 2004). Desafortunadamente, año tras año se identifican enfermedades con impacto sanitario relevante. Tan solo en los últimos 40 años, por mencionar algunas: VIH/sida, lefionelosis, Ébola, virus Nipah, Marburg, variante de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, síndrome respiratorio agudo grave, gripe aviar AH5N1, Chikungunya (Simón y Guillén, 2008).

Desenclos y De Valk (2004) proponen cinco escenarios de infección relevantes para la salud pública: a) la aparición de una nueva infección (VIH, SARS o el actual SARS-CoV-2); b) la aparición de una infección conocida en donde no existía previamente (contagio del virus del Nilo Occidental en Estados Unidos); c) una infección existente, pero que previamente no se había logrado diagnosticar o vincular con algún agente infeccioso (hepatitis C hasta antes de su descubrimiento); d) una infección conocida que incrementa su incidencia regular (brotes de enfermedad); e) enfermedades infecciosas para las que las condiciones actuales les faciliten la transmisión (disminución de la cobertura de vacunación).

A partir de este planteamiento, agencias sanitarias nacionales han implementado métodos de seguimiento y atención de situaciones de riesgo que puedan tener un impacto en la salud pública, apartándose de listados limitativos de riesgos es-

pecíficos (Simón y Guillén, 2008). En la última edición del *Reglamento Sanitario Internacional* (OMS, 2005a) se adoptó la definición de riesgo de salud pública como “la probabilidad de que se produzca un evento que puede afectar adversamente a la salud de las poblaciones humanas, considerando en particular la posibilidad de que se propague internacionalmente o pueda suponer un peligro grave y directo”.

El objetivo de mantener mecanismos de seguimiento y atención de riesgos sanitarios es el de evitar que estos puedan convertirse en amenazas o crisis sanitarias. En este sentido, Simón y Guillén (2008) definen a la amenaza para la salud pública como “cualquier situación, riesgo o agente cuya presencia puede, potencialmente, dañar rápida, directa o indirectamente a la población expuesta, que por la magnitud de su impacto pueda producir una crisis”. Asimismo, la crisis de salud pública sería la situación que se produce cuando la urgencia en la toma de decisiones y la incertidumbre –que ocurren tras la aparición de una amenaza sanitaria– superan la capacidad normal de respuesta de los responsables de las crisis sanitarias, por lo que se afecta su autoridad. Lamata (2006) agrega que las crisis sanitarias van acompañadas de la imposibilidad de garantizar la dimensión final del problema –es decir, una incidencia o letalidad mayor de lo normal a lo temporal y geográficamente usual– y un interés informativo mayor de las personas afectadas por la crisis.

Una característica indiscutible de las crisis sanitarias es la percepción de riesgo. Kamradt-Scott y McInees (2012) acertadamente comentan que el encuadre de la influenza pandémica como riesgo de seguridad se ha arraigado de tal manera que, al hablar de esta, se acepta que el problema se encuentra en el ámbito de la urgencia. En 1932 se aisló el virus por primera ocasión en laboratorio y se tiene evidencia histórica que han ocurrido aproximadamente 13 pandemias desde 1590, incluida la de 1918 a 1920, conocida popularmente como la gripe española del virus influenza A subtipo H1N1 (Potter, 2001). Además, como bien han documentado Fetene y Dimitriadis (2010), la percepción de riesgo no necesariamente tiene un efecto de alarma o disuasivo inicial, lo cual se ha evidenciado de forma palpable durante la pandemia por COVID-19, en 2020.

En su análisis de 1979, Kahneman y Tversky documentaron (en ensayos clínicos) seis comportamientos inconsistentes favorables o con preferencia al riesgo que pueden aplicarse al contexto sanitario: a) aversión a las pérdidas, es decir, las potenciales pérdidas se consideran más costosas que los beneficios de una potencial ganancia; b) entendimiento del problema, dicho de otra forma, es importante cómo se clasifican y estructuran los problemas, independientemente de los riesgos que existan respecto de las decisiones detrás de esta clasificación; c) la percepción no li-

neal sobre el riesgo, entendido como que el cambio en la probabilidad de ocurrencia de un evento, o del momento en el que inician, puede tener distintos efectos sobre el entendimiento del riesgo; d) pérdidas contra costos, en otras palabras, cómo se comprenden los costos en contextos de riesgo, ya sea como una inversión para contener una crisis, por ejemplo, o como un desperdicio por una mala decisión y, por tanto, como una pérdida; e) dependencia sobre el origen, pues en función de dónde proviene la incertidumbre, a veces se prefiere un riesgo sobre otros porque se considera justo, y f) búsqueda del riesgo, pues aunque la mayoría es adverso al riesgo, bajo ciertas circunstancias especialmente amenazantes se prefiere el riesgo (Banerjee y Ewing, 2004). Así, la percepción del riesgo a partir de estos criterios suele favorecer las situaciones de crisis: por la detección tardía de la amenaza sanitaria, el retraso en la implementación de medidas de control sanitario, la excesiva atención mediática y la incertidumbre de la información (Simón y Guillén, 2008).

Gersovitz y Hammer (2003) explican que las personas maximizan su bienestar seleccionando entre los niveles de prevención y terapia sanitaria, que están a su vez sujetos a sus posibilidades y restricciones inherentes: por ejemplo, cómo la población responde al riesgo de infección y a la disponibilidad de pruebas contra el COVID-19. A partir de estos comportamientos, las autoridades sanitarias pueden predecir si la preferencia individual producirá el mejor resultado o, de lo contrario, será un obstáculo para la infección endémica. En este último supuesto, según los autores, los gobiernos deberían realizar intervenciones para influir la preferencia individual y alcanzar los resultados óptimos.

El comportamiento individual también puede constituir un obstáculo para la atención oportuna de riesgos sanitarios. Stanwell-Smith (2001) explica que las “influencias sociales en la salud pública incluyen el actual paradigma de la responsabilidad individual e independencia, en oposición a los valores comunitarios”. En términos generales, el manejo de la crisis de salud pública se enfrenta a la cultura en la que están inmersos el sistema sanitario y la sociedad, cuestión compleja que contribuye a explicar la respuesta a las sucesivas crisis de salud pública, una caracterizada por la distancia entre los hechos, las creencias y los sentimientos de las personas involucradas (Gérvás y Meneu, 2010).

### *Las crisis sanitarias como riesgo de seguridad*

Una de las funciones centrales del sistema, legislación y agencias sanitarias es el monitoreo, prevención y atención de las crisis sanitarias. En este sentido, Magnusson (2017) considera que el “ejercicio adecuado de los poderes legales puede variar

en función de la seriedad de la enfermedad, los medios de transmisión y la facilidad con la que ésta se transmite”. Además, actualmente están disponibles distintas herramientas que permiten la prevención de enfermedades como la vacunación (sarampión o polio) o el acceso a mejores servicios de saneamiento y acceso a agua salubre (parásitos). En otros casos, los individuos son tratables cuando la enfermedad se detecta con tiempo suficiente (tuberculosos y malaria). Normalmente estas enfermedades no atraen especial atención, porque sus efectos son leves y debido a que son enfermedades conocidas para el personal médico o en virtud de que su ocurrencia geográfica es limitada (Enemark, 2009). Sin embargo, existen excepciones. La OMS (2007) estimaba a finales de la primera década de este siglo que 25% de la población o aproximadamente 1 500 millones de personas podrían contagiarse de influenza pandémica, causando disturbios sociales y económicos severos.

A partir de los riesgos asociados a una crisis sanitaria, autoridades sanitarias nacionales e internacionales le han concedido el grado de riesgo de seguridad nacional. El pensamiento prevaleciente es que el impacto de crisis sanitarias es tan serio que debería tener la misma importancia que el sector militar (Enemark, 2009); esto último, sin distorsionar la ética de la salud pública (Mongoven, 2006). Se trata de equilibrar las restricciones a la libertad individual con las necesidades de atención a la crisis, que invariablemente debe sustentarse en la mejor evidencia científica disponible (Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], 2020). De ahí que sea muy relevante considerar, en el diseño de respuestas gubernamentales a una crisis de salud pública, el respeto y la garantía de los derechos de las personas.

Como explican Buzan, Waeber y De Wilde (1998), el riesgo de seguridad se ocupa de amenazas existenciales que requieren de medidas de emergencia y justifican acciones que no siguen los procesos habituales de los procesos políticos y, en particular, administrativos. Se trata de acciones de carácter urgente que no suelen discutirse ni ser legitimadas con el público, pero son necesarias como medida para hacer frente de una manera eficaz al riesgo. Aún así, las políticas de protección frente a riesgos de seguridad pueden ser ad hoc o institucionalizadas, pero cuando el riesgo es continuo o recurrente la mejor práctica es incorporarlas a los comportamientos rutinarios de las administraciones o, al menos, contar con planes preestablecidos para instrumentar de emergencia, en caso de ser necesario.

Con ciertos matices, el plan de respuesta ante pandemias que han instaurado gobiernos nacionales se concentra en siete pasos: a) preparación para una emergencia; b) vigilancia; c) investigación de casos y tratamiento; d) prevención de la propagación de la infección en la comunidad; e) preservación de servicios públicos; f) investigación

y evaluación, y g) implementación, prueba y revisión del plan. Variaciones de este plan o políticas similares existen y se han implementado en el ámbito nacional (OMS, 2005a). Por ejemplo, en Estados Unidos el Plan de Influenza Pandémica (Departamento de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estados Unidos, 2017) o los planes nacionales de preparación para la Influenza Pandémica de la Unión Europea.

A partir de estos parámetros, agencias nacionales de sanidad cuentan con mecanismos para vigilar y dar seguimiento a afectaciones potenciales de salud pública –especialmente, después de la revisión del Reglamento Sanitario Internacional en 2005 (OMS, 2005a)–. Simón y Guillén (2008) hacen énfasis en que su aplicación implicó “un importante cambio de mentalidad para los trabajadores sanitarios en el ámbito internacional, que [debió] reflejarse en el ámbito local, además de la necesidad de adaptar los servicios y recursos”.

Uno de los cambios más relevantes fue la creación de sistemas de inteligencia epidemiológica. En el ámbito internacional, por ejemplo, la OMS (2018) creó el Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe cuyo objetivo primario fue evitar pandemias por virus de la gripe –el único patógeno conocido hasta ese momento que las ocasiona–. En el ámbito nacional, algunas autoridades sanitarias han puesto en marcha sistemas de inteligencia epidemiológica que sustituyen los mecanismos de reporte tradicionales para hacer frente a un entorno en constante cambio (Paquet, Coulombier, Kaiser y Ciotti, 2006).

Paquet et al. (2006) explican que la

(...) inteligencia epidemiológica engloba todas las actividades relacionadas a la identificación temprana de peligros potenciales a la salud que pueden representar un riesgo, su verificación, valoración e investigación para que las medidas oportunas de salud pública puedan emitirse a manera de recomendación.

Ellos agregan que el campo de acción de la inteligencia epidemiológica incluye el monitoreo y la valoración del riesgo, pero no incluye la gestión del riesgo. Existen dos fuentes de información a partir de las cuales da comienzo la inteligencia epidemiológica, por indicador (Tabla 4) o por evento (Tabla 5).

La importancia de mantener una lista enunciativa, más no limitativa, de posibles riesgos de salud radica en que estas no siempre suelen ser las que se esperan por motivos históricos. Gérvas y Meneu (2010) explican que en países desarrollados estas “se han asociado clásicamente a la alimentación y a las infecciones”. Sin embargo, constantemente surgen riesgos para la salud pública de naturaleza distinta. Es por

Tabla 4. Componente basado en indicadores

Fuente	Motivos	Método
Notificación obligatoria	Algunas enfermedades raras, pero serias, exigen acciones rápidas y dirigidas	Marco jurídico
Inspección en una muestra de fuentes (modelo centinela)	Tendencias de algunas enfermedades comunes se pueden obtener de los representantes de redes de profesionales médicos	Redes centinela
Vigilancia sindrómica	Enfermedades emergentes pueden no encuadrar en definiciones específicas. La detección temprana de un grupo de síntomas puede activar una alerta antes de que casos comiencen a aparecer en sistemas tradicionales de vigilancia	Lista de síntomas
Mortalidad	Peligros emergentes severos pueden reconocerse desde un inicio por el incremento de muertes	Reportes de mortalidad en tiempo real
Actividades de servicios de salud	Situaciones emergentes severas pueden presentarse desde un inicio, a partir de un incremento en el número de admisiones a servicios de salud (por ejemplo, servicios de emergencias)	Reportes de actividad en tiempo real
Consumo de medicamentos	El incremento en el consumo de medicamentos específicos puede indicar una enfermedad emergente	Redes farmacéuticas

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Paquet et al. (2006).

Tabla 5. Componente basado en eventos

Fuente	Motivos	Método
Vigilancia científica	Hallazgos científicos relacionados con nuevos organismos o resistencia a medicamentos, entre otros, pueden activar la acción de la salud pública	Revisión de la literatura
Notificaciones directas	Clínicas o personal de salud puede encontrarse con eventos de salud anómalos	Teléfonos de guardia
Vigilancia en medios	Brotos u otros eventos de salud inusuales pueden ser recogidos de forma temprana por medios locales	Revisión de medios
Vigilancia internacional	Un país puede resultar afectado de forma secundaria por un evento de salud emergente del extranjero	Reportes de la oms
Eventos intersectoriales	Agricultura, ambiente, industria u otros sectores recolectan información acerca de riesgos y exposición relevantes para la salud	Canales de comunicación

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Paquet et al. (2006).

este motivo que Gévas y Meneu (2010) también consideran que “se puede decir que las crisis se manejan mejor donde la salud pública es más fuerte”.

### *Aprendizaje institucional en la atención de crisis sanitarias*

Kamradt-Scott y McInnes (2012) plantean que el brote de influenza H5N1 en Hong Kong de 1997 marcó el inicio de un nuevo ciclo en las políticas de protección frente a una pandemia de influenza. Hasta 1995, la oficina central de la OMS en Ginebra, Suiza, había reducido el número de empleados dedicados a la influenza y, según reportes, tan solo contaban con un encargado. Sin embargo, al haber iniciado el proceso de revisión del Reglamento Sanitario Internacional y la política de respuesta ante brotes epidémicos, la OMS pudo ensamblar un grupo de trabajo y atender la solicitud de Hong Kong para auxiliar a las autoridades locales. La decisión controversial que tomó el Ministerio de Salud fue la de eliminar, en su totalidad, a la población de aves de corral para contener la propagación del virus y, a partir de entonces, no hay más casos detectados de H5N1. Otro caso relevante ocurrió en Francia: ante la detección del virus SARS-CoV-2 en pacientes se aplicó el plan francés para la atención de influenza pandémica, a pesar de que el plan estaba pensado para otro tipo de enfermedad viral (Ghanchi, 2020).

Gévas y Hernández-Aguado (2007) elaboraron un listado de agentes relevantes en una crisis sanitaria:

- *Población*. Grupo heterogéneo que frecuentemente acepta la ciencia y las recomendaciones de salud pública, pero que también incluye a otro sector que suele desconfiar de esta y de la respuesta de autoridades y, por tanto, busca alternativas. Por otra parte, las crisis sanitarias suelen tener consecuencias más severas para sectores de escasos recursos en el ámbito nacional e internacional –por ejemplo, organizaciones internacionales esperaban que 96% de las defunciones por influenza pandémica ocurrieran en países en vías de desarrollo.
- *Pacientes*. Son los que tienen contacto directo con el sistema sanitario y esperan una atención médica, tanto en el tratamiento de la enfermedad como en la recuperación y durante las secuelas. Los pacientes, tanto los infectados o los potenciales (preocupados por los síntomas), requieren atención médica, aun cuando no se encuentren en lugares cercanos a centros médicos de calidad.
- *Personal clínico*. Este grupo es sensible a la situación de crisis sanitaria, pero su labor está condicionada a tener todos los elementos o requisitos necesarios para ejercer su profesión; por ejemplo, insumos o condiciones laborales. De lo contrario, pueden suspender actividades, efectuar protestas por las malas condi-

ciones de trabajo y representar un riesgo sanitario. Son, además, la imagen del sistema de salud, por lo que se requiere contar con médicos bien formados y profesionales, así como adecuadamente equipados.

- *Personal de salubridad.* Funcionarios especializados en la atención de la salud pública, pero que suelen ser relegados del análisis y toma de decisiones. Lo más conveniente es promover la credibilidad e independencia de profesionales y científicos que pueden desempeñar un papel para contener una crisis sanitaria.
- *Medios de comunicación.* Relevantes en la difusión de información, pero posiblemente influidos por intereses económicos o mediáticos.
- *Grupos de interés o de presión.* Grupos que buscan sacar provecho de una situación de crisis. Ocasionalmente, estos grupos comienzan a organizar una respuesta común que promueve el desconcierto inicial, la incertidumbre e hipótesis poco fiables. Estos objetivos son susceptibles de prevalecer en escenarios en los cuales las respuestas gubernamentales son erráticas, dispersas, descoordinadas o carecen de medios de justificación, explicación y transparencia.

La respuesta institucional a las crisis sanitarias también depende de las capacidades económicas de los países. Enemark (2009) sostiene que países con mayor riqueza pueden disponer de recursos para proteger a su población frente a una pandemia, pero también colaborar a aminorar la crisis en países ajenos a su zona de influencia. En 2006, por ejemplo, la Unión Europea y Estados Unidos comprometieron un fondo de 1 900 millones de dólares para prevenir la pandemia de influenza. De estos, aproximadamente la mitad se utilizó en el sureste asiático: Vietnam, Laos, Camboya, Indonesia y Tailandia. Otras economías no suelen ser tan comprensivas; simplemente no cuentan con recursos suficientes para brindar la atención integral a toda su población. Asimismo, la preparación e interés para enfrentar una crisis sanitaria influye en la respuesta institucional. Gérvas y Hernández-Aguado (2007), por ejemplo, critican la respuesta institucional en México y Argentina derivada del síndrome respiratorio agudo severo entre 2002 y 2003. Aún cuando no hubo contagios, sí se identificó ausentismo escolar, entre otros efectos del miedo.

A partir de estas limitaciones, Strosberg (2006) presentó un marco de operación para enfrentar una pandemia con recursos limitados. El marco tiene como punto de partida las siguientes consideraciones:

- La manera en la que se atiende la pandemia tiene el potencial de afectar desproporcionadamente a personas de escasos recursos y vulnerables. Entre otros

efectos perniciosos, la cuarentena excesiva se traduce a una pérdida del ingreso y otras carencias.

- La capacidad hospitalaria no suele ser la suficiente para atender la demanda y esta tampoco se puede expandir en un periodo breve (camas, equipamiento, personal). La insuficiencia hospitalaria también incide en la salud del personal médico, que normalmente se encuentra en un mayor riesgo por las carencias.
- Los servicios sociales enfrentan escasez de personal e insuficiencia en la provisión de servicios. Zonas de bajos ingresos: zonas urbanas con alta densidad poblacional y rurales dispersas representan un alto riesgo en contextos de crisis sanitarias.

La preocupación por la eficacia en la atención de crisis sanitarias en países con recursos escasos llevó a la OMS (2004) a elaborar un listado con acciones mínimas de control para limitar el potencial impacto que tendría una pandemia en estos lugares. De forma más concreta, Strosberg (2006) propone tres acciones:

1. *Racionamiento*. Un desafío central será proporcionar recursos en un contexto de escasez de vacunas o medicamentos antivirales, entre otros. Asimismo, hospitales se ven en la necesidad de admitir y dar de alta pacientes bajo condiciones que, en otro contexto, podrían considerarse como una disminución en el estándar de cuidado y de calidad. No obstante, durante una pandemia es necesario hacer concesiones para atender a la mayor población posible.
2. *Definir prioridades*. El proceso de toma de decisión deberá definir las prioridades de forma abierta y transparente, inclusiva, responsable y sensible. A partir de estos parámetros, se debe de administrar el tratamiento al sector de más alto riesgo (normalmente menores y adultos mayores), pero también al personal esencial como médicos.
3. *Implementación*. Aún cuando no existe experiencia en la atención de crisis sanitarias, mucho menos en racionar recursos que pueden salvar vidas, los gobiernos y agencias sanitarias tendrán que hacerse responsables del costo político de implementar políticas públicas que prioricen ciertos aspectos sobre otros en un contexto de crisis sanitaria.

Respecto de este último punto, la comunicación eficaz, la transparencia y rendición de cuentas de las autoridades es un punto central en la implementación de las respuestas gubernamentales a la emergencia. Del análisis del caso francés frente al COVID-19, Ghanchi (2020), señala que

(...) hubo discordancia entre el mensaje emitido por autoridades y la opinión pública durante la fase inicial de la epidemia. También se cuestionó la preparación de las autoridades al subestimar el equipo de protección personal para enfrentar una epidemia.

Por tanto, Gérvas y Meneu (2010) coinciden que, en un contexto de crisis sanitarias, se aconseja la participación central de los expertos en materia sanitaria, incluso por encima de funcionarios o políticos de carrera, sin olvidar que estos también desempeñan un papel fundamental en la implementación de medidas sanitarias y, sobre todo, en la decisión de política pública y política para atender las crisis sanitarias con base en evidencia y en la información de los profesionales de la salud.

Herramientas constitucionales,  
legales e institucionales para la atención  
de la crisis por COVID-19



## Marco constitucional y legal frente a la pandemia de COVID-19

La emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia de COVID-19 ha exigido que el Estado mexicano haga uso de los instrumentos jurídicos y administrativos disponibles para enfrentar la emergencia. A continuación, se presentan las características de cada instrumento y las condiciones coyunturales bajo las cuales se pusieron en marcha.

Este apartado está dedicado al análisis de los mecanismos legales y administrativos que se han puesto en marcha para la estructuración de las respuestas gubernamentales a la crisis generada por la pandemia de COVID-19. Destaca el énfasis en los medios legales de ámbito nacional, pues el entramado legislativo que existe en el país, en materias diversas, permite que aquellos parámetros que determinan los alcances y límites del gobierno federal se aparejen con aquellos establecidos en el ámbito estatal. En todas las materias vinculadas con la gestión de la crisis existen leyes generales que establecen alcances y límites para los tres niveles de gobierno en el país.

En primer lugar, es importante tener en cuenta que la Secretaría de Salud (SSA) informó que a partir del 9 de enero de 2020, cuando se dio a conocer la existencia del brote, se activó un plan de respuesta que incluía el aviso preventivo de viaje, monitoreo de medios de comunicación e identificación de casos sospechosos en pasajeros internacionales provenientes de China. Después, el 16 de enero, el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE) estableció los protocolos diagnósticos bajo los lineamientos que marca la OMS. El Centro Nacional de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional mantuvo comunicación continua con la OMS y los países de la región afectada.

Con base en los protocolos del INDRE, el 21 de enero se emitió el “Aviso Epidemiológico” para informar los métodos para la identificación oportuna de casos sos-

pechosos en México y las medidas de prevención pertinentes, que consistían en la toma de una muestra biológica que se enviaba al INDRE para dar seguimiento hasta la remisión de la enfermedad junto con su clasificación y estudio de contacto directos. Hasta el 22 de enero se habían identificado dos casos sospechosos de nacionalidad china y con antecedentes de viaje a China.

Ante la declaratoria de emergencia de salud pública de la OMS, el Comité Nacional para la Seguridad en Salud se reunió de forma extraordinaria con el fin de analizar la situación de la epidemia de coronavirus y las posibles implicaciones para preparación y respuesta de México. Cabe mencionar que el Comité es encabezado por el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell Ramírez, y es la instancia encargada del análisis, definición, coordinación, seguimiento y evaluación de las políticas, estrategias y acciones en materia de seguridad en salud. Está conformado por representantes de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), Secretaría de Turismo (Sectur), Secretaría de Educación Pública (SEP), Secretaría de Comunicaciones y Transportes (CST), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de los servicios médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), Secretaría de Marina (Semar) y Petróleos Mexicanos (Pemex), así como por representantes de universidades, instituciones privadas de salud y los secretarios de salud integrantes de la Comisión de Salud Pública del Consejo Nacional de Salud. La integración del comité varía en función de las invitaciones que realice su presidente, en este caso, el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de la SSA, las cuales se realizan teniendo en cuenta el o los temas que estén provocando la situación epidémica específica, así como las consecuencias de la misma.

Además de estas primeras reacciones, se emitieron informes diarios con información sobre el virus y las acciones diplomáticas y consulares que se pusieron en marcha. Aunque a finales de enero no se contaba con ningún caso confirmado, la OMS destacó que México fue el primer país en reaccionar con medidas concretas de alerta, rehabilitación, reactivación de los procedimientos y lineamientos asociados con el Reglamento Sanitario Internacional, así como la implementación de un diagnóstico y algoritmo para la detección y confirmación de casos.

Estas medidas se hicieron públicas en los Lineamientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica y por el Laboratorio de Enfermedad por COVID-19, a través de los cuales se estandarizaron las acciones del Sistema Nacional de Salud para identificar casos sospechosos, atenderlos, estudiarlos y seguir la cadena de contactos. Incluye también los procedimientos de muestras biológicas para confirmar

o descartar presencia del virus mediante técnicas de laboratorio y un capítulo de Vigilancia internacional, tal como lo marca el Reglamento Sanitario Internacional.

Aunado a esto, el 10 de febrero se concluyeron los Lineamientos de Atención Médica que brindaron un marco de referencia estandarizado a unidades de salud públicas y privadas para otorgar atención a casos sospechosos y confirmados por coronavirus, así como un programa de adquisición de insumos para enfrentar los posibles escenarios de la epidemia.

Ahora bien, abordadas las medidas antes de la confirmación del primer caso, es importante conocer lo esencial que resulta la intervención del Consejo de Salubridad General (CSG). Como lo marca el artículo 1 de su Reglamento Interior, es un órgano colegiado que depende directamente del presidente de la República y tiene el carácter de autoridad sanitaria, con funciones normativas, consultivas y ejecutivas. Las disposiciones que emite son de carácter general y obligatorias en el país.

Respecto de su integración, los artículos 3 y 4 indican que la presidencia estará a cargo del secretario de Salud y se tendrán distintos tipos de integrantes divididos en:

- Los gubernamentales

- *Vocales titulares.* Secretario de Hacienda y Crédito Público; secretario de Bienestar; secretario de Medio Ambiente y Recursos Naturales; secretaria de Economía; secretario de Agricultura y Desarrollo Rural; secretario de Comunicaciones y Transportes; secretario de Educación Pública; titular del IMSS; titular del ISSSTE; director general del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF).

Son designados y removidos por el presidente de la República, cuentan con voz y voto y sus cargos son honoríficos. A partir del acuerdo publicado en el *Diario Oficial de la Federación (DOF)* del 31 de marzo de 2020 firmado por el secretario de Salud, se sumaron como vocales titulares: titular de la Secretaría de Gobernación (Segob); titular de la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE); titular de la Sedena; titular de la Semar; titular de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana (SSPC) y el titular de la STPS.

- *Vocales invitados.* Director general de Sanidad Militar de la Sedena; director general adjunto de Sanidad Naval de la Semar; coordinador general de Protección Civil, de la Segob; subdirector corporativo de Servicios Médicos de Pemex.

Son invitados al Consejo por el presidente de la República a través del presidente del Consejo, con voz, pero sin voto:

- Las instituciones académicas y colegios de profesionistas
  - *Vocales titulares.* Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México, A. C.; presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C. y el rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.
  - *Vocales invitados.* Director del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt); director general del Instituto Politécnico Nacional (IPN); secretario general ejecutivo de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES); presidente ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A. C.; presidente de la Academia Mexicana de Pediatría, A. C.; presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.; presidente de la Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas, A. C.; presidente del Colegio Médico de México, A. C.; presidente del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.
- Organismos de carácter privado
  - *Vocales invitados.* Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.; presidente del Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica; presidente de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, y presidente de la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación.
  - *Secretarios de Salud.* O bien su equivalente de las entidades federativas que representen a las cuatro regiones del país. Además de la secretaria de Salud de la Ciudad de México.<sup>1</sup>

El CSG no solo es una autoridad normativa, sino también una instancia ejecutiva que permite conjugar a distintos tipos de participantes para poder actuar coordinadamente. Tiene facultades para emitir una declaratoria que establezca un caso de enfermedad grave como causa de emergencia. Esta acción sirve de cobijo para aprobar

---

<sup>1</sup> Según el artículo 5 (...) las entidades federativas se agruparán en las siguientes regiones:

- I Región noroeste, que se integrará por los estados de: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Colima, Nayarit, Sinaloa y Sonora.
- II Región noreste, que se integrará por los estados de: Coahuila, Durango, Nuevo León, Tamaulipas y Veracruz.
- III Región centro, que se integrará por los estados de: Aguascalientes, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala y Zacatecas.
- IV Región sureste, que se integrará por los estados de: Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.

los acuerdos necesarios y demás disposiciones generales de observancia obligatoria en el país en materia de salubridad general.

Consideremos ahora las tres fases por las que ha transitado la pandemia. La primera comenzó con la confirmación de los primeros casos y la declaratoria de emergencia que fue publicada en el *DOF* el 23 de marzo reconociendo la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como el establecimiento de actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia. Los puntos de este acuerdo establecieron:

PRIMERO. El Consejo de Salubridad General reconoce a la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2, COVID-19 en México como una enfermedad grave de atención prioritaria.

SEGUNDO. El Consejo de Salubridad General sanciona las medidas de preparación, prevención y control de la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2, COVID-19, diseñadas, coordinadas y supervisadas por la Secretaría de Salud, e implementadas por las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los Poderes Legislativo y Judicial, las instituciones del Sistema Nacional de Salud, los gobiernos de las Entidades Federativas y diversas organizaciones de los sectores social y privado.

TERCERO. La Secretaría de Salud establecerá las medidas necesarias para la prevención y control de la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2, COVID-19, en consenso con las dependencias y entidades involucradas en su aplicación, se definirán las modalidades específicas, las fechas de inicio y término de las mismas, así como su extensión territorial.

CUARTO. El Consejo de Salubridad General exhorta a los gobiernos de las entidades federativas, en su calidad de autoridades sanitarias y, en general, a los integrantes del Sistema Nacional de Salud a definir, a la brevedad, planes de reconversión hospitalaria y expansión inmediata de capacidad que garanticen la atención oportuna de los casos de la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2, COVID-19, que necesiten hospitalización.

QUINTO. El Consejo de Salubridad General se constituye en sesión permanente hasta que se disponga lo contrario (*DOF*, 2020g).

A partir de su fecha de publicación, este acuerdo sirvió como declaratoria de una situación de emergencia que dio cobijo a las acciones extraordinarias que puede desarrollar la SSA para atender la crisis.

Más tarde, el 30 de marzo de 2020 se publicó, también 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), por parte del CSG (2020). Este documento reforzó el acuerdo anterior con mayor especificidad al estipular que la SSA es quien habría de determinar las medidas necesarias de atención.

Aunque estos dos acuerdos marcaron el precedente oficial sobre la consideración del COVID-19 como enfermedad grave y emergencia sanitaria, se puede considerar que se presentaron cuando ya varias dependencias habían emitido acuerdos previos a los ya mencionados. En la Tabla 6 puede verse la cronología, desde los primeros casos reportados y los comunicados más relevantes que la SSA emitió, además de los informes técnicos diarios.

Tabla 6. Informe técnico diario COVID-19 (28 de febrero-22 de marzo 2020)

Fecha					Acuerdo publicado
	Confirmados	Sospechosos	Negativos	Defunciones	
28.02.2020	3	3	37	No incorpora este apartado	
29.02.2020	4	8	46	No incorpora este apartado	
01.03.2020	5	11	60	No incorpora este apartado	
02.03.2020	5	21	69	No incorpora este apartado	
03.03.2020	5	39	75	No incorpora este apartado	
04.03.2020	5	26	112	No incorpora este apartado	
05.03.2020	5	35	143	No incorpora este apartado	
06.03.2020	6	36	163	No incorpora este apartado	
07.03.2020	7	30	186	No incorpora este apartado	
08.03.2020	7	24	201	No incorpora este apartado	
09.03.2020	7	12	218	No incorpora este apartado	
10.03.2020	7	37	234	No incorpora este apartado	
11.03.2020	11	49	264	No incorpora este apartado	
12.03.2020	15	82	298	No incorpora este apartado	
13.03.2020	26	105	344	No incorpora este apartado	
14.03.2020	41	155	404	No incorpora este apartado	
15.03.2020	53	176	482	No incorpora este apartado	
16.03.2020	82	171	579	No incorpora este apartado	Acuerdo SEP
17.03.2020	93	206	672	No incorpora este apartado	Acuerdo SCJN
18.03.2020	118	314	787	No incorpora este apartado	

Fecha					Acuerdo publicado
	Confirmados	Sospechosos	Negativos	Defunciones	
19.03.2020	164	448	921	No incorpora este apartado	
20.03.2020	203	606	1 111	2	Acuerdos SFP Acuerdo ASF Acuerdo CJF
21.03.2020	251	697	1 463	2	
22.03.2020	316	793	1 667	2	

Nota: SEP (Secretaría de Educación Pública); SCJN (Suprema Corte de Justicia de la Nación); SFP (Secretaría de la Función Pública); ASF (Auditoría Superior de la Federación); CJF (Consejo de la Judicatura Federal).

Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA (2020e-2020i) y DOF (2020a-2020f).

En ese periodo previo a la declaratoria de emergencia por parte del gobierno mexicano y tras confirmarse los primeros tres casos, el subsecretario Hugo López-Gatell aclaró que, durante ese momento, no había razón científica o de salud pública para suspender actividades laborales y escolares, ya que nos encontrábamos en el escenario 1 de transmisión localizada a contactos y no generalizada.

Después, el 4 de marzo, la SSA comunicó lo abordado en la reunión de la Conferencia Nacional de Gobernadores (Conago) respecto de las solicitudes de varios gobernadores para precisar la coordinación indispensable con el gobierno federal para atender la enfermedad. Ante esto, el secretario de Salud, Jorge Alcocer, garantizó que habría abasto de los reactivos requeridos para las pruebas de laboratorio y que la enfermedad aún no era una emergencia epidemiológica.

El 5 de marzo, durante la primera reunión ordinaria del Consejo Nacional de Salud en León, Guanajuato, el secretario de Salud, Jorge Alcocer, dijo que el coronavirus era un invitado “que no nos haría temblar y al que nos acercaríamos organizados y con disciplina” y con un robusto sistema de vigilancia epidemiológica, asegurando que los estados tenían el potencial para comunicar sobre la situación en tiempo real y en cada rincón del país, permitiendo que se tomaran decisiones de forma inmediata con el fin de mitigar el riesgo (“El coronavirus es un invitado...”, 2020).

Luego, el 13 de marzo, durante la conferencia matutina, el subsecretario López-Gatell reiteró que todavía no era momento para cancelar eventos masivos, suspender clases, restringir vuelos procedentes del extranjero o cerrar fronteras y puertos marítimos, ya que el país continuaba en la fase 1 y esas decisiones podrían generar afectaciones sociales y económicas, por lo que era preciso mantenerse informado a través de fuentes oficiales para evitar la propagación de rumores.

Para el 16 de marzo, la SEP comunicó, a través de un acuerdo en el DOF, un receso escolar para las escuelas dependientes del Sistema Educativo Nacional y la SEP (a excepción del IPN) desde el 23 de marzo hasta el 17 de abril. Al día siguiente, el Poder Judicial de la Federación publicó un acuerdo por el cual se suspendía toda actividad jurisdiccional de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) del 18 de marzo al 19 de abril.

El 18 de marzo se reportó la reunión de trabajo entre comités nacionales de Emergencias y de Seguridad en Salud en la que se acordó que las acciones de prevención, control y distanciamiento social estarían a cargo de la SSA en consenso con las dependencias involucradas para su aplicación, así como para los términos de tiempo y ámbitos de actuación.

Un día después, el CSG se declaró en sesión permanente y reconoció la epidemia por COVID-19 en México como una enfermedad grave de atención prioritaria, se sancionaron las medidas diseñadas por la SSA para su implementación en las dependencias y entidades de la administración pública federal, los poderes Legislativo y Judicial, las instituciones del Sistema Nacional de Salud, los gobiernos de las entidades federativas y diversas organizaciones del sector social y privado. Como se mencionó antes, se reiteró la importancia de que las medidas a implementar y su temporalidad fueran en consenso con las dependencias involucradas.

También se exhortó a los gobiernos estatales y al Sistema Nacional de Salud a definir los planes de reconversión hospitalaria y expansión inmediata para garantizar la atención a los casos que requirieran hospitalización. Atendiendo la petición, se expuso el Plan Estratégico de Reconversión de Camas Hospitalarias del IMSS que se había puesto en marcha desde el 28 de febrero en 81 hospitales del país con un total de 379 camas para hospitalizar a 3 600 pacientes atendidos por 853 médicos especialistas y 1 603 enfermeras (IMSS, 2020).

En consecuencia, se emitieron acuerdos de suspensión temporal de actividades por parte de la Secretaría de la Función Pública (SFP), los subsistemas de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal y la Auditoría Superior de la Federación, del 23 de marzo al 17 de abril, y del Consejo de la Judicatura Federal en sus órganos jurisdiccionales y áreas administrativas del 18 de marzo al 19 de abril de 2020.

Pese a que los primeros casos se reportaron a finales de febrero, fue hasta el 23 de marzo que se publicó el acuerdo en el que se consideraba el COVID-19 como una enfermedad grave de atención prioritaria. Junto con los demás acuerdos publicados, la pandemia siguió evolucionando como se observa en la Tabla 7.

Tabla 7. Informe técnico diario COVID-19 (23-31 de marzo 2020)

Fecha					Acuerdo/decreto publicado
	Confirmados	Sospechosos	Negativos	Defunciones	
23.03.2020	367	826	1 826	4	El CSG reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria
24.03.2020	405	1 219	2 161	5	La SSA establece las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)
25.03.2020	475	1 656	2 445	6	
26.03.2020	585	2 156	2 965	8	
27.03.2020	717	2 475	3 542	12	Presidencia de la República decreta 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
28.03.2020	848	2 623	4 341	16	
29.03.2020	993	2 564	4 955	20	
30.03.2020	1 094	2 752	5 635	28	El CSG emite la Declaración como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)

Fecha					Acuerdo/decreto publicado
	Confirmados	Sospechosos	Negativos	Defunciones	
31.03.2020	1 215	3 511	6 282	29	<p>La SSA publica el acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2.</p> <p>Se suman como vocales titulares: titular de la Segob; titular de la SRE; titular de la Sedena; titular de la Semar; titular de la SSPC, y titular de la STPS al CSG.</p>

Nota: CSG (Consejo de Salubridad General); SSA (Secretaría de Salud); Segob (Secretaría de Gobernación); SRE (Secretaría de Relaciones Exteriores); Sedena (Secretaría de la Defensa Nacional); Semar (Secretaría de Marina); SSPC (Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana); STPS (Secretaría del Trabajo y Previsión Social).

Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA y DOF.

Vale la pena destacar que en el acuerdo por el que se declaró como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la ya reconocida pandemia generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), se estipuló una vigencia hasta el 30 de abril de 2020. Y hasta la redacción de este informe, el acuerdo no había sido actualizado con una nueva vigencia.

Por otro lado, al día siguiente de su emisión, la SSA publicó en el DOF el acuerdo que establecía las medidas preventivas a implementar para mitigar y controlar los riesgos que implica el COVID-19 a través de la Jornada Nacional de Sana Distancia dirigida a todas las autoridades y población en general. Las medidas enunciadas fueron:

- Evitar la asistencia a lugares concurridos a personas mayores de 65 años, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, menores de 5 años, personas con discapacidad, con enfermedades crónicas no transmisibles o con algún padecimiento o tratamiento que genere supresión del sistema inmunológico.
- Suspender actividades escolares de todos los niveles hasta el 17 de abril.
- Detener temporalmente las actividades de los sectores público, social y privado que involucren concentraciones físicas a excepción de las que tienen funciones

esenciales relacionadas con la mitigación y control de los riesgos que implica el COVID-19 y teniendo en cuenta la garantía de derechos de las personas trabajadoras.

- Aplazar hasta nuevo aviso los eventos masivos, reuniones y congregaciones de más de 100 personas.
- Cumplir con las medidas básicas de higiene (lavado frecuente de manos, mantener sana distancia, estornudar o toser cubriendo boca y nariz, recuperación efectiva de personas contagiadas).

De igual forma, ese día se anunció que México entraba la fase 2 de la epidemia de coronavirus debido a que había casos sin antecedentes identificables de importación (“México suma 5 muertes y 405 casos...”, 2020). Para ello, el IMSS reportó que se contaría con 120 hospitales reconvertidos en el nivel nacional para atender a 8 059 pacientes en hospitalización y 2 420 en terapia intensiva.

El 27 de marzo la Presidencia de la República declaró acciones extraordinarias en las regiones afectadas en materia de salubridad general en atención al COVID-19; entre estas se incluyó: la utilización de los recursos médicos y de asistencia social de todos los sectores, la adquisición de todo tipo de bienes y servicios en el nivel nacional e internacional para afrontar la crisis, importar y autorizar la importación y llevar a cabo las medidas necesarias para evitar la especulación de precios y acopio de los insumos esenciales necesarios para los bienes y servicios ya mencionados.

Siguiendo el curso de los acuerdos, el 30 de marzo se publicó la declaración de emergencia sanitaria por COVID-19 y al día siguiente se establecieron medidas extraordinarias para enfrentar la crisis sumando a vocales titulares.

Para profundizar en el análisis, es necesario resaltar las principales acciones administrativas de los acuerdos y decretos abordados anteriormente (Tabla 8).

**Tabla 8. Principales acciones administrativas derivadas de los acuerdos y decretos emitidos sobre la emergencia por COVID-19**

Publicación <i>DOF</i>	Decreto o acuerdo	Principales acciones
27.03.2020	Presidencia de la República Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional	Se faculta a la SSA: ii. Adquirir todo tipo de bienes y servicios, a nivel nacional o internacional, entre los que se encuentran, equipo médico, agentes de diagnóstico, material quirúrgico y de curación y productos higiénicos, así como todo tipo de mercancías y

Publicación <i>DOF</i>	Decreto o acuerdo	Principales acciones
	en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)	objetos que resulten necesarios para hacer frente a la contingencia, <b>sin necesidad de llevar a cabo el procedimiento de licitación pública, por las cantidades o conceptos necesarios para afrontarla</b> iii. Importar y autorizar la importación, así como la adquisición en el territorio nacional de los bienes y servicios citados en la fracción anterior, <b>sin necesidad de agotar trámite administrativo alguno, por las cantidades o conceptos necesarios para afrontar la contingencia</b> objeto de este Decreto
31.03.2020	ssa Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2	Se ordena la suspensión inmediata, <b>del 30 de marzo al 30 de abril de 2020, de las actividades no esenciales</b> , con la finalidad de mitigar la dispersión y transmisión del virus SARS-CoV-2 en la comunidad, para disminuir la carga de enfermedad, sus complicaciones y la muerte por COVID-19 en la población residente en el territorio nacional Solamente podrán continuar en funcionamiento las siguientes actividades, consideradas esenciales: a) <b>Las que son directamente necesarias para atender la emergencia sanitaria, como son las actividades laborales de la rama médica, paramédica, administrativa y de apoyo en todo el Sistema Nacional de Salud.</b> También los que participan en su abasto, servicios y proveeduría, entre las que destacan el sector farmacéutico, tanto en su producción como en su distribución (farmacias); la manufactura de insumos, equipamiento médico y tecnologías para la atención de la salud; los involucrados en la disposición adecuada de los residuos peligrosos biológicos-infecciosos (RPBI), así como la limpieza y sanitización de las unidades médicas en los diferentes niveles de atención
03.04.2020	ssa Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias que se deberán de	ARTÍCULO SEGUNDO.- <b>Se establece que las Secretarías de Salud; de la Defensa Nacional, y de Marina; así como el Instituto de Salud para el Bienestar; el Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Instituto de Seguridad y</b>

Publicación <i>DOF</i>	Decreto o acuerdo	Principales acciones
	<p>realizar para la adquisición e importación de los bienes y servicios a que se refieren las fracciones II y III del artículo segundo del Decreto por el que se declaran 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), publicado el 27 de marzo de 2020</p>	<p><b>Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>, en sus respectivos ámbitos de competencia y con sujeción a sus recursos disponibles, <b>serán las unidades facultadas para adquirir y, en su caso, importar los bienes y servicios</b>, así como las mercancías y objetos a que se refieren las fracciones II y III del artículo segundo del Decreto señalado en el artículo anterior</p> <p>Para tal efecto, <b>las unidades facultadas simplificarán los trámites del procedimiento de adjudicación directa previsto en las disposiciones jurídicas aplicables</b></p> <p>Dentro de las adquisiciones e importaciones señaladas, quedarán comprendidas aquellas relativas a medicamentos, equipo médico, agentes de diagnóstico, reactivos, material quirúrgico y de curación y productos higiénicos, así como todo tipo de bienes y servicios, mercancías y objetos, que resulten necesarios para hacer frente a la contingencia, realizadas a partir de que el Consejo de Salubridad General reconoció a la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria</p> <p>ARTÍCULO TERCERO.- <b>Las unidades facultadas podrán contratar médicos y enfermeras, y demás personal médico que consideren necesario, de carácter eventual o por honorarios</b>, a efecto de fortalecer sus capacidades de atención médica, por el tiempo que dure la emergencia</p> <p>ARTÍCULO CUARTO.- Para llevar a cabo las adquisiciones de los bienes y servicios, así como de las mercancías y objetos a que se refiere el presente Acuerdo, <b>las unidades facultadas podrán otorgar los pagos y anticipos necesarios que les permitan obtener las mejores condiciones de oportunidad para el Estado</b>, a efecto de contar en el menor tiempo posible con los mismos, y de esa manera atender de inmediato los efectos nocivos en la salud que la enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) causa en la población mexicana</p>

Publicación <i>DOF</i>	Decreto o acuerdo	Principales acciones
		<p>ARTÍCULO QUINTO.- Para efectos de lo previsto en la fracción III del artículo segundo del Decreto a que se refiere el artículo primero de este Acuerdo, dentro de <b>los trámites respecto a los que no existe necesidad de agotar por parte de las unidades facultadas, se encuentran aquellos a cargo de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios</b>, ello a fin de responder a la emergencia derivada de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios prestará asesoría inmediata y expedita a las unidades facultadas, para llevar a cabo la adquisición de los bienes y servicios de que se trata, en el menor tiempo posible y bajo condiciones de calidad y seguridad</p> <p>ARTÍCULO SEXTO.- Las <b>Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de Economía, en el ámbito de sus respectivas competencias, darán seguimiento y asesorarán a las unidades facultadas</b> respecto de las adquisiciones a que se refiere el presente Acuerdo</p> <p>ARTÍCULO SÉPTIMO.- <b>La Secretaría de la Función Pública en apoyo a las unidades facultadas, realizará el acompañamiento preventivo de los procedimientos de adquisición de los bienes y servicios, así como de las mercancías y objetos</b> a que se refiere el presente Acuerdo, con el propósito de responder a la emergencia por la enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)</p>

Nota: SSA (Secretaría de Salud).

Fuente: Elaboración propia con base en datos del *DOF*.

Respecto del decreto del 27 de marzo, durante los primeros días de abril, la SSA informó que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) colaboró en la agilización de su servicio para la recepción de todos los trámites relacionados con la autorización de registros sanitarios y trámites asocia-

dos, de medicamentos y dispositivos médicos que aseguren el abasto nacional para la atención de la emergencia sanitaria. Asimismo, se informó que trabaja de manera coordinada con la SRE para emitir de manera inmediata los permisos de importación necesarios para la recepción de insumos para la salud de donaciones y que cumplan con los estándares de calidad, seguridad y eficacia.

Por otro lado, estas dos instancias junto con el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec), el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Protección Civil, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) y el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (Cenaprece), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicaron las “Disposiciones para la adquisición y fabricación de ventiladores, durante la emergencia de salud pública por coronavirus 2019 (COVID-19)” (SSA, 2020j) con el fin de que se implementen de forma inmediata, teniendo en cuenta la acumulación de conocimiento y experiencias generadas en el mundo y recabadas por la OMS-OPS. Su vigencia será solo durante la emergencia.

Respecto del acuerdo del 3 de abril, se informó que había 19 373 personas inscritas en el programa Médicos del Bienestar del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) en el que colaboraron el IMSS, ISSSTE y secretarías de salud estatales. También, se anunció que para atender la demanda de suministros médicos, el Insabi junto con las secretarías de la Defensa Nacional y de Marina coordinarían la entrega de insumos de protección personal siguiendo lo marcado por el Programa Nacional de Abasto de Insumos COVID-19 para el cual se establecieron acciones para la adquisición y entrega inmediata de insumos.

Por otra parte, el 13 de abril, el Sector Salud suscribió un convenio de colaboración con hospitales privados para hacer frente a la pandemia de COVID-19 teniendo como objetivo garantizar la atención a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social y del Insabi. De esta forma, se buscaba la liberación de espacios en instituciones públicas para atención de pacientes con coronavirus. Su vigencia era del 23 de abril al 23 de mayo, sin embargo, se extendió hasta el 23 de junio (“Gobierno y hospitales privados...”, 2020); constó de 146 hospitales en 27 estados con disponibilidad de 3 115 camas que brindaron servicios de segundo nivel como atención a partos, embarazos, enfermedades de apéndice, úlceras gástricas, entre otros.

Enseguida, la SSE declaró la fase 3 por la epidemia de COVID-19 en la cual se destacó la extensión de la Jornada Nacional de Sana Distancia hasta el 30 de mayo, junto con la suspensión de actividades no esenciales para continuar mitigando la

dispersión y transmisión del virus. Unos días después se puso en marcha una estrategia para monitorear a distancia y atender los problemas emocionales del personal de salud a lo largo de la epidemia a través de un cuestionario en línea donde el profesional detecta si hay algún riesgo y si es necesario canalizar a una clínica virtual de tratamiento.

Por su parte, el Insabi, con apoyo de las Fuerzas Armadas, entregó 1 226 camas hospitalarias para terapia intensiva y camillas de traslado en 14 entidades federativas para fortalecer la estrategia contra el coronavirus.

Durante junio se anunció el regreso a la Nueva Normalidad a partir del 1 de junio teniendo como indicadores una semaforización de cuatro colores que van indicando las actividades que pueden realizarse según las condiciones de la pandemia en cada entidad federativa y bajo lineamientos técnicos de seguridad sanitaria. En este marco, se llevó a cabo un seminario virtual de vigilancia epidemiológica en la que el director general de Epidemiología de la SSA, José Luis Alomía, señaló que para el proceso de desconfinamiento, el modelo Centinela de vigilancia epidemiológica presentaría adecuaciones que facilitarían el monitoreo local de acciones de prevención y control de COVID-19. A su vez, la secretaria de Salud de la Ciudad de México, Oliva López, destacó que las pruebas de coronavirus fortalecen la vigilancia epidemiológica integral y deben ser combinadas con otras estrategias para mejorar su utilidad.

Realizar esta recapitulación resulta crucial, ya que mientras los acuerdos y decretos están en marcha, se publican productos que ayudan a enfrentar la crisis desde diversas aristas brindando un enfoque integral.

Para concluir, es necesario reconocer los aciertos del gobierno mexicano en el manejo de la pandemia como la puesta en marcha de un plan de respuesta de forma anticipada cuando se recibió la advertencia de la OMS en enero, así como la cooperación internacional para las adquisiciones y donaciones que se han recibido y se han brindado. Sin embargo, también tiene que reflexionarse sobre la transparencia y rendición de cuentas de las respuestas gubernamentales de los tres órdenes de gobierno a la emergencia. Esto no solo tiene sustento en las buenas prácticas en esas materias, así como con la literatura especializada en gestión de crisis, discutida en el apartado anterior, sino también con las bases legales y constitucionales que definen el marco de actuación gubernamental; en particular, respecto de las leyes general, federal y estatales de transparencia y acceso a la información, las leyes de fiscalización y rendición de cuentas de la federación y las entidades federativas, la ley general y las leyes federal y estatales de archivos, la ley general de responsabi-

lidades de los servidores públicos y las leyes orgánicas de la administración pública federal, las administraciones públicas estatales y orgánicas municipales, además del marco normativo en materia de salud, que es también general y estatal, así como las leyes federal y estatales que delimitan los mecanismos de contrataciones públicas y adquisiciones. México cuenta con un entramado normativo suficiente para la articulación de herramientas que garanticen que las decisiones públicas sobre la atención a la pandemia sean plenamente conocidas, vigiladas y, en su caso, susceptibles de modificarse atendiendo las exigencias ciudadanas y los criterios técnicos aplicables.

### Marco internacional de normas y recomendaciones para la gestión de la pandemia

La pandemia por COVID-19 se ha convertido en el más apremiante desafío del año 2020 para el mundo. La población, servicios de salud, organizaciones internacionales, gobiernos en todos sus niveles se enfrentan a un paradigma angustiante en el que la gestión de recursos, el control de contagios y la muerte de miles de personas se convierten en problemas tan delicados que, a pesar de ser compartidos, han sido manejados de forma muy distinta en diversos países. Las principales acciones gubernamentales están enfocadas, por supuesto, al sector salud. No obstante, estrategias integrales para el combate a la pandemia requieren de políticas sociales, económicas y de comunicación. Particularmente en contextos de emergencias, los gobiernos deben garantizar el respeto por los derechos humanos de sus habitantes, así como un buen manejo de los recursos destinados a las políticas diseñadas para atender la emergencia. Lo anterior implica rendición de cuentas y un manejo transparente de la información, así como de estrategias eficientes para comunicarla.

El artículo 19 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos determina que

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1948).

La libertad de expresión implica el acceso a la información como un derecho fundamental. En su conjunto, el derecho a la información y la libertad de expresión son la base fundamental para la toma de decisiones responsables de los ciudadanos, así como de los líderes y portavoces gubernamentales. Especialmente en situación

de emergencia, como la que representa la pandemia por COVID-19, la información es fundamental para la salud de las personas. Acorde con la ONU y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH),

La salud humana no sólo depende del fácil acceso a la atención sanitaria. También depende del acceso a información precisa y oportuna sobre la naturaleza de las amenazas y los medios para protegerse a sí mismo, a su familia y su comunidad (“Propuesta: Principios de AIP...”, 2020).

Sin embargo, las mismas condiciones de la emergencia hacen pertinente y necesario que los gobiernos impongan limitaciones a algunos derechos fundamentales. Por ejemplo, la libertad de tránsito y de congregación deben limitarse para evitar futuros contagios. No obstante, la urgencia de esas limitantes no justifica restricciones absolutas, permanentes o injustificadas a cualquier libertad fundamental. En palabras de la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión (RELE) de la CIDH:

Frente a estados de emergencia, los Estados pueden adoptar restricciones temporales a los derechos humanos. [Pero] estas medidas deben sujetarse a la estricta observancia de la finalidad de salud pública, estar acotadas temporalmente, tener objetivos definidos, además de ser estrictamente necesarias y proporcionales al fin perseguido. Adicionalmente, los Estados no pueden suprimir o prohibir los derechos y las libertades de manera genérica y, en especial, no deben limitar la libertad de los medios de comunicación, las organizaciones y liderazgos sociales o políticos, para buscar y difundir información por cualquier medio.

En todo caso, la Comisión exhorta a los Estados y a las instituciones de derechos humanos a garantizar el acceso a los mecanismos de denuncia y protección frente a posibles limitaciones indebidas o violaciones de derechos derivadas de tales medidas que garanticen transparencia, acceso a la información, protección de datos personales, consentimiento informado, acceso a la justicia y debida reparación (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2020).

Este equilibrio delicado en el grado en el que los Estados deben aplicar las restricciones hace relevante prestar atención a las recomendaciones de organismos internacionales y expertos en políticas de acceso a la información y rendición de cuentas, así como a las buenas prácticas que se han implementado alrededor del mundo durante la pandemia.

Hay dos tipos de cifras que más urgentemente deben hacerse conocer a la población durante la gestión de la pandemia por COVID-19: a) la estadística sobre el número de muertes relacionadas con la enfermedad en el mundo y en cada país, así como datos demográficos que permitan calcular la letalidad del virus en ciertas sociedades; por ejemplo, el número de habitantes en un país y su densidad poblacional; b) la información sobre el gasto gubernamental, donaciones y apoyos económicos destinados al combate de la pandemia son esenciales para vigilar la rendición de cuentas y el manejo de recursos.

Desafortunadamente, el manejo de información durante una emergencia es delicado y puede carecer de precisión, estar deliberadamente trastocado por los intereses gubernamentales o simplemente ser de difícil acceso. Por ejemplo, no hay datos conocidos sobre el número de casos por COVID-19 en países como Corea del Norte y Turkmenistán; tampoco en Somalilandia, las islas Faulkland o Malvinas y otros territorios de ultramar. Amén de estas excepciones, la estadística internacional sobre casos, muertes y recuperados es dada a conocer por plataformas de la academia, (Johns Hopkins University Coronavirus Resource Center), de iniciativa ciudadana (nCoV2019.live de Avi Shiffmann) o de organismos internacionales (OMS COVID-19 Dashboard). Acorde con estas plataformas, para agosto de 2020, hay alrededor de 19 millones de casos confirmados y 700 000 muertes en todo el mundo.

En cuanto al gasto destinado al combate de la pandemia, son escasas las plataformas que llevan registro actualizado en el nivel mundial. Según la OMS, el gasto en salud ha aumentado 3.9% de 2000 a 2017. Dos años después de la adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el gasto mundial en salud sigue aumentando. En 2017, llegó a 7.8 billones de dólares (alrededor de 10% del PIB o 1 080 dólares per cápita). En 2016, fue de 7.6 billones de dólares (OMS, 2019). Más específicamente en el contexto del COVID-19, acorde con datos de *The Economist*, el gasto en atención médica en las 60 economías más grandes del mundo caerá 1.1% (como porcentaje del gasto en USD) en 2020. Sin embargo, se espera que el gasto en atención no relacionada con el coronavirus se recupere a finales de año y continúe en 2021 con un aumento de 5.5%.

Por su parte, expertos del Fondo Monetario Internacional (FMI) han medido los rescates fiscales de emergencia para proteger a las personas en respuesta a la pandemia en el Monitor Fiscal de abril de 2020. Actualmente, el apoyo fiscal total en el mundo es de aproximadamente 9 billones de dólares. Esto es 1 billón más de lo que se estimó en el reporte de abril. De estos, el apoyo presupuestario directo se estima actualmente en 4.4 billones en el nivel mundial, y los préstamos adicionales

del sector público y las inyecciones de capital, garantías y otras operaciones fiscales corresponde a los restantes 4.6 billones (Battersby, Lam y Ture, 2020). Esta información es actualizada constantemente por el FMI a través del Monitor Fiscal. De la misma manera, las políticas públicas de cerca de 190 países, incluidas las políticas fiscales, monetarias y financieras son registradas por el rastreador de políticas del FMI (2020). Según el FMI, de los 84 países que han recibido apoyos financieros por la institución, 20 no cuentan con mecanismos anticorrupción.

### *Recomendaciones internacionales*

La Organización de los Estados Americanos (OEA) ha observado que diversos gobiernos han tomado medidas a través de decretos presidenciales y diversas normativas con el fin de proteger la salud pública y evitar contagios. Estas medidas suspenden o restringen algunos derechos en países donde se han declarado “estados de emergencia”, “estados de excepción”, “estados de catástrofe por calamidad pública” o “emergencia sanitaria”. De la misma manera, algunas de estas medidas restringen los derechos de la libertad de expresión, el derecho de acceso a la información pública y la libertad personal. Ante esta situación, la CIDH reconoce el importante rol de la prensa, el acceso universal a internet, la transparencia y el acceso a la información pública respecto de la pandemia, así como las medidas que se adoptan para contenerla y atender las necesidades de la población. Con el objetivo de garantizar el respeto por los derechos humanos en el contexto de la pandemia, la OEA emitió recomendaciones generales a los gobiernos de los Estados miembros a través de la Resolución 1/2020 de la CIDH. Entre las resoluciones se encuentran las siguientes, referentes a estados de excepción, restricciones a las libertades fundamentales y Estado de derecho en materia de acceso a la información, transparencia y comunicación:

- Garantizar que defensoras y defensores de derechos humanos puedan realizar su labor de defensa e información en el contexto de la pandemia.
- Asegurar el derecho de acceso a la información pública en el marco de la emergencia generada por el COVID-19 y no establecer limitaciones generales basadas en razones de seguridad u orden público. Los órganos que garantizan este derecho y los sujetos obligados deben otorgar prioridad a las solicitudes de acceso a la información relacionadas con la emergencia de salud pública, así como informar proactivamente, en formatos abiertos y de manera accesible a todos los grupos en situación de vulnerabilidad, de forma desagregada sobre los impactos de la pandemia y los gastos de emergencia, desagregados de acuerdo con las

mejores prácticas internacionales. En los casos de postergación de los plazos de solicitudes de información en asuntos no vinculados a la pandemia, los Estados deberán fundamentar la negativa, establecer un espacio temporal para cumplir la obligación y admitir la apelación de estas resoluciones.

- Asegurar que cualquier responsabilidad ulterior que se pretenda imponer por la difusión de información u opiniones, basada en la protección de los intereses de salud pública –aun de manera temporal– se establezca por ley, de modo proporcional al interés imperioso que la justifica y se ajuste estrechamente al logro de ese legítimo objetivo.
- Observar un especial cuidado en los pronunciamientos y declaraciones de los funcionarios públicos con altas responsabilidades respecto de la evolución de la pandemia. En las actuales circunstancias, constituye un deber que las autoridades estatales informen a la población, y al pronunciarse al respecto, deben actuar con diligencia y contar en forma razonable con base científica. También, deben recordar que están expuestos a un mayor escrutinio y a la crítica pública, aun en periodos especiales. Los gobiernos y las empresas de internet deben atender y combatir de forma transparente la desinformación que circula respecto de la pandemia.
- Proteger el derecho a la privacidad y los datos personales de la población, especialmente de la información personal sensible de los pacientes y personas sometidas a exámenes durante la pandemia. Los Estados, prestadores de salud, empresas y otros actores económicos involucrados en los esfuerzos de contención y tratamiento de la pandemia, deberán obtener el consentimiento al recabar y compartir datos sensibles de tales personas. Solo deben almacenar los datos personales recabados durante la emergencia con el fin limitado de combatir la pandemia, sin compartirlos con fines comerciales o de otra naturaleza. Las personas afectadas y pacientes conservarán el derecho a cancelación de sus datos sensibles.
- Proporcionar información sobre la pandemia en su idioma tradicional [de los pueblos indígenas], estableciendo cuando sea posible facilitadores interculturales que les permita comprender de manera clara las medidas adoptadas por el Estado y los efectos de la pandemia
- Garantizar el acceso a servicios de salud pública integral de forma oportuna a personas [migrantes,] afrodescendientes y comunidades tribales, incorporando un enfoque intercultural y garantizando a esta población información clara, accesible e inclusiva sobre los procedimientos médicos que se les practiquen.

- Alentar y promover el desarrollo de espacios amplios y efectivos de diálogo internacionales con el fin de establecer y consolidar canales de intercambio de buenas prácticas en materia de estrategias exitosas y políticas públicas con enfoque de derechos humanos, información oportuna, así como de desafíos y retos para enfrentar la crisis global provocada por la irrupción de la pandemia de COVID-19. Estos espacios deben propiciar particularmente la plena participación de los grupos y sectores más afectados por la pandemia, la sociedad civil, Instituciones Nacionales de Derechos Humanos, la academia y personas expertas o entidades especializadas en DESCA, salud pública y global, o derecho al desarrollo, entre otros.
- Convocar al intercambio técnico y regional para el establecimiento de protocolos globales para el tratamiento de los datos e información referida a la pandemia a fin de uniformar las estadísticas que se relevan en la materia; alentando a la sociedad civil a aunar esfuerzos regionales a través de la promoción y el encuentro en espacios de articulación y diálogo internacional (CIDH, 2020).

En el ámbito de las estrategias de comunicación, la OMS alienta a los portavoces a utilizar el Marco de Compromiso con Actores No Estatales (Framework of Engagement with Non-State Actors [FEMSA]) como un recurso importante para explicar cómo la OMS maneja de manera ética la información con asociados, medios de comunicación y sociedad civil. Este marco describe principios necesarios para una comunicación efectiva durante la gestión de una emergencia sanitaria (OMS, 2020).

Al respecto, la OMS recomienda lo siguiente:

- Reconocer la incertidumbre en situaciones de emergencia.
- Emitir recomendaciones provisionales de salud pública, enfatizando que podrían cambiar a medida que se disponga de nueva información.
- Difundir hallazgos de investigación preliminares, como resultados recientes de ensayos de vacunas, que permitan al público conocer las limitaciones de los avances logrados hasta el momento.
- Hacer aclaraciones sobre qué información se conoce y qué no se sabe.
- Definir mecanismos sobre cómo se responderán futuras preguntas.
- Comunicarse abiertamente cuando se han cometido errores y emitir rápidamente información correcta.
- Determinar qué medios y voceros pueden abordar de manera más eficaz la información.
-

- Comunicar las relaciones con los actores no estatales y descripciones claras de la naturaleza y el propósito de las relaciones.

La transparencia es otro eje en el que los gobiernos deben formular políticas públicas adecuadas para mantener comunicación efectiva y rendición de cuentas respecto de los gastos destinados al combate de la pandemia. En este aspecto, el Centro Toby Mendel para el Derecho y la Democracia propone siete principios clave para regir las acciones del Estado en el ámbito de transparencia y derecho a la información durante emergencias de salud pública (Centre for Law and Democracy, 2020).

Los principios propuestos son los siguientes:

- La legislación general sobre emergencias de salud pública no debe otorgar a las autoridades amplia discrecionalidad para limitar el derecho a la información a través de reglas legales subordinadas. En cambio, debe someterlo a requisitos que definan cualquier restricción como “necesaria” o “estrictamente requerida por las exigencias de la situación”. Esto debe ser acompañado de información clara sobre cómo se está limitando el derecho a la información.
- No se deben imponer suspensiones generales del derecho a la información durante emergencias. Esto incluye extensiones de límite de tiempo para responder a las solicitudes de información. En su lugar, las disposiciones de emergencia deben establecer condiciones claras para extender los límites de tiempo caso por caso en respuesta a solicitudes individuales.
- No se deben imponer límites a las solicitudes de información relacionada con la emergencia y las respuestas gubernamentales a esta, especialmente cuando el propósito de la solicitud es difundir dicha información al público. Una mejor práctica es priorizar las solicitudes relacionadas con la emergencia, con el objetivo de responder más rápido de lo que exige la ley.
- Cualquier limitación al derecho a la información debe ser revisada de manera regular, así como su duración y las condiciones que la justifican.
- Durante una emergencia sanitaria se deben introducir los cambios necesarios sobre la forma en que se registra y almacena la información. Esto con el objetivo de asegurar que no haya pérdida de continuidad en el registro de decisiones y acciones gubernamentales.
- Cuando una emergencia continúa por un periodo prolongado, cualquier límite al derecho a la información que se introdujo desde el principio debe derogarse o reducirse lo antes posible.

- Los gobiernos y los organismos de supervisión deben comunicarse claramente sobre cualquier cambio en las reglas del derecho a la información y sobre los medios por los cuales las personas pueden hacer solicitudes. De la misma manera, deben existir criterios claros sobre cómo las autoridades pueden procesar las solicitudes de manera eficiente y teniendo en cuenta las medidas de emergencia. Las autoridades también deben realizar divulgación respecto de la emergencia y asignar los recursos necesarios para responder a las solicitudes de información relacionadas con la misma.

Durante una emergencia sanitaria la transparencia es esencial, no solo por el cumplimiento al derecho a la información, sino por otras dos razones. En primer lugar, por el papel que desempeña la información en la difusión de los objetivos de salud pública. Cuando el público está en riesgo de una amenaza real o potencial para la salud, las opciones de tratamiento pueden ser limitadas, las intervenciones directas pueden llevar tiempo para organizarse y los recursos pueden ser escasos. Por lo tanto, comunicar consejos y orientación suele ser la herramienta disponible más importante para gestionar un riesgo (O'Maley, Rainford y Thompson, 2009).

En segundo lugar, la importancia de la transparencia radica también en la necesidad de exigir rendición de cuentas a los gobiernos y combatir la corrupción. De acuerdo con Transparency International, en todo el mundo se pierden 500 billones de dólares anuales por causa de la corrupción en el sector salud (Bruckner, 2019). En situaciones de emergencia, es aún más relevante la transparencia y la implementación de mecanismos de rendición de cuentas que permitan rastrear el gasto gubernamental, las donaciones y apoyos internacionales destinados a combatir la emergencia. Estos mecanismos deben lograr ser efectivos al tiempo que no interfieren con la distribución de servicios de salud.

La experiencia de la pandemia por influenza AH1N1 sugiere algunos pasos a seguir para garantizar la transparencia en la lucha contra el COVID-19. Primero, la aplicación de un marco de priorización basado en riesgos. Acorde con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), dicho marco debe estar adaptado a cada contexto para determinar qué mecanismos de gobernanza, transparencia y rendición de cuentas deben integrarse en toda la planificación y diseño de la respuesta de salud pública COVID-19. Para crear conciencia, tender puentes entre las comunidades de salud y anticorrupción, promover el diálogo y la cooperación y mitigar los riesgos de corrupción, los gobiernos deben adoptar estrategias multisectoriales. Estas deben involucrar a las autoridades gubernamentales, la sociedad civil,

la academia y a las instituciones anticorrupción, de auditoría y de supervisión –tanto públicas, como no gubernamentales–. Tales estrategias confían más en la responsabilidad social ascendente del público mismo y son fundamentales para una respuesta sólida (Clarke, Wierzyńska, DiBiase y Timilsina, 2020).

La transparencia es una condición necesaria para la rendición de cuentas. Ambos elementos son necesarios para dar seguimiento al gasto gubernamental, garantizar el buen manejo de recursos y prevenir la corrupción. En todo momento, pero especialmente en situaciones de emergencia, es relevante seguir recomendaciones de organismos internacionales para un correcto seguimiento de los rescates económicos y la asignación de recursos destinados a combatir las emergencias. Al respecto, la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) ha emitido Recomendaciones para la situación inmediata en el contexto de la pandemia por COVID-19. La UNODC (2020) sugiere que los Estados miembros tengan en cuenta lo siguiente para maximizar la eficiencia y eficacia del desembolso de recursos a gran escala:

- **CRITERIOS CLAROS, OBJETIVOS Y TRANSPARENTES PARA LA CALIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS Y DESTINATARIOS PREVISTOS:** La pandemia de COVID-19 afectó a diferentes grupos de personas y empresas de diferentes formas. Ciertos grupos y empresas (...) se han visto profundamente afectados por la crisis mundial y requieren asistencia rápida y directa, sin la cual a algunos les puede resultar difícil, si no imposible, recuperarse durante la fase post-pandémica. Para prevenir la corrupción, el fraude y el despilfarro, los Estados miembros deben establecer criterios claros, en la medida de lo posible, objetivos y transparentes para garantizar que quienes más necesitan asistencia califiquen para recibirla.
- **DAR CUENTA DE LOS RIESGOS Y VULNERABILIDADES DEL DESEMBOLSO Y MÉTODOS DE FOCALIZACIÓN:** Para maximizar la eficiencia y eficacia del proceso de desembolso, los Estados miembros deben identificar y dar cuenta de los desafíos inherentes a los diversos métodos y procesos, ejerciendo especial cautela en el uso de intermediarios o facilitadores de distribución. Como mínimo, los Estados miembros deben implementar salvaguardias acordes con el grado de riesgo asociado con la metodología seleccionada.
- **ABRIR CANALES CLAROS DE COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN PARA AUMENTAR LA SENSIBILIZACIÓN Y COMPRENSIÓN DE LOS BENEFICIARIOS:** Al mismo tiempo que se aprueban las medidas de salvamento económico, los Estados miembros deben desplegar canales de comunicación claros y eficaces para garantizar que los beneficiarios

previstos conozcan su elegibilidad, el importe y el alcance del beneficio y el método por el que se dará a conocer su condición de beneficiario a autoridades de desembolso. Los procedimientos administrativos deben simplificarse, utilizando plataformas en línea, redes sociales y otros recursos para garantizar la coherencia de los mensajes.

- **USO DE LA TECNOLOGÍA PARA UN DESEMBOLSO EFICIENTE, TRANSPARENTE Y RESPONSABLE DE LOS RECURSOS:** La amplia disponibilidad de ayuda tecnológica en la gestión de los recursos financieros durante tiempos de crisis ha permitido al mundo gestionar mejor grandes cantidades de recursos financieros de manera eficiente, transparente y segura. En el contexto de la crisis del COVID-19, el uso de soluciones tecnológicas innovadoras tiene el beneficio adicional de reducir el contacto físico potencialmente peligroso. Por lo tanto, los Estados miembros deben tratar de hacer pleno uso de tales herramientas para promover una gestión eficaz y el desembolso eficiente de recursos financieros cruciales.
- **MECANISMOS INTEGRALES DE AUDITORÍA, SUPERVISIÓN, RENDICIÓN DE CUENTAS Y PRESENTACIÓN DE INFORMES PARA MONITOREAR EL PROCESO DE DESEMBOLSO Y VERIFICAR LA RECEPCIÓN ADECUADA:** La ausencia de medidas de supervisión adecuadas en el desembolso rápido y a gran escala de recursos prácticamente garantiza la interferencia y el desvío a través de la corrupción y el fraude extensos. Para equilibrar la necesidad urgente de desembolsar fondos y recursos rápidamente, los Estados miembros deben garantizar que esas medidas de emergencia vayan acompañadas de mecanismos adecuados de auditoría, supervisión, rendición de cuentas y presentación de informes para garantizar que quienes los necesiten reciban los recursos designados, previniendo y mitigando la corrupción, el fraude y residuos.

De forma resumida, organizaciones regionales han sintetizado muchas de las recomendaciones mencionadas previamente. Un ejemplo relevante es Fundar, Centro de Análisis e Investigación, organización miembro de la Alianza Regional por la Libre Expresión e Información. Con fundamento en el comunicado 060/20 y en el numeral 32 de la Resolución 1/2020, ambos de la CIDH (2020), Fundar y la Alianza Regional emitieron los siguientes “Principios de derecho de acceso a la información en situaciones de emergencias sanitarias”:

- **GARANTIZAR EL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN.** En un contexto de emergencia sanitaria, la información es un insumo estratégico que puede salvar vidas. Acceder a la información pública se torna indispensable para conocer la actuación de la ad-

ministración y evitar la arbitrariedad en la toma de decisiones públicas. A pesar de las circunstancias extraordinarias en las que se encuentra el Estado, se debe hacer todo lo posible y necesario para garantizar el acceso a la información que es un derecho llave, que permite el ejercicio de otros derechos fundamentales.

- **PRIORIZAR LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA EMERGENCIA.** Uno de los elementos más importantes para conservar la salud es el acceso a información precisa sobre sus causas, efectos y las formas para cuidar su persona, a su familia y su comunidad. En tiempos de emergencias sanitarias, los gobiernos no solamente tienen la obligación de proporcionar en todo momento información veraz y oportuna en materia de salud, sino también aquella que revista un interés público que permita conocer, evaluar y controlar las acciones del gobierno, tales como las ayudas económicas a los diferentes sectores de la población o la erogación de fondos públicos dirigidos a enfrentar la emergencia sanitaria.
- **NO ESTABLECER LIMITACIONES GENERALES AL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN.** El derecho de acceso a la información no puede restringirse de manera absoluta ya que es un derecho fundamental para el ejercicio de otros derechos, entre ellos el de la salud. En ese sentido, los Estados deben abstenerse de decretar medidas provisionales que suspendan de iure o de facto y de forma absoluta el derecho de acceso a la información basadas en razones de seguridad u orden público. El aplazamiento desproporcionado de los plazos para responder a las solicitudes de información pública, o la suspensión de los plazos de los procesos que se siguen ante los órganos garantes, en la práctica constituyen una limitación excesiva del derecho de acceso a la información, que viene a vaciar de contenido y a anular en gran medida este derecho humano fundamental.
- **LAS LIMITACIONES AL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DEBEN TENER BASE EN LA LEY, SER PARTICULARES, PRECISAS, TEMPORALES, EXCEPCIONALES Y RESPETAR LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES.** En caso de que los gobiernos establezcan limitaciones al derecho de acceso a la información, éstas deben afectar sólo la información no vinculada a la atención de la emergencia. Además, estas limitaciones deben tener base en la ley; y ser proporcionales, particulares, precisas y temporales, respetando los estándares internacionales. Los órganos garantes deberán establecer plazos razonables para dar respuesta a las solicitudes de información y priorizar que se mantenga la posibilidad de apelar las resoluciones en todo momento. Según los estándares internacionales en materia de información, incluso en temas de seguridad nacional relacionados con la salud pública, los Estados deben garantizar la aplicación de una prueba de daño al momento de limitar la información,

y garantizar la aplicación de una prueba de daño al momento de limitar la información, y garantizar la máxima publicidad de temas relacionados con la garantía de derechos, como es la salud pública. Se debe establecer un punto de equilibrio entre la divulgación y clasificación que privilegie el goce de derechos humanos y la libertad de expresión e información.

- **IMPULSAR POLÍTICAS DE TRANSPARENCIA PROACTIVA EN LOS SECTORES PRIORITARIOS.** Es primordial contar con el máximo disponible de información veraz y oportuna de manera proactiva, sobre todo la relacionada con el sector salud y la emergencia sanitaria. La transparencia proactiva, focalizada y socialmente útil, es una forma de transmisión de información expedita y eficaz que se debe privilegiar en situación de emergencia. Es importante que se difunda esta información en formatos abiertos que permitan su reutilización. El uso de herramientas como portales con datos en tiempo real sobre infecciones, muertes, localización de casos y medidas para hacer frente a la crisis económica derivada de la contingencia sanitaria, facilitarán la preservación de la salud y el bienestar de la población. Consecuentemente, la falta de dicha información proactiva puede generar riesgos a la integridad física y emocional de las personas, así como al ejercicio de sus derechos humanos.
- **GARANTIZAR QUE LA INFORMACIÓN LLEGUE A LOS GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD.** Impedir que exista asimetría en la información con la que cuenta la ciudadanía es uno de los elementos más relevantes para prevenir y mitigar los efectos de las emergencias sanitarias y la desinformación. Los gobiernos tienen la obligación de acercar la información a personas con acceso limitado a internet, personas en condición de discapacidad, hablantes de otras lenguas y cualquier otro grupo en situación vulnerable en lenguaje de señas, lenguas indígenas, en formatos orales, a través de radios comunitarias, o a través de cualquier otro medio para que esta población pueda tomar decisiones y asegure su derecho a la salud, al igual que el resto de la ciudadanía. Para cumplir con este principio, es importante que los estados garanticen un acceso equitativo al internet.
- **LOS ÓRGANOS GARANTES DEBEN SEGUIR CON LAS ACTIVIDADES PRIORITARIAS QUE PERMITEN EL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN.** La información es clave para prevenir y combatir adecuadamente las emergencias sanitarias. Ante situaciones de emergencia, hay una urgencia de información confiable y veraz. Por ello, las instituciones encargadas de velar por el acceso a la información no podrán suspender actividades prioritarias y deberán establecer plazos razonables para actividades no prioritarias; así como vigilar el cumplimiento de dichos plazos para que se cumpla con la mayoría de sus actividades mandatadas.

- IMPULSAR UN TRABAJO DE COORDINACIÓN Y COLABORACIÓN ENTRE LAS INSTITUCIONES. Los órganos garantes del derecho de acceso a la información deben coordinarse con los sectores responsables de atender la emergencia sanitaria y sus efectos para proporcionar información a la población. También deben asegurar que sus mensajes posean información fidedigna, que dé certidumbre y sean coherentes con los hallazgos científicos y las medidas adoptadas para combatir los efectos de catástrofes sanitarias.
- HOMOLOGACIÓN DE INFORMACIÓN EN UN SITIO ÚNICO. La multiplicidad de fuentes de información y la propagación de información falsa sobre la emergencia sanitaria puede impedir que se tomen medidas adecuadas para prevenir y mitigar sus efectos. Por ello, se hace necesario un sitio único de información que la presente de manera agrupada, actualizada, sistematizada, en formatos abiertos y con enlaces a otros micrositos para su verificación. Asimismo, se requiere que la información contenida sea fidedigna.
- USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA ASEGURAR EL SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES SUSTANTIVAS. Los obstáculos en el intercambio de información entre organismos gubernamentales deben paliarse a través del uso de nuevas tecnologías de innovación y comunicación que facilitan el flujo de información en tiempo real y posibilitan el trabajo desde cualquier lugar con el mínimo de insumos tecnológicos; logrando prescindir, en muchos casos, de los archivos físicos que se encuentran en las oficinas de las agencias gubernamentales.

### *Estrategias en ejecución*

Las organizaciones internacionales mencionadas destacan a algunos países que han implementado en cierto grado las buenas prácticas y recomendaciones que han emitido. Algunos de los ejemplos expuestos en sus reportes y artículos son Ucrania y Colombia (Clarke et al., 2020); Reino Unido, Italia y Australia (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2020), entre otros. No obstante, la revisión de literatura previa no presenta una sistematización de los países que mejor han implementado estas u otras estrategias de transparencia, acceso a la información y rendición de cuentas. Es por ello que a continuación se presentan brevemente algunos de los casos destacados y las estrategias que han implementado.

Según la OCDE, países como Reino Unido e Italia tienen equipos de comunicación basados en el gobierno central. El objetivo de dichos equipos es combatir la desinformación respecto de la pandemia a través de mecanismos de coordinación interministerial. España y Corea del Sur, por su parte, implementa mecanismos de coor-

dinación entre las autoridades de salud y comunicación, así como con los cuerpos de protección e investigación públicos. En Australia, Portugal y Francia las agencias científicas y autoridades de salud han sido centrales para corregir rumores sobre el COVID-19. El Reino Unido ha implementado una campaña llamada *Dont feed the beast*, cuyo propósito es aconsejar a los ciudadanos sobre la forma en que consumen y comparten información. Otros medios para llegar a la población de manera rápida y directa es mediante plataformas de mensajería instantánea como el Telegram Channel, del Ministerio de Salud de Italia.

De acuerdo con el PNUD, el gobierno de Colombia utiliza una plataforma de contratación electrónica que cumple con el Estándar de Datos de Contratación Abierta, incluso cuando se han anunciado procedimientos de emergencia. El Instituto Nacional de Salud de Colombia divulga no solo los datos e información de la licitación, sino todos los comentarios técnicos recibidos de los posibles proveedores. Por su parte, Ucrania ha implementado recientemente reformas anticorrupción. Estas obligan a que todos los contratos de emergencia se publiquen en su totalidad y se compartan como datos abiertos sobre las compras y el valor de las transacciones. La sociedad civil organizada ha desarrollado una herramienta de inteligencia empresarial para monitorear las adquisiciones médicas y los gastos de emergencia relacionados con el COVID-19, e incluye información como el nombre de los artículos, el precio por artículo, los términos y el proveedor (Clarke et al., 2020).

Como ya se ha mencionado, las políticas públicas en materia de transparencia y acceso a la información durante emergencias sanitarias idealmente comparten tres características principales. Cada una es subrayada por la OMS, el Toby Mendel Centre for Law & Democracy y el PNUD, respectivamente. Por un lado, la OMS exhorta a proveer información clara sobre lo que se conoce, lo que se desconoce y cuáles son las limitaciones de las autoridades sanitarias. Por su parte, el Centre for Law and Democracy subraya la importancia de limitar la información de manera responsable y justificada. Finalmente, el PNUD recomienda apostar por marcos de rendición de cuentas adaptados a cada contexto y en los que participen actores de la sociedad civil, academia y gobierno.

Problemas (áreas de mejora)  
identificadas en la gestión de crisis  
en los tres niveles de gobierno en México



## Análisis de las adquisiciones y contrataciones públicas con recursos federales en la atención a la crisis por COVID-19

El informe para identificar los espacios de mejora en las prácticas que han determinado la implementación de las respuestas gubernamentales a la emergencia por la pandemia de COVID-19 planteó la necesidad de identificar la transformación de decisiones públicas en los tres ámbitos de gobierno en acciones y políticas públicas y por tanto en ejercicio de recursos presupuestales. De ahí que el contenido de este informe general haya comenzado por las adquisiciones y contrataciones con recursos federales para la atención de la pandemia.

Es pertinente enfatizar la importancia de un estudio de esta naturaleza, pues bajo los criterios orientadores del proyecto que son la transparencia, rendición de cuentas y combate a la corrupción en las respuestas gubernamentales de atención a la pandemia, el ámbito de las contrataciones públicas adquiere relevancia, en tanto, por esta vía es que se materializan las decisiones públicas derivadas o enmarcadas en la estrategia definida por cada orden de gobierno para la atención de la crisis.

En ese sentido este primer apartado hace referencia a los datos sobre adquisiciones y contrataciones públicas que se encuentran disponibles en la plataforma Compranet. Como se explica enseguida los parámetros metodológicos que se utilizaron permitieron convertir información que no necesariamente cumple con las condiciones de datos abiertos y ser reutilizables.

El análisis se realizó a partir de los datos contenidos en Compranet que es el sistema electrónico de información pública gubernamental en materia de contrataciones públicas de uso obligado para los sujetos señalados en el artículo 1 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y de la

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas (LOPSRM). Se utilizó para ello la versión pública correspondiente a las compras 2020 a partir de la cual se generaron dos bases nuevas: una primera con toda la información de compras relacionadas con la emergencia sanitaria independientemente del tipo de ente que la llevó a cabo y una segunda con las compras en general de instituciones del sector salud.

Cabe destacar que la base original presenta diferentes problemas que complican su consulta y manejo. La primera limitante consiste en que el portal en donde está alojada no permite establecer filtros iniciales para visualizar y descargar únicamente una parte de la base como tampoco brinda opciones adicionales a Excel para bajarla. Esto implica que se tenga que descargar la totalidad de las observaciones y trabajarlas en Excel a pesar de que este programa no es idóneo para manejar cantidades grandes de observaciones como sucedió en este caso. Lo que ocurrió con la base al querer generar las dos nuevas que se comentaron previamente fue que los filtros no capturaban la totalidad de etiquetas o categorías en cada columna con el riesgo de perder observaciones. Esto obligó a generar nuevas columnas que permitieran:

1. Homologar los nombres de las instituciones ya que distintas compras hechas supuestamente por la SSA por ejemplo, mostraban en el nombre de la UC que la compra en realidad era de alguno de los hospitales regionales que también aparecían con una categoría propia. Por esta razón se decidió codificar a todas las compras que en el nombre de UC tuvieran a alguna institución con categoría propia como compras de dicha institución. Asimismo las siglas de la institución de la Secretaría de Salud fueron inconsistentes en ocasiones abreviadas SSA y en otras SALUD sin ninguna explicación de la diferencia. Con esto se generó una nueva columna para clasificar a las diversas dependencias en función de si pertenecen o no al sector salud.
2. Identificar si las compras estaban asociadas de la atención a la emergencia a partir de la ausencia o presencias de determinadas palabras.
3. Transformar las distintas fechas contenidas a formato de fecha para poderse trabajar correctamente; de tal forma que a partir de este primer tratamiento se pudieran aplicar los filtros necesarios sin perder información.

A partir de esto se utilizó la nueva columna sobre términos asociados al COVID-19 para filtrar y quedarnos solo con aquellas instituciones que los tuvieron presentes. El segundo filtro que se empleó para descartar fue el de fecha de inicio de contrato,

por ser la que no presentaba datos anteriores a 2020 a diferencia de la fecha de publicación, como tampoco celdas vacías. Al respecto es importante decir que no existe algún documento de metadatos que permita corroborar qué significa cada una ni el rubro para decidir que cada contrato entre o no en los contratos de 2020. En este caso solo se estableció que se hubieran realizado antes del 30 de junio de 2020 debido a que interesaba conocer cuándo se dio la primera compra, la cual ocurrió en marzo del mismo año.

Para la segunda base se utilizó la columna de pertenencia o no al sector salud quedando únicamente las que sí pertenecían. El segundo filtro fue nuevamente la fecha de inicio de contrato por la razón ya expuesta; sin embargo en este caso solo se ocuparon las observaciones contenidas entre marzo-junio de 2020 y se eliminaron también aquellas cuya fecha de publicación fue anterior a 2020 para tratar de asegurarnos de captar solo lo que pudiera estar relacionado con la pandemia aunque no hubiera tenido el término COVID-19.

Por último en el estudio de aspectos específicos de cada contrato se construyeron distintas bases de datos. En este tema un problema constante fue el del formato inconsistente de los valores. Aunque los montos siempre aparecían en los contratos la información estaba en un formato que la hacía difícil de manejar y en ocasiones los datos estaban en monedas distintas sin especificar el tipo de cambio (para las compras en dólares se empleó un tipo de cambio de 22 pesos). Sobre los artículos adquiridos la información muchas veces no estaba completa y hubo casos en los que el título la descripción y la información adicional de la página se contradecían respecto del contenido del contrato. La cantidad de los artículos por ejemplo aparecía solo en algunas descripciones títulos o la información de los contratos sin que hubiera algún rubro de la base que especificara cuántos artículos de un tipo se compraron.

### *Análisis de las adquisiciones y contrataciones públicas vinculadas con la atención a la pandemia por COVID-19*

A partir de la versión pública disponible en Compranet que contiene las compras que se han hecho durante el transcurso de 2020 se extrajeron todas aquellas que se etiquetaron con alguno de los términos asociados con COVID-19 COVID CORONAV SARS2 y cov2. Con esto se generó una nueva base de datos que incluyó todas aquellas instituciones, tanto del sector salud como de la administración pública en general, que en el título del expediente del contrato o descripción del contrato estaba presente alguno o algunos de los términos mencionados. Las observaciones corresponden únicamente al periodo marzo-junio de 2020.

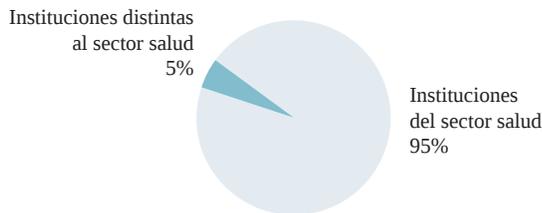
Durante este periodo se ejercieron 4 851 208 067 de pesos en lo que aquí llamamos compras COVID-19, de los cuales 95% correspondieron a instituciones del sector salud mientras que 5% restante a otras instituciones. Las Figuras 2 y 3 muestran los montos y los porcentajes.

Figura 2. Gasto total en compras COVID-19 por tipo de institución (marzo-junio 2020)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

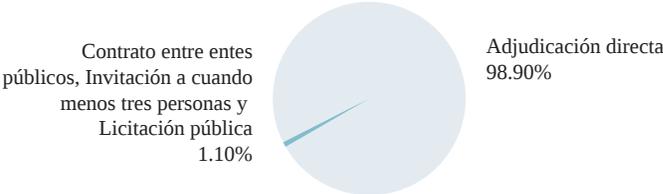
Figura 3. Composición del gasto en compras COVID-19 por tipo de institución (marzo-junio 2020)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

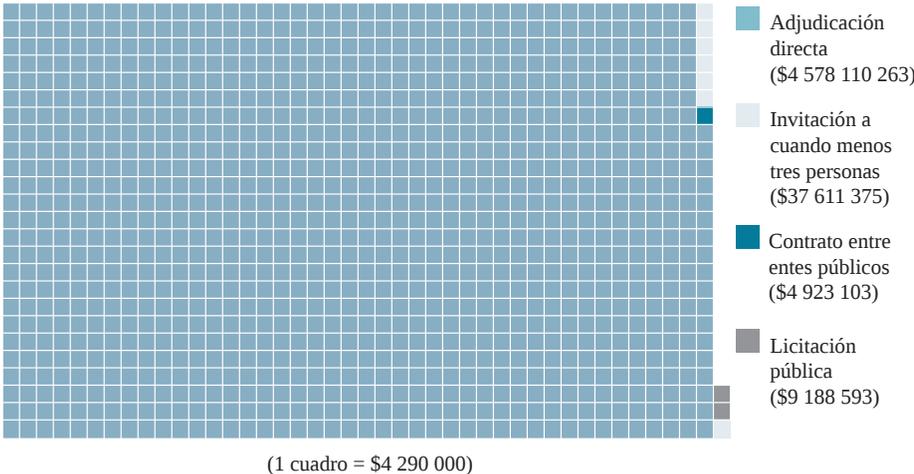
*Instituciones del sector salud.* En las instituciones del sector salud las compras se realizaron mediante cuatro tipos de procedimientos: adjudicación directa (que representó cerca de 99% de los 4 629 203 334 de pesos que se ejercieron en total) invitación a cuando menos tres personas; licitación pública y contrato entre entes públicos (Figura 4).

Figura 4. Composición del gasto en compras COVID-19 de instituciones del sector salud por tipo de procedimiento (marzo-junio 2020)



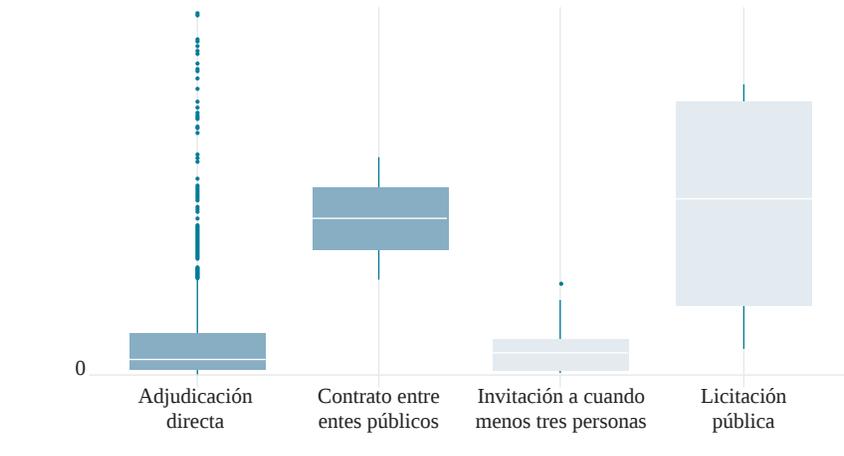
Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Figura 5. Gasto total en compras COVID-19 de instituciones del sector salud por tipo de procedimiento (marzo-junio 2020)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Figura 6. Importe de los contratos en compras COVID-19 de las instituciones del sector salud por tipo de procedimiento (marzo–junio 2020)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

La Figura 5 muestra la dispersión en los montos de cada compra en función del tipo de procedimiento seguido, de tal forma que es en las adjudicaciones directas en donde más puntos atípicos se observan.

En general el IMSS fue la institución que ejerció alrededor de 92% tanto del gasto total en compras COVID-19 como del apartado referente a las adjudicaciones directas (Figura 7).

Tabla 9. Gasto de las instituciones del sector salud

Institución	Importe total de compras COVID-19	Importe por adjudicaciones directas	Porcentaje de las adjudicaciones directas
IMSS	4 251 864 150.00	4 202 064 183.00	98.83
SSA	239 730 758.30	239 730 758.30	100.00
ISSSTE	119 112 411.50	117 819 308.00	98.91
HRAEB	6 366 294.00	6 366 294.00	100.00
INP	5 076 000.00	5 076 000.00	100.00
HJM	1 559 790.07	1 559 790.07	100.00
HRAECV	1 481 932.00	1 481 932.00	100.00
INER	1 206 111.19	1 206 111.19	100.00

Institución	Importe total de compras COVID-19	Importe por adjudicaciones directas	Porcentaje de las adjudicaciones directas
INPERIER	1 009 735.80	1 009 735.80	100.00
HIMFG	888 020.00	888 020.00	100.00
HRAEI	397 519.38	397 519.38	100.00
HRAEPY	328 775.00	328 775.00	100.00
INR-LGII	88 585.14	88 585.14	100.00
INPRFM	59 052.00	59 052.00	100.00
INSP	34 200.00	34 200.00	100.00
Total	4 629 203 334.00	4 578 110 263.00	98.90

Nota: IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); SSA (Secretaría de Salud); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); HRAEB (Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío); INP (Instituto Nacional de Pediatría); HJM (Hospital Juárez de México); HRAECV (Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria); INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas); INPERIER (Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa Reyes); HIMFG (Hospital Infantil de México Federico Gómez); HRAEI (Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca); HRAEPY (Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán); INR-LGII (Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra); INPRFM (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz); INSP (Instituto Nacional de Salud Pública).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

**Figura 7. Participación de las instituciones del sector salud en el gasto por compras COVID-19: adjudicación directa (marzo-junio 2020)**



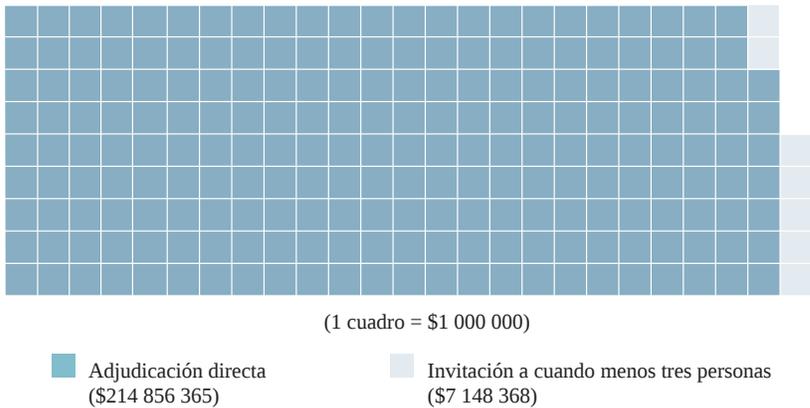
Nota: IMSS (Instituto Nacional del Seguro Social).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

**Instituciones distintas al sector salud.** Por otra parte se identificaron algunas instituciones que si bien no pertenecen al sector salud también hicieron compras etiquetadas con alguno de los términos asociados al COVID-19. El importe total de estas

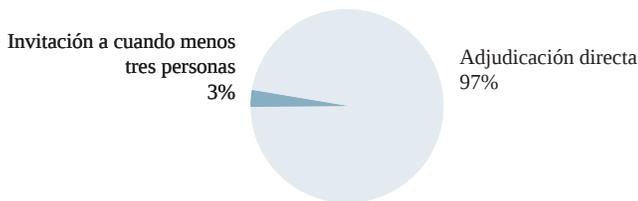
fue de 222 004 733 pesos. Aquí las instituciones siguieron únicamente dos tipos de procedimientos: adjudicación directa e invitación a cuando menos tres personas. Al igual que en el caso anterior en las instituciones del sector salud las adjudicaciones directas representaron 97% del gasto total (Figura 9).

**Figura 8. Gasto total en compras COVID-19 de instituciones que no pertenecen al sector salud por tipo de procedimiento (marzo-junio 2020)**



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

**Figura 9. Composición del gasto en compras COVID-19 de instituciones distintas al sector salud por tipo de procedimiento (marzo-junio 2020)**

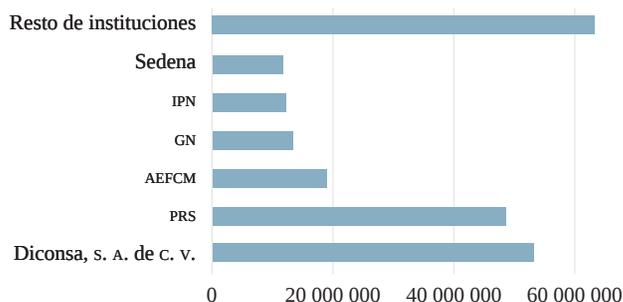


Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

La Figura 10 muestra las seis dependencias con los mayores gastos en comparación con el valor de las compras realizadas por el resto de las instituciones. Cabe

señalar que las adquisiciones de bienes y/o servicios de las primeras se hicieron únicamente por adjudicación directa y representan más de 50% del gasto total.

Figura 10. Gasto en compras COVID-19 de las instituciones que no pertenecen al sector salud (marzo-junio 2020)



Nota: Sedena (Secretaría de Defensa Nacional); IPN (Instituto Politécnica Nacional); GN (Guardia Nacional); AEFCM (Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México); PRS (Prevención y Readaptación Social).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Finalmente es importante señalar que si bien el mayor gasto en este rubro lo ejerció el sector salud, tal como se indicó previamente, cerca de 92% correspondió a compras del IMSS. Por lo que al comparar los montos entre todas las dependencias que adquirieron bienes o servicios relacionados con COVID-19 únicamente el IMSS, el ISSSTE y la SSA reportaron gastos mayores a dependencias que no pertenecen al sector salud. De tal forma que las seis instituciones que se presentaron en la Figura 10 además del SNDIF destinaron mayores recursos que los hospitales e institutos de salud que aquí se analizan.

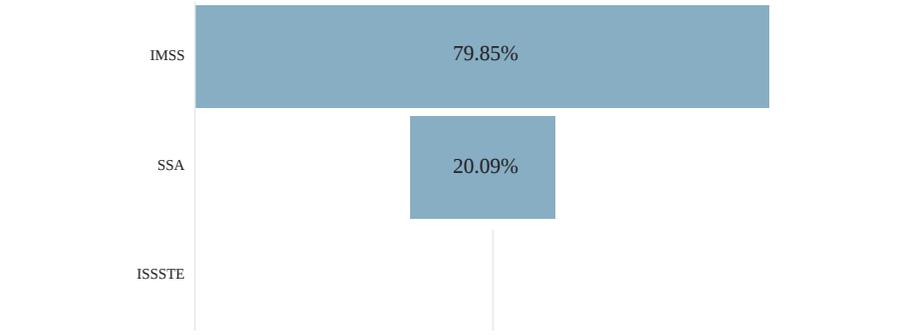
A continuación se presentan los resultados del análisis de cinco contrataciones específicas asociadas con COVID-19: ventiladores medicamentos equipo médico de protección y pruebas.

### *Contrataciones específicas asociadas al COVID-19*

**Compra y reparación de ventiladores.** Las compras de ventiladores y los gastos relacionados con la reparación de los mismos que aparecen en la base de datos de Compranet fueron realizados entre el 30 de marzo y el 17 de junio de 2020 todos

por adjudicación directa. El importe total de los contratos relacionados con compra y reparación de ventiladores asciende a 794 828 043.81 pesos (61 contratos). De dicho total, 79.85% del gasto fue hecho por el IMSS, 20.09% por la SSA y 0.06% por el ISSSTE (Figura 11).

**Figura 11. Relación del importe de los contratos para compra y reparación de ventiladores por institución de salud**



Nota: IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); SSA (Secretaría de Salud); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

**Figura 12. Relación entre número e importe de los contratos para compra y reparación de ventiladores por institución de salud**



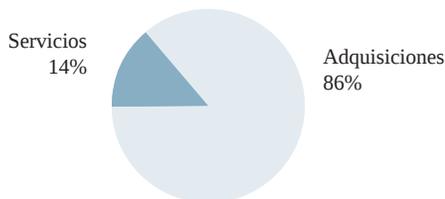
Nota: IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); SSA (Secretaría de Salud); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

El porcentaje de gasto por institución, sin embargo, resulta ser muy alto para la SSA cuando se introduce el número de contratos firmados por cada institución. En primer lugar, el IMSS concentra 79.85% y firmó 54 contratos en el periodo descrito. No obstante la SSA y el ISSSTE concentran simplemente 4 y 3 contratos respectivamente (Figura 12). En este sentido salta a la vista la diferencia del gasto entre ambas instituciones, pues la diferencia de contratos firmados es de 1 pero la SSA concentra 20.09% contra 0.06% del ISSSTE.

Dado que las compras relacionadas con ventiladores involucran compra y reparación es importante determinar en qué proporción los gastos fueron para nuevos ventiladores. En este caso, 86% del gasto total, 683 234 186.46 pesos mexicanos, estuvo destinado a la compra de nuevos ventiladores mientras que 14%, 111 593 857.35 pesos, fue para la reparación de antiguos ventiladores (Figura 13).

Figura 13. Tipo de contratación del gasto total



---

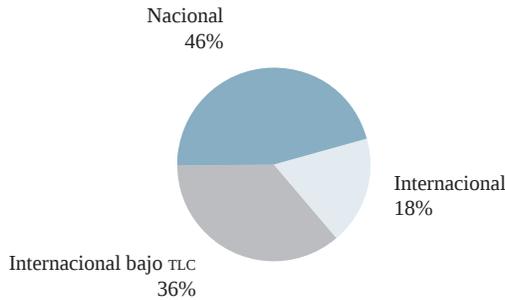
Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Finalmente, la variable relacionada con el carácter de la adquisición en la base de Compranet nos permite saber si la compra o reparación tuvo carácter nacional, internacional o si estuvo relacionada con un Tratado de Libre Comercio (TLC). Esta variable es interesante porque permite saber qué porcentaje de los gastos en ventiladores fueron importaciones. En este caso, la mayoría –54% en total– de los contratos tuvieron carácter internacional por lo que fueron importaciones. De 46% nacional, 8 fueron los contratos relacionados con la reparación de ventiladores (el total de reparaciones) y 28 fueron adquisiciones (Figura 14).

El tipo de contratación y el carácter de la compra podrían esclarecer la diferencia del gasto entre la SSA y el ISSSTE (Figura 15). En primer lugar la SSA firmó 3 contratos relacionados con reparación de ventiladores. Por su parte el ISSSTE firmó 1 contrato relacionado con compra de ventiladores y 2 con reparaciones. Esta variable no pare-

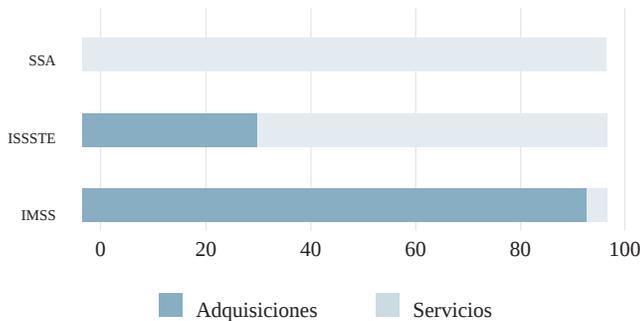
ce explicar la diferencia de 159 154 268.59 pesos del gasto entre ambas instituciones, pues el ISSSTE contrató servicios tanto para reparación como para adquisiciones, mientras que la SSA simplemente pagó reparaciones.

Figura 14. Carácter de los contratos relacionados con la compra o reparación de ventiladores



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Figura 15. Tipo de contratación por institución de salud

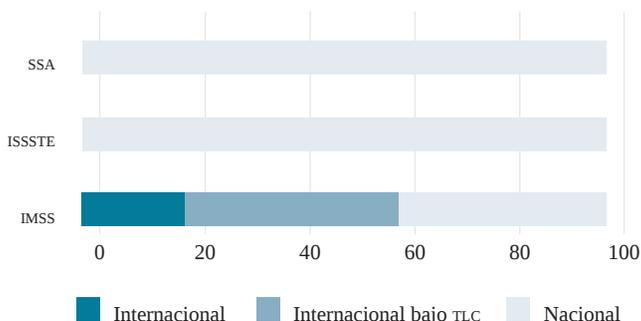


Nota: SSA (Secretaría de Salud); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

El carácter de la compra tampoco parece resolver la incógnita del gasto por institución, dado que tanto el ISSSTE como la SSA firmaron contratos exclusivamente nacionales (Figura 16).

Figura 16. Carácter de la compra por institución



Nota: SSA (Secretaría de Salud); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social).

Fuente: Elaboración propia con los datos de la base Compranet.

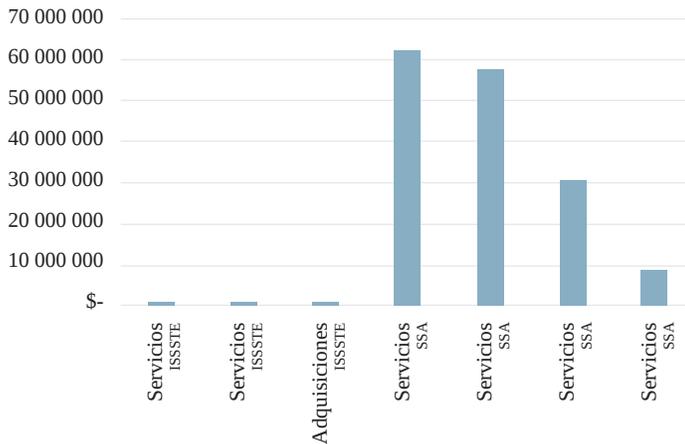
El importe desagregado de los contratos firmados por el ISSSTE y por la SSA podría también explicar la diferencia entre ambos gastos. Tres de los contratos firmados por la SSA exceden 30 millones de pesos y el contrato de menor importe asciende a 8 650 777.59 pesos. En el caso del ISSSTE los dos contratos relacionados con reparación de ventiladores no superan los 300 000 pesos. La variable “descripción del contrato” de las compras de la SSA no explican el tipo ni la cantidad de ventiladores reparados pero hacen alusión a las partidas 3, 4, 5 y 6 aunque no explican a qué hacen referencia. El ISSSTE por su parte menciona en uno de los contratos el tipo de ventiladores reparados (volumétricos) y de qué hospitales eran (Hospital General de Tacuba y el Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez). En otro de los contratos la institución menciona la reparación de cinco ventiladores.

Es necesario aclarar que uno de los principales problemas para filtrar las compras relacionadas con ventiladores es que el título del expediente el título del contrato y la descripción no siempre coinciden en la base de datos, por lo cual fue necesario poner énfasis en el detalle del análisis.

*Compra de medicamentos para atender a pacientes con COVID-19.* En la base de datos de Compranet hay 55 contratos relacionados con compra de medicamentos para la atención de pacientes con COVID-19 con una fecha de inicio entre el 25 de marzo y el 29 de junio de 2020. Todos los contratos relacionados con medicamentos por co-

VID-19 que se encuentran en la base fueron adquiridos por adjudicación directa. Del importe total de los contratos, 25 574 624.83 pesos mexicanos, 96% fueron gastados por el IMSS, 2% por el ISSSTE, 1% por el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) y 1% por el Instituto Nacional de Migración (INM).

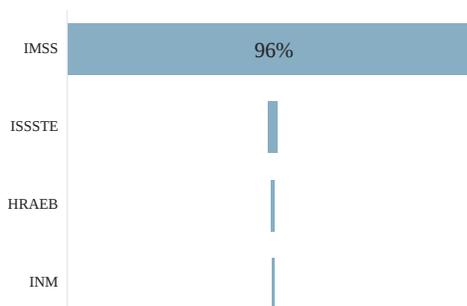
Figura 17. Importe por tipo de contratación para el ISSSTE y para la SSA



Nota: ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); SSA (Secretaría de Salud).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

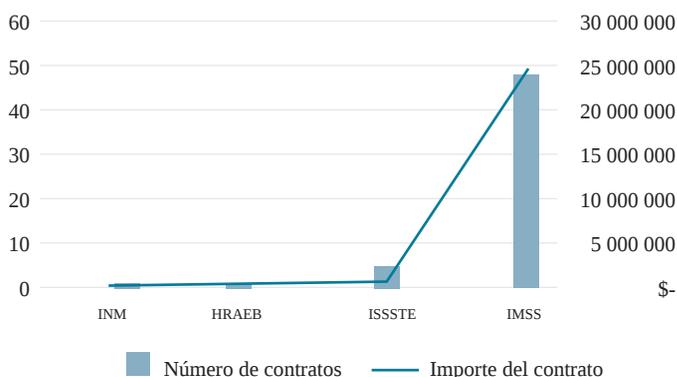
Figura 18. Relación del importe de los contratos para compra de medicamentos



Nota: IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); HRAEB (Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío); INM (Instituto Nacional de Migración).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

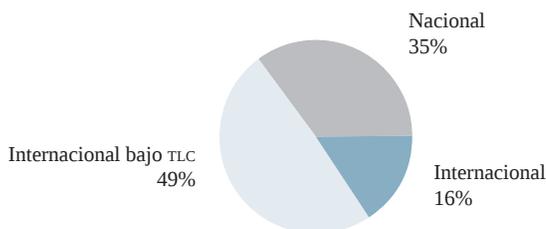
Figura 19. Relación entre número e importe de los contratos para compra de medicamentos



Nota: INM (Instituto Nacional de Migración); HRAEB (Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Figura 20. Carácter de los contratos relacionados con la compra de medicamentos



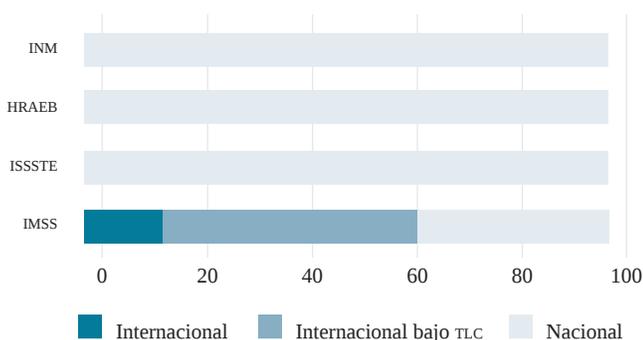
Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

En este caso la mayoría de las compras de medicamentos fueron importaciones, 65%, mientras que 35% fue de carácter nacional. Los cinco contratos del ISSSTE, el contrato del HRAEB y el del INM fueron de carácter nacional.

Al igual que la compra y reparación de ventiladores, el principal problema para filtrar los contratos relacionados con la compra de medicamentos para atención a pacientes con COVID-19 son las inconsistencias entre el título del expediente, el título del

contrato y la descripción del contrato. En ocasiones el título del expediente y el título del contrato no hablan de compras relacionadas con la categoría que nos interesa, pero el título del expediente sí. Pasa lo mismo con el resto de las variables. Esto último dificulta la explotación de la base de datos, además de que podría resultar en la pérdida de observaciones. Es necesario que la información esté unificada y clara, pues la base tampoco explica cantidades adquiridas, características del producto como marcas, a qué hospitales, clínicas o instituciones serán dirigidas las adquisiciones o servicios, entre otra información que permitiría justificar los montos pagados.

Figura 21. Carácter de la compra por institución de salud



Nota: INM (Instituto Nacional de Migración); HRAEB (Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

**Material de protección.** De los 1 286 contratos que están directamente asociados con las claves utilizadas para el filtro relacionado con COVID-19, 156 pertenecen a la categoría del equipamiento médico de protección, definidos como productos que protegerían al personal de alguna dependencia. Aunque este equipamiento es médico y es más común en los hospitales se decidió incluir también a instituciones que no pertenecen explícitamente al sector salud. Para identificar los contratos de material de protección se estudió cada uno de los contratos relacionados con el COVID-19 y se revisaron el título del contrato, la descripción y título de expediente. Se incluyeron en este análisis todos aquellos en donde se menciona que la compra era para proteger a personal de la dependencia del COVID-19 o la compra de algún artículo asociado a la protección del personal, como cubrebocas o trajes de protección.

En total se identificaron 156 contratos que cumplían estas características y para facilitar el análisis se clasificaron en siete categorías: Cubrebocas, Gafas de seguridad, Guantes, Prendas de protección, Multitud de artículos y Artículos no definidos. Las gafas de seguridad incluyen tanto gafas como *goggles*. Las prendas de protección incluyen ropa quirúrgica o reusable, así como trajes especiales de protección. Aunque estos últimos podrían considerarse distintos, lo cierto es que no aparecían con suficiente frecuencia para justificar su propia categoría. La categoría de Multitud de artículos busca constatar los contratos en donde se compró más de un solo artículo y se incluyó una variable adicional en el análisis que incluye datos sobre las combinaciones. La Figura 22 ilustra cuáles fueron las combinaciones más frecuentes. Los Artículos específicos no definidos indicaban que con el contrato se comprarían artículos para proteger al personal, pero no se especificaban ni en la descripción ni en la información adicional disponible en la página de Compranet qué artículos se estaban comprando.

En general los contratos de productos de protección fueron contratados en su gran mayoría (67%) por instituciones del sector salud principalmente el IMSS y el ISSSTE. Los contratos del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY) son solo 2 y del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria (HRAECV) son 3. Ninguna de las instituciones que no fueran de salud supera los 10 contratos de artículos de protección aunque la Comisión Nacional del Agua (Conagua) con 8 contratos la Administración Portuaria Integral (API) de Manzanillo con 7 contratos y Telecomunicaciones de México con 6 lograron superar a los dos hospitales regionales de alta especialidad (Figura 23).

Sobre los contratos y sus montos el contrato con el monto más alto fue el del ISSSTE de 64 312 500 pesos con el código 2295182 y el número de control D0P0520 otorgado a la empresa Equipamedix, S. A. de C. V. Aunque el título del contrato y la descripción dicen que el gasto fue en cubrebocas el título del expediente indica que el gasto fue en overoles. Una revisión de los documentos de información adicional confirma que este gasto fue para una orden de tres tipos distintos de cubrebocas. El segundo lugar en el monto es el de una compra de cubrebocas guantes y gel por la API-Manzanillo de 32 330 427 pesos con el código 2295160 y el número de control D0P0522. Aunque la mayoría de los contratos fueron hechos por el sector salud (Figura 25) este contrato muestra que ciertas instituciones distintas a este sector también hicieron compras importantes de artículos de protección. Respecto de los montos, la Figura 26 muestra que 50 684 952 pesos (22% del gasto total) fue de instituciones que no pertenecen al sector de salud y 178 846 873.50 pesos (78% del gasto total) fue de instituciones que sí pertenecen a ese sector.

Por último se analizó también la relación entre cantidad de contratos y montos respecto de tres rubros distintos: según el tipo de artículo, según las instituciones de salud y según las instituciones de salud, incluyendo a las tres instituciones que tuvieron más de cinco compras de artículos de protección.

La Figura 27 muestra que en general los montos son proporcionalmente menores a las cantidades de los contratos para cada artículo, con la excepción de los artículos de los cubrebocas.

Esta diferencia podría explicarse porque los contratos de este artículo solían incluir compras de muchos cubrebocas en paquete. En cuanto a la comparación de las instituciones de salud con las otras, la Figura 28 muestra que el gasto del ISSSTE y el IMSS supera por mucho al de los hospitales regionales y que incluso solo el IMSS supera por mucho a la cantidad de contratos y montos de las otras instituciones.

Por su parte, la Figura 29 ilustra una comparación de los montos y cantidad de contratos de las instituciones de salud y de estas tres instituciones, lo que representa 82% de todos los contratos de artículos de protección. Sobre la Figura 23 lo que más destaca es que la API-Manzanillo supera con creces no solo la cantidad de contratos de los hospitales regionales, sino también los montos gastados en sus contratos.

La Figura 22 describe a los contratos que incluyen a más de un artículo de protección, que son 18 contratos en total, y están bajo el nombre de variable Multitud de artículos, así como la frecuencia con la que aparecían las distintas combinaciones. Las combinaciones incluían otros artículos en ocasiones como gel desinfectante, pero no se incluyeron por no considerarse artículos de protección.

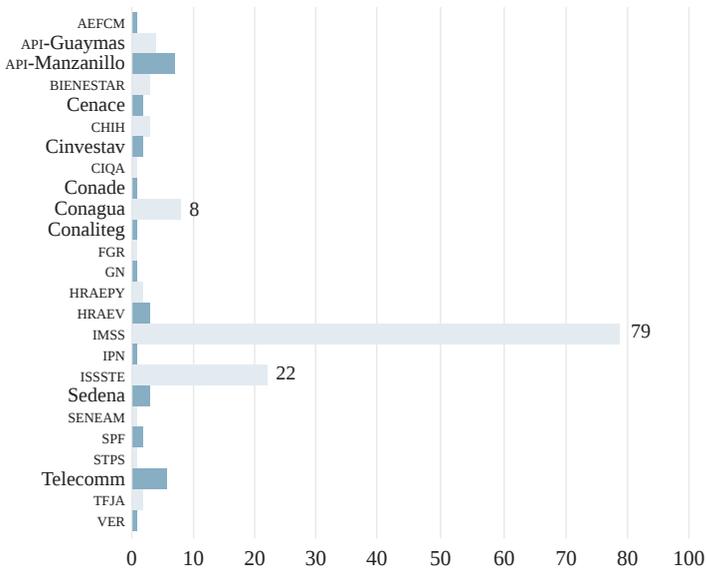
Figura 22. Contratos con varios artículos de protección



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

La Figura 23 muestra las distintas instituciones que han comprado artículos de protección en el periodo de estudio. La sigla de VER probablemente la única que podría ser confusa es de la Presidencia Municipal de Papantla. El IMSS y el ISSSTE tienen por sí solos la gran mayoría de los contratos mientras que los hospitales regionales de Yucatán y Ciudad Victoria tienen apenas cinco contratos juntos. Por su parte, la Conagua, Telecomunicaciones de México (Telecomm) y la API-Manzanillo son las instituciones que no pertenecen a salud con más contratos.

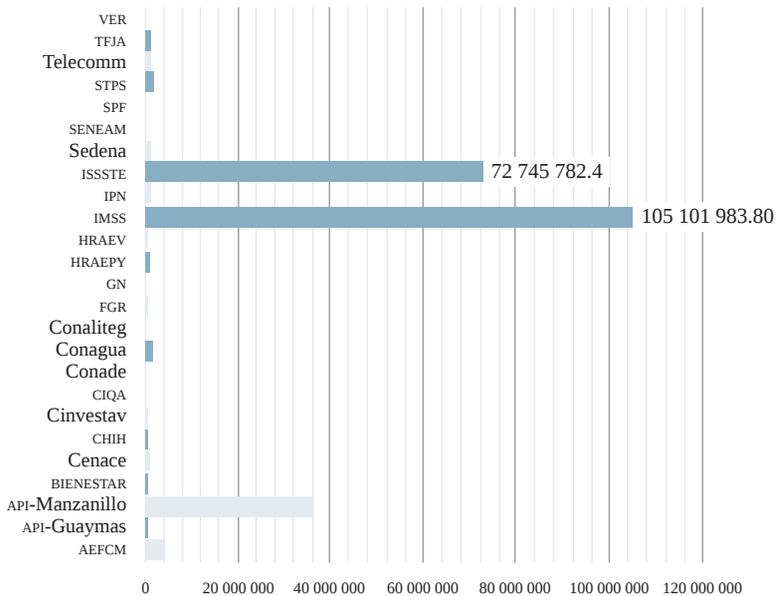
Figura 23. Instituciones y contratos de artículos de protección



Nota: AEFCM (Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México); API (Administración Portuaria Integral); BIENESTAR (Secretaría de Bienestar); Cenace (Centro Nacional de Control de Energía); CHIH (Chihuahua); Cinvestav (Centro de Investigación y de Estudios Avanzados); CIQA (Centro de Investigación en Química Aplicada); Conade (Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte); Conagua (Comisión Nacional del Agua); Conaliteg (Comisión Nacional del Libro de Texto Gratuito); FGR (Fiscalía General de la República); GN (Guardia Nacional); HRAEPY (Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán); HRAEV (Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz); IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); IPN (Instituto Politécnico Nacional); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); Sedena (Secretaría de Defensa Nacional); SENEAM (Servicios a la Navegación en el Espacio Aéreo Mexicano); SPF (Servicio de Protección Federal); STPS (Secretaría del Trabajo y Previsión Social); Telecomm (Telecomunicaciones de México); TFJA (Tribunal Federal de Justicia Administrativa); VER (Veracruz).  
Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

La Figura 24 es similar a la anterior, pero para los importes de cada contrato. En ella el IMSS y el ISSSTE concentran la gran parte del gasto de manera más pronunciada que en la cantidad de contratos. Por otro lado en esta figura puede observarse que la API-Manzanillo llevó a cabo un gasto total importante de casi 40 millones de pesos, a pesar de tener tan solo seis contratos, casi la mitad del gasto del ISSSTE en el mismo periodo.

Figura 24. Importes totales de los contratos según la institución

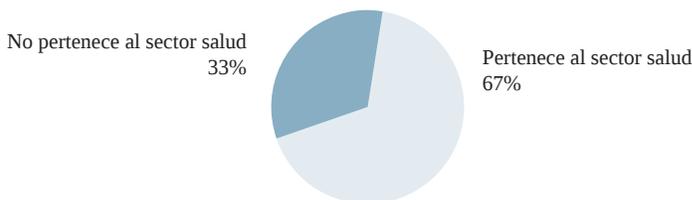


Nota: ver (Veracruz); TFJA (Tribunal Federal de Justicia Administrativa); Telecomm (Telecomunicaciones de México); STPS (Secretaría del Trabajo y Previsión Social); SPF (Servicio de Protección Federal); SENEAM (Servicios a la Navegación en el Espacio Aéreo Mexicano); Sedena (Secretaría de la Defensa Nacional); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); IPN (Instituto Politécnico Nacional); IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); HRAEV (Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz); HRAEPY (Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán); GN (Guardia Nacional); FGR (Fiscalía General de la República); Conagua (Comisión Nacional del Agua); Conaliteg (Comisión Nacional del Libro de Texto Gratuito); Conade (Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte); CIQA (Centro de Investigación en Química Aplicada); Cinvestav (Centro de Investigación y de Estudios Avanzados); CHIH (Chihuahua); Cenace (Centro Nacional de Control de Energía); BIENESTAR (Secretaría de Bienestar); AEFCM (Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México); API (Administración Portuaria Integral).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

En términos de proporciones, la Figura 25 está basada en la columna de si la institución pertenece o no al sector salud y pretende ilustrar de manera gráfica la relación ya reiterada: la gran mayoría de los contratos pertenecen al sector salud.

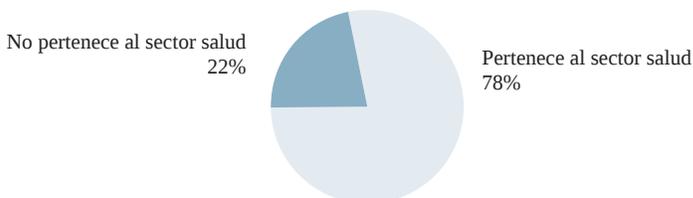
Figura 25. Relación de contratos del sector salud



---

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Figura 26. Relación del importe de los contratos según tipo de institución



---

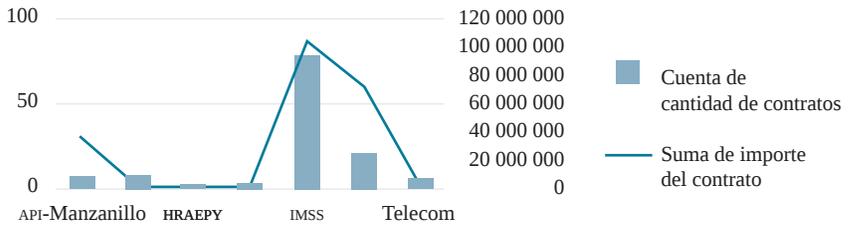
Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Por último están las gráficas de la relación entre los importes y la cantidad de contratos (Figuras 27, 28, 29 y 30). Estas ilustran la relación de las variables según la categoría de los artículos, según las instituciones del sector salud y según instituciones de sector salud y otras instituciones que tuvieran más de cinco contratos. Las instituciones que cumplían este supuesto son la Conagua, Telecom y la API-Manzanillo. Estas tres instituciones tuvieron más contratos que los dos hospitales regionales de alta especialidad juntos.

**Pruebas por COVID-19.** La base de datos de Compranet incluye 1 286 contratos relacionados al combate de la pandemia por COVID-19. De estos 18 contratos están

relacionados con compras asociadas a pruebas,<sup>1</sup> análisis y/o diagnóstico del Coronavirus SARS-CoV-2. Dichos contratos pertenecen a 11 instituciones federales, 4 al sector salud y 7 a otras áreas de la administración pública federal. El monto total de los contratos asciende a 13 403 626.66 pesos.

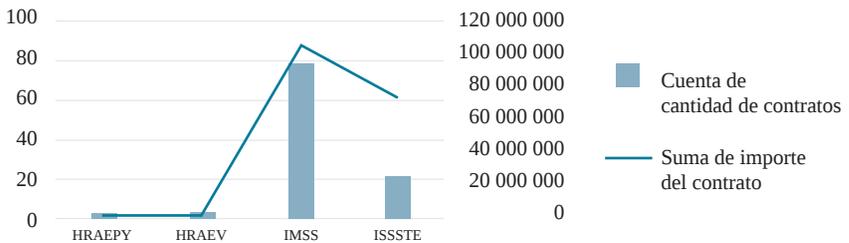
Figura 27. Relación sobre la cantidad-importe de los contratos



Nota: API (Administración Portuaria Integral); HRAEPY (Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán); IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); Telecomm (Telecomunicaciones de México).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Figura 28. Relación sobre la cantidad-importe de los contratos según artículo

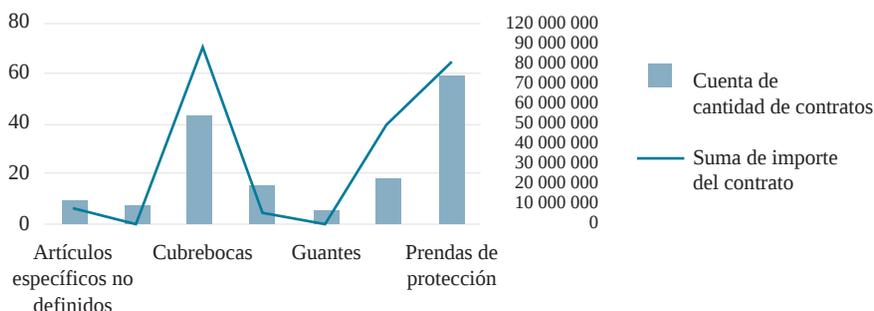


Nota: HRAEPY (Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán); HRAEV (Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz); IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

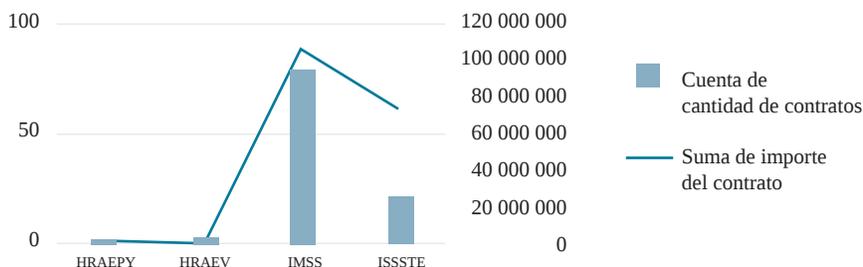
<sup>1</sup> La identificación de contratos para pruebas se hizo mediante el filtrado de información en el nombre y descripción de los contratos buscando coincidencias con las palabras: “prueba”, “pruebas”, “examen”, “exámenes”, “test”, “análisis” y “diagnóstico”.

Figura 29. Relación sobre la cantidad-importe de los contratos según instituciones de salud



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Figura 30. Relación sobre la cantidad-importe de los contratos de instituciones de salud



Nota: HRAEPY (Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán); HRAEV (Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz); IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado).

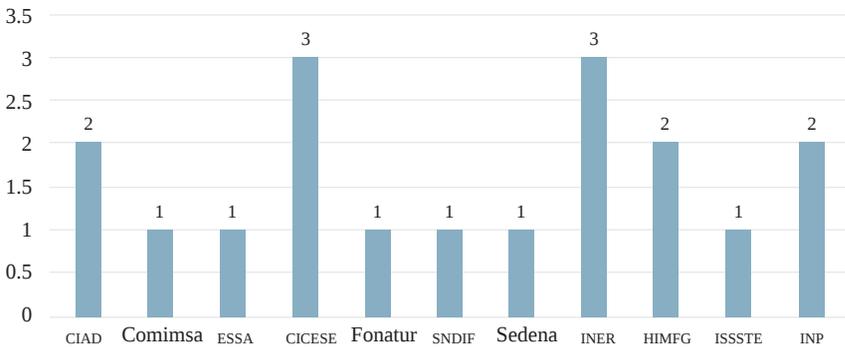
Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

- Sector salud

- Hospital Infantil de México Federico Gómez.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.
- Instituto Nacional de Pediatría.

- Otras instituciones
  - Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C.
  - Corporación Mexicana de Investigación en Materiales, S. A. de C. V.
  - Exportadora de Sal, S. A. de C. V.
  - Centro de Investigación Científica y de Educación Superior de Ensenada Baja California.
  - Fondo Nacional de Fomento al Turismo.
  - Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
  - Secretaría de la Defensa Nacional.

Figura 31. Número de contratos. Puebas COVID-19



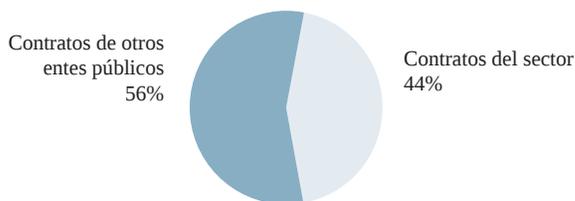
Nota: CIAD (Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo); Comimsa (Corporación Mexicana de Investigación en Materiales, S. A. de C. V.); ESSA (Exportadora de Sal, S. A. de C. V.); CICESE (Centro de Investigación Científica y de Educación Superior de Ensenada); Fonatur (Fondo Nacional de Fomento al Turismo); SNDIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia); Sedena (Secretaría de la Defensa Nacional); INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas); HIMFG (Hospital Infantil de México Federico Gómez); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); INP (Instituto Nacional de Pediatría).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Más de la mitad de los contratos fueron celebrados por entidades fuera del sector salud. Del gasto total correspondiente a pruebas por COVID-19, 58% pertenece a contratos del sector salud.

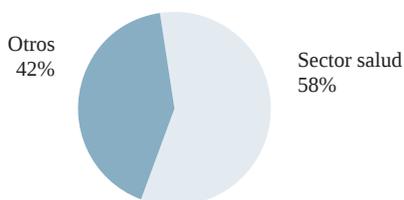
Las instituciones que más invirtieron en pruebas para diagnóstico de COVID-19 fueron el INP, la Sedena y el SNDIF. El INP destinó 540 000 pesos a un primer contrato celebrado a finales de marzo por el siguiente concepto:

Figura 32. Tipo de contratos. Pruebas COVID-19



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Figura 33. Gasto por sector. Pruebas COVID-19

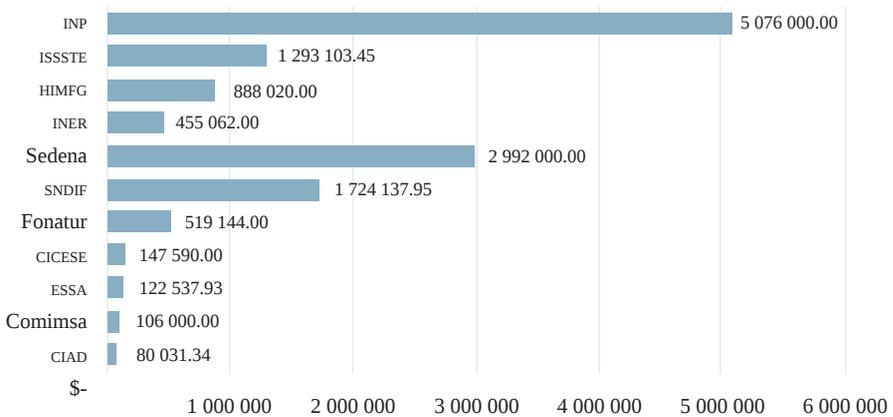


Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Kit para PCR tiempo real cualitativa para COVID-2019 detectando tres geles simultáneos RdRp, E, N con capacidad de utilizarse en un sistema completamente automatizado que incluya extracción amplificación y lectura compatible para realización de 12 muestras simultáneas. Kit con 100 pruebas.

A principio de junio el INP celebró un segundo contrato por 4 536 000 pesos bajo el mismo concepto. No obstante fue imposible encontrar detalle del número de kits adquiridos bajo estos contratos con la información reportada en la base de datos. De la misma manera, el INER reporta tres contratos por kits de 96 pruebas, pero no detalla el número de unidades. Por su parte, el resto de los contratos utilizan conceptos que hacen referencia a pruebas individuales (no en kit), test, exámenes y diagnóstico de COVID-19, pero tampoco detallan el número de pruebas adquiridas mediante tales contratos. En general, esto es un problema que comparten la mayoría de las observaciones por otros conceptos en la base de datos.

Figura 34. Gastos por institución. Pruebas COVID-19



Nota: INP (Instituto Nacional de Pediatría); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); HIMFG (Hospital Infantil de México Federico Gómez); INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas); Sedena (Secretaría de la Defensa Nacional); SNDIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia); Fonatur (Fondo Nacional de Fomento al Turismo); CICESE (Centro de Investigación Científica y de Educación Superior de Ensenada); ESSA (Exportadora de Sal, S. A. de C. V.); Comimsa (Corporación Mexicana de Investigación en Materiales, S. A. de C. V.); CIAD (Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Finalmente, cabe mencionar que de estos contratos, 17 se llevaron a cabo vía adjudicación directa. Solo el contrato correspondiente al ISSSTE fue celebrado entre entes públicos con el estado de Tlaxcala. También es relevante señalar que tres de estos contratos son de carácter internacional y el resto fueron celebrados con empresas registradas en México.

### *Análisis de las adquisiciones y contrataciones de las instituciones del sector salud registradas en Compranet*

Otra dimensión del análisis consistió en considerar todas las compras realizadas entre marzo y junio de 2020 por instituciones del sector salud, independientemente si se etiquetaron o no con alguno de los términos relacionados con COVID-19. En este caso, si bien la participación de las adjudicaciones directas fue considerablemente menor al observado en el análisis previo, este tipo de procedimiento concentró 50% del gasto total; la licitación pública en cambio solo representó 6.36%.

Tabla 10. Detalle de los contratos

Institución	Importe	Contrato
Comimsa	106 000.00	Análisis clínicos para personal operativo y campo región Sur/Marina (pruebas por PCR detección COVID-19)
ESSA	122 537.93	Realización de pruebas COVID-19 a trabajadores de Exportadora de Sal, S. A. de C. V. campaña COVID-19
Fonatur	519 144.00	Contratación del “Servicio de implementación del protocolo COVID-19 mediante pruebas diagnósticas para el personal del Fondo Nacional de Fomento al Turismo (en adelante Fonatur) Fonatur Tren Maya, S. A. de C. V. y Fonatur Infraestructura, S. A. de C. V.”
HIMFG	199 000.00	Pruebas SARS-CoV-2
HIMFG	689 020.00	Compra de pruebas SARS-CoV-2 para periodo de contingencia
ISSSTE	1 293 103.45	Convenio abierto de subrogación de servicios de pruebas de laboratorio para realizar diagnóstico de SARS-CoV-2 COVID-19
INER	331 258.00	COVID-19 RECOMBINANT PROTEIN: COVID-19 spike RBD coronavirus recombinant protein 1 mg. mybiosource CAT-MBS-669436; COVID-19 ELISA kit: human COVID-19 spike protein S1 receptor binding domain (S1RBD) IgG coronavirus ELISA kit 96 tests mybiosource CAT-MBS-398005; COVID-19 ELISA kit: human COVID-19 spike protein S1 IgG/IgM coronavirus ELISA kit 96-strip-wells mybiosource CAT-MBS-2614312
INER	62 138.00	COVID-19 ELISA kit: human COVID 19 nucleocapsid (NP) IgM coronavirus elisa kit 96 strip-wells mybiosource CAT-MBS-3809907; COVID-19 ELISA kit: human COVID-19 nucleocapsid (NP) IgG coronavirus ELISA kit 96 strip-wells mybiosource CAT-MBS-3809906; COVID-19 ELISA kit: human COVID-19 spike protein S1 receptor binding domain (S1RBD) IgG coronavirus ELISA kit 96 test mybiosource CAT-MBS-398005
INER	61 666.00	COVID-19 ELISA kit: human COVID-19 spike protein S1 receptor binding domain (S1RBD) IgG coronavirus ELISA kit 96 tests mybiosource CAT-MBS-398005; COVID-19 ELISA kit: human COVID-19 spike protein S1 IgG/IgM coronavirus ELISA kit 96 strip-wells mybiosource CAT-MBS-2614312
INP	540 000.00	Kit para PCR tiempo real cualitativa para COVID-2019 detectando tres geles simultáneos RdRp E N con capacidad de utilizarse en un sistema completamente automatizado que incluya extracción amplificación y lectura compatible para realización de 12 muestras simultáneas. Kit con 100 pruebas

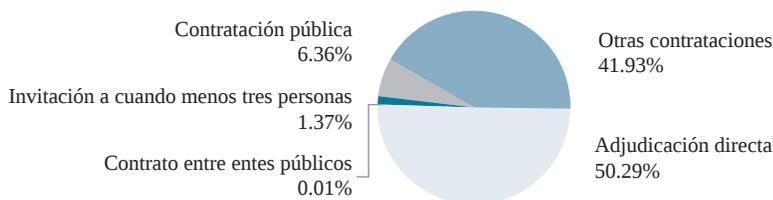
Institución	Importe	Contrato
INP	4 536 000.00	Kit para PCR tiempo real cualitativa para COVID-2019 detectando tres genes simultáneos RdRp E N con capacidad de utilizarse en un sistema completamente automatizado que incluya extracción amplificación y lectura compatible para realización de 12 muestras simultáneas. Kit con 100 pruebas
Sedena	2 992 000.00	Adquisición de insumos para realizar pruebas confirmatorias de COVID-19
SNDIF	1 724 137.94	Servicios de laboratorio clínico para la realización de pruebas COVID-19 (PCR-RT) de reacción en cadena de la polimerasa de transcripción reversa (PCR-RT) para los beneficiarios asistidos en los centros de asistencia social niñas, niños y adolescentes, centros gerontológicos y casas hogar para ancianos para el personal activo que realiza funciones estratégicas en los centros de asistencia social para niñas, niños y adolescentes y centros gerontológicos y casas hogar para ancianos del SNDIF del área metropolitana de la Ciudad de México, Cuernavaca, Morelos y Oaxaca, Oaxaca, personal a ellos comisionado, así como al personal activo de todas las áreas administrativas del SNDIF que realizan funciones estratégicas y esenciales derivado de la contingencia SARS-CoV-2 (COVID-19). Partida 1 a la 4
CICESE	45 800.00	Suministro de reactivos para análisis de COVID-19
CICESE	45 800.00	Suministro de reactivos para análisis de muestras COVID-19
CICESE	55 990.00	Suministro de reactivos de laboratorio para análisis de COVID-19
CIAD	43 660.00	Adecuaciones para realizar pruebas del COVID-19 en laboratorio de microbiología en planta alta en CIAD unidad regional Culiacán
CIAD	36 371.34	Apoyo técnico para el desarrollo e implementación de metodologías en el laboratorio: implementación de técnicas analíticas para el análisis por PCR de SARS-CoV-2, determinación de anticuerpos y elaboración de materiales
Gran total	13 403 626.66	

Nota: Comimsa (Corporación Mexicana de Investigación en Materiales, S. A. de C. V.); ESSA (Exportadora de Sal, S. A. de C. V.); Fonatur (Fondo Nacional de Fomento del Turismo); HIMFG (Hospital Infantil de México Federico Gómez); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas); INP (Instituto Nacional de Pediatría); Sedena (Secretaría de la Defensa Nacional); SNDIF (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia); CICESE (Centro de Investigación Científica y de Educación Superior de Ensenada); CIAD (Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo).

Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

Destaca además que Otras contrataciones muestre un porcentaje similar al de las adjudicaciones: 41.93%. El problema con este tipo de procedimiento es que no hay información que permita conocer con exactitud en qué consistió, cómo se llevó a cabo ni mucho menos conocer la justificación de por qué no se procedió mediante licitación pública o invitación a cuando menos tres personas.

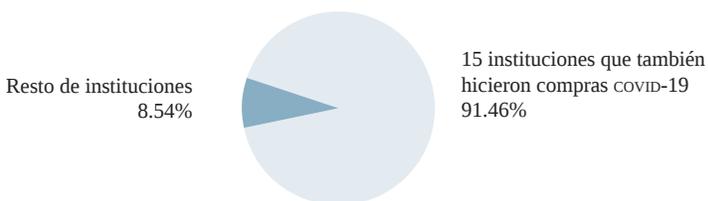
**Figura 35. Composición del gasto de las instituciones del sector salud por tipo de procedimiento (marzo-junio 2020)**



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

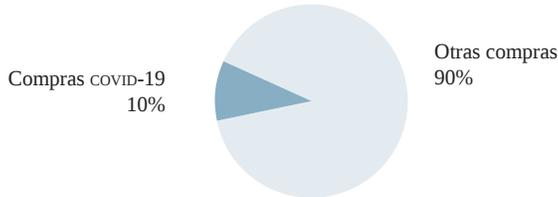
Por otra parte, se encontró que las 15 instituciones del sector salud que hicieron compras COVID-19 y cuyo análisis se presentó en el apartado anterior, concentraron 91% del gasto total (45 414 159 301.95 pesos); sin embargo, solo 10% (4 629 203 334.38 pesos) de este gasto fue para las compras etiquetadas como COVID-19, mientras que para el otro 90% no es posible identificar si tuvieron o no como objetivo atender la emergencia provocada por la pandemia.

**Figura 36. Participación de las instituciones del sector salud que hicieron compras COVID-19 en el gasto total (marzo-junio 2020)**



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

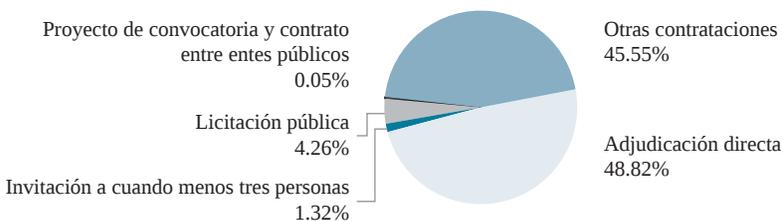
Figura 37. Composición del gasto total de las 15 instituciones del sector salud que también registraron compras COVID-19 (marzo-junio 2020)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Aunque el gasto en compras COVID-19 de las 15 instituciones que se presentan hacia el final de este apartado, solo representaron 10% (4 629 203 334.38 pesos) del total; el monto pagado por adjudicaciones directas fue de 48.82% y de 45.55% por Otras contrataciones. Es decir, lo asignado mediante adjudicación directa fue mayor a lo que se ejerció para compras COVID-19 y la cifra aumenta cuando se agrega el valor de Otras contrataciones (42 858 473 036.12 pesos en total), por lo que el procedimiento de adjudicación no fue utilizado de manera exclusiva para atender la emergencia sanitaria.

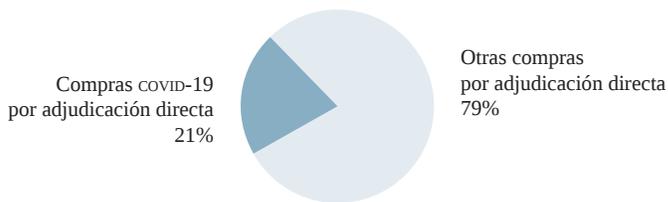
Figura 38. Composición del gasto total por tipo de procedimiento de las 15 instituciones del sector salud que también registraron compras COVID-19 (marzo-junio 2020)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

La Figura 39 refuerza el argumento anterior: del gasto total que las 15 instituciones del sector salud canalizaron por la vía de adjudicación directa, únicamente 21% fue etiquetado como COVID-19.

Figura 39. Composición del gasto total por adjudicación directa de las 15 instituciones del sector salud que también registraron compras COVID-19 (marzo-junio 2020)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Tabla 11. Instituciones del sector salud que hicieron compras COVID-19

1	Hospital Infantil de México Federico Gómez
2	Hospital Juárez de México
3	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”
4	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca
5	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán
6	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío
7	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
8	Instituto Mexicano del Seguro Social
9	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas
10	Instituto Nacional de Pediatría
11	Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes
12	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
13	Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra
14	Instituto Nacional de Salud Pública
15	Secretaría de Salud

Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

Tabla 12. Instituciones del sector salud que hicieron compras COVID-19  
(desglose por cantidades, en millones de pesos)

	Tipo de procedimiento		
	Adjudicación directa	Contrato entre entes públicos	Invitación a cuando menos tres personas
HIMFG	87 919 502.39	10 843 182.50	8 577 782.00
HJM	137 362 192.47		3 239 340.00
HRAECV	15 794 355.22		
HRAEI	14 661 360.37		
HRAEPY	26 262 629.85		6 508 285.07
HRAEB	58 181 485.65		
ISSSTE	3 323 269 885.45	2 449 104.07	116 262 276.28
IMSS	16 973 354 234.42	4 309 137.94	396 434 826.00
INER	200 114 175.01		25 884 014.60
INP	482 294 908.25		3 937 022.78
INPERIER	128 570 535.32		8 069 209.88
INPRFM	25 563 509.01	186 544.63	16 866 733.22
INR-LGH	409 881 299.29	1 654 686.00	665 534.00
INSP	8 986 918.41		
SSA	280 464 599.29		11 533 484.48
Total general	22 172 681 590.40	19 442 655.14	597 978 508.31

Nota: HIMFG (Hospital Infantil de México Federico Gómez); HJM (Hospital Juárez de México); HRAECV (Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”); HRAEI (Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca); HRAEPY (Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán); HRAEB (Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); INER (Instituto

### *Análisis de los tipos de contrataciones*

La base de datos de Compranet detalla las compras que han hecho las entidades públicas para atender las necesidades derivadas de la pandemia por COVID-19. Los procesos mediante los que se celebran los contratos de compra-venta son diversos, así como los fundamentos legales para estos. La base de Compranet incluye licitaciones públicas, contrato entre entes públicos, invitación a cuando menos tres personas y en su mayoría contratos por adjudicación directa.

La situación que el COVID-19 ha provocado motivó el Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional

	Tipo de procedimiento			Total general	Gasto COVID-19
	Licitación pública	Otras contrataciones	Proyecto de convocatoria		
	97 442 078.49	93 931 332.81		298 713 878.19	888 020.00
	19 177 773.78			159 779 306.25	1 559 790.07
		648 007.89		16 442 363.11	1 481 932.00
		1 523 222.17		16 184 582.54	397 519.38
		71 102 930.47		110 883 236.40	328 775.00
		141 345 296.52		206 796 822.79	6 366 294.00
		5 320 404 248.48		9 342 435 323.76	119 112 411.50
		15 044 374 517.93	4 136 048.37	33 341 735 859.98	4 251 864 150.00
		2 342 872.27		242 525 021.99	1 206 111.19
				594 360 781.57	5 076 000.00
		6 695 757.44		143 335 502.64	1 009 735.80
		1 592 146.40		73 854 391.39	59 052.00
		997 144.82		437 199 547.92	88 585.14
		833 968.52		29 502 975.09	34 200.00
				400 409 708.33	239 730 758.30
		20 685 791 445.72	4 136 048.37	45 414 159 301.95	4 629 203 334.38

Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas); INP (Instituto Nacional de Pediatría); INPERIER (Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes); INPRFM (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz); INR-LGII (Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra); INSP (Instituto Nacional de Salud Pública); SSA (Secretaría de Salud).

Fuente: Instituciones del sector salud que hicieron compras COVID-19 (desglose por cantidades, en millones de pesos).

en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). Dicho decreto presidencial, como se discutió antes, fue publicado el 27 de marzo de 2020. En él se otorga a la SSA la facultad de adoptar las medidas necesarias para el combate a la pandemia, incluyendo la celebración de contratos de compra o contratación de servicios a través de la adjudicación directa. El decreto señala:

ARTÍCULO PRIMERO.- El objeto del presente Decreto es declarar diversas acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de sa-

lubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19).

ARTÍCULO SEGUNDO.- Para efectos del artículo anterior la Secretaría de Salud podrá implementar de manera inmediata además de lo previsto en el artículo 184 de la Ley General de Salud las acciones extraordinarias siguientes:

- i. Utilizar como elementos auxiliares todos los recursos médicos y de asistencia social de los sectores público social y privado existentes en las regiones afectadas y en las colindantes;
- ii. Adquirir todo tipo de bienes y servicios a nivel nacional o internacional entre los que se encuentran equipo médico agentes de diagnóstico material quirúrgico y de curación y productos higiénicos así como todo tipo de mercancías y objetos que resulten necesarios para hacer frente a la contingencia sin necesidad de llevar a cabo el procedimiento de licitación pública por las cantidades o conceptos necesarios para afrontarla;
- iii. Importar y autorizar la importación así como la adquisición en el territorio nacional de los bienes y servicios citados en la fracción anterior sin necesidad de agotar trámite administrativo alguno por las cantidades o conceptos necesarios para afrontar la contingencia objeto de este Decreto;
- iv. Llevar a cabo las medidas necesarias para evitar la especulación de precios y el acopio de insumos esenciales necesarios de los bienes y servicios a que se refiere la fracción ii del presente artículo y;
- v. Las demás que se estimen necesarias por la Secretaría de Salud.

ARTÍCULO TERCERO.- Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal deberán coordinarse y brindar los apoyos que sean requeridos por la Secretaría de Salud para la instrumentación de las medidas de mitigación y control de la enfermedad causada por el SARS-CoV-2 (COVID-19) en nuestro país.

TRANSITORIO

ÚNICO.- El presente Decreto entrará en vigor el día su publicación en el Diario Oficial de la Federación y estará vigente hasta en tanto se declare terminada la contingencia que la originó (DOF 2020i).

En condiciones normales el fundamento legal para la contratación de servicios por parte de autoridades gubernamentales se encuentra en principio en el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) (Cámara de Diputados, 2020a). Este nombra la licitación pública como el proceso estándar de contratación. Otros tipos de contrataciones ad hoc a las necesidades de las instituciones y su contexto son descritas en la Ley de Obras Públicas y Servicios Relaciona-

dos con las Mismas (LOPSRM), así como en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP). Ambas leyes tienen por objeto reglamentar la aplicación del artículo 134 constitucional, cada una en las materias de su competencia,<sup>2</sup> para lo cual describen procesos alternativos de contratación y detallan los supuestos bajo los cuales las unidades compradoras de la administración pública pueden celebrar contratos bajo cada uno. Empero la SFP recomienda enfáticamente apearse a la licitación pública como proceso de contratación preferido.

La base de contratos de Compranet clasifica los contratos en 10 plantillas de expediente. Cada una corresponde a un tipo de contratación de acuerdo con alguna de las leyes mencionadas:

01. Licitación pública LAASSP.
02. Licitación pública LOPSRM.
03. Invitación a cuando menos tres personas LAASSP.
04. Invitación a cuando menos tres personas LOPSRM.
05. Adjudicación directa LAASSP.
06. Adjudicación directa LOPSRM.
07. Proyecto de convocatoria a la licitación pública.
08. Reporte de otras contrataciones y contrataciones con crédito externo.
09. Proyecto de Asociación Público-Privada LAPP.
10. Contratos entre entes públicos.

Los contratos referentes a la atención de las necesidades provocadas por COVID-19 incluyen solo las plantillas 01, 03, 05, 06 y 10 en las cantidades y bajo los fundamentos que se detallan en la Tabla 13.

A continuación se describen brevemente los procesos de compra y contratación de servicios que pueden encontrarse en la base de datos de Compranet. Asimismo, en la Figura 40 se detallan los artículos en los que están fundamentados, según las plantillas de expediente a las que pertenecen. Es importante mencionar que de acuerdo con la base de datos, los contratos generalmente toman como fundamento solo una de las fracciones o párrafos por lo que se citarán en conjunto.

---

<sup>2</sup> Artículo 1. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos, última reforma 11 de agosto de 2020, y Artículo 1. Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos, última reforma 13 de enero de 2016.

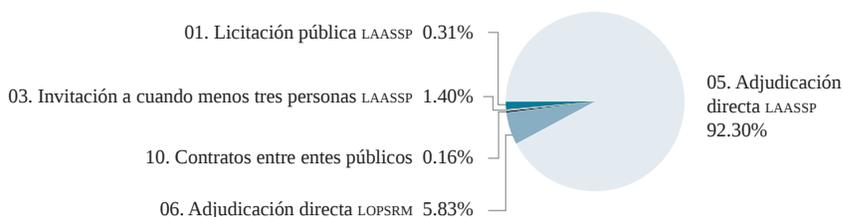
Tabla 13. Tipos de procesos de compra y contrataciones públicas encontrados en Compranet

Plantilla de expediente	Fundamento en los artículos	Cantidad
01. Licitación pública LAASSP	No especificado	4
03. Invitación a cuando menos tres personas LAASSP	41 fracciones II v y 42 párrafo 1°	18
05. Adjudicación directa LAASSP	41 fracciones I II III v VIII XII XIV XVII y 42 párrafos 1° 2° 5°	1 187
06. Adjudicación directa LOPSRM	42 fracciones II v y 43 s/f	75
10. Contratos entre entes públicos	No especificado	2
	Total	1 286

Nota: LAASSP (Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público); LOPSRM (Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

Figura 40. Relación de contratos por plantilla de expediente



Nota: LAASSP (Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público); LOPSRM (Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Compranet.

**Licitación pública.** De acuerdo con la CPEUM la licitación pública es el proceso de compra estandarizado; es decir, que en principio todas las adquisiciones y contratos de servicios deben someterse a este procedimiento. A grandes rasgos la licitación pública consiste en tres etapas: a) las autoridades lanzan una convocatoria en la que especifican el tipo de producto o servicio requerido; b) los prestadores de servicios y/o distribuidores de bienes presentan sus propuestas de manera confidencial ante las autoridades en los tiempos que estos establezcan; c) los entes públicos compradores deben seleccionar la propuesta que más convenga a los intereses del Estado. En estas etapas el proceso

debe llevarse a cabo públicamente y de la manera más transparente posible. Sin embargo, existen excepciones en las que las autoridades tienen la facultad de llevar a cabo otros procesos de contratación. Estos procesos sujetan también a todas las entidades federativas, municipios y demarcaciones territoriales de la Ciudad de México que hagan uso de recursos federales y tienen su fundamento en el artículo 134 de la CPEUM:

ARTÍCULO 134. Los recursos económicos de que dispongan la Federación las entidades federativas los Municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados. Párrafo reformado *DOF* 07-05-2008 29-01-2016

Los resultados del ejercicio de dichos recursos serán evaluados por las instancias técnicas que establezcan respectivamente la Federación y las entidades federativas con el objeto de propiciar que los recursos económicos se asignen en los respectivos presupuestos en los términos del párrafo precedente. Lo anterior sin menoscabo de lo dispuesto en los artículos 26 Apartado C 74 fracción VI y 79 de esta Constitución. Párrafo adicionado *DOF* 07-05-2008. Reformado *DOF* 29-01-2016

Las adquisiciones arrendamientos y enajenaciones de todo tipo de bienes prestación de servicios de cualquier naturaleza y la contratación de obra que realicen se adjudicarán o llevarán a cabo a través de licitaciones públicas mediante convocatoria pública para que libremente se presenten proposiciones solventes en sobre cerrado que será abierto públicamente a fin de asegurar al Estado las mejores condiciones disponibles en cuanto a precio, calidad, financiamiento, oportunidad y demás circunstancias pertinentes.

Cuando las licitaciones a que hace referencia el párrafo anterior no sean idóneas para asegurar dichas condiciones, las leyes establecerán las bases, procedimientos, reglas, requisitos y demás elementos para acreditar la economía, eficacia, eficiencia, imparcialidad y honradez que aseguren las mejores condiciones para el Estado.

El manejo de recursos económicos federales por parte de las entidades federativas, los municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México se sujetará a las bases de este artículo y a las leyes reglamentarias. La evaluación sobre el ejercicio de dichos recursos se realizará por las instancias técnicas de las entidades federativas a que se refiere el párrafo segundo de este artículo.

Los servidores públicos serán responsables del cumplimiento de estas bases en los términos del Título Cuarto de esta Constitución.

Los servidores públicos de la Federación, las entidades federativas, los Municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México tienen en todo tiempo la

obligación de aplicar con imparcialidad los recursos públicos que están bajo su responsabilidad sin influir en la equidad de la competencia entre los partidos políticos. La propaganda bajo cualquier modalidad de comunicación social que difundan como tales los poderes públicos los órganos autónomos, las dependencias y entidades de la administración pública y cualquier otro ente de los tres órdenes de gobierno deberá tener carácter institucional y fines informativos, educativos o de orientación social. En ningún caso esta propaganda incluirá nombres, imágenes, voces o símbolos que impliquen promoción personalizada de cualquier servidor público.

Las leyes en sus respectivos ámbitos de aplicación garantizarán el estricto cumplimiento de lo previsto en los dos párrafos anteriores incluyendo el régimen de sanciones a que haya lugar.

Las leyes a las que se refiere el artículo 134, párrafo cuarto, son aquellas mencionadas con anterioridad. Tanto la LOPSRM como la LAASSP contienen las normas que regulan las condiciones en las que son aplicables otras formas de contratación como lo son la adjudicación directa, el contrato entre entes públicos y la invitación a cuando menos tres personas. Las plantillas de expediente manejadas en la base de datos no citan el artículo 134, sino que se refieren directamente a las leyes. De los 1 286 contratos relacionados con el combate a la pandemia solo 4 entran en la plantilla de expediente 01 por licitación pública con fundamento en la LAASSP. Sin embargo, ninguno de estos contratos especifica el artículo y fracción de dicha ley.

*Invitación a cuando menos tres personas.* De la misma manera que la licitación pública busca las mejores opciones de proveedores para el Estado, este procedimiento de contratación procura la igualdad y competencia entre licitantes. No obstante, como su nombre lo indica, la selección se lleva a cabo por invitación a tres proveedores como mínimo. Los contratos reportados bajo la plantilla 03 en la base de datos tienen como fundamento los artículos 41 fracción II y V y 42 párrafo primero de la LAASSP:

ARTÍCULO 41. Las dependencias y entidades bajo su responsabilidad podrán contratar adquisiciones arrendamientos y servicios sin sujetarse al procedimiento de licitación pública a través de los procedimientos de invitación a cuando menos tres personas o de adjudicación directa cuando: (...)

II. Peligro o se altere el orden social la economía los servicios públicos la salubridad la seguridad o el ambiente de alguna zona o región del país como consecuencia de caso fortuito o de fuerza mayor; (...)

v. Derivado de caso fortuito o fuerza mayor no sea posible obtener bienes o servicios mediante el procedimiento de licitación pública en el tiempo requerido para atender la eventualidad de que se trate en este supuesto las cantidades o conceptos deberán limitarse a lo estrictamente necesario para afrontarla; (...)

ARTÍCULO 42. Las dependencias y entidades bajo su responsabilidad podrán contratar adquisiciones, arrendamientos y servicios sin sujetarse al procedimiento de licitación pública a través de los de invitación a cuando menos tres personas o de adjudicación directa cuando el importe de cada operación no exceda los montos máximos que al efecto se establecerán en el Presupuesto de Egresos de la Federación siempre que las operaciones no se fraccionen para quedar comprendidas en los supuestos de excepción a la licitación pública a que se refiere este artículo (Cámara de Diputados, 2020b).

*Adjudicación directa.* Este es un procedimiento de contratación que puede realizarse sin llevar a cabo un proceso de competencia entre proveedores de bienes y servicios. En este las autoridades contratadoras tienen la facultad de seleccionar un proveedor y adjudicarle el contrato de manera directa. Como ya se ha mencionado, el decreto presidencial del 27 de marzo otorga facultades a la SSA para llevar a cabo compras y contrataciones de servicios por este medio. En el caso de los contratos encontrados en la base de datos, 1 262 se llevaron a cabo por medio de adjudicación directa; 1 187 dentro de la plantilla 05 y 75 dentro de la plantilla 06. La plantilla 05 tiene fundamento legal en la LAASSP y la 06 tiene fundamento en la LOPSRM. De acuerdo con la SFP ambas leyes son igualmente aplicables. Sin embargo, enfatiza que la adjudicación directa no debe ser utilizada sino en los supuestos que las leyes detallan.

*Adjudicación directa LAASSP.* Con fundamento en los artículos 41 fracciones I, II, III, v, VIII, XII, XIV y XVII y 42 párrafo primero segundo y quinto de la LAASSP.

ARTÍCULO 41. Las dependencias y entidades bajo su responsabilidad podrán contratar adquisiciones arrendamientos y servicios sin sujetarse al procedimiento de licitación pública a través de los procedimientos de invitación a cuando menos tres personas o de adjudicación directa cuando:

i. No existan bienes o servicios alternativos o sustitutos técnicamente razonables o bien que en el mercado sólo existe un posible oferente o se trate de una persona que posee la titularidad o el licenciamiento exclusivo de patentes derechos de autor u otros derechos exclusivos o por tratarse de obras de arte;

ii. Peligro o se altere el orden social, la economía, los servicios públicos, la salubridad, la seguridad o el ambiente de alguna zona o región del país como consecuencia de caso fortuito o de fuerza mayor;

iii. Existan circunstancias que puedan provocar pérdidas o costos adicionales importantes cuantificados y justificados; (...)

v. Derivado de caso fortuito o fuerza mayor no sea posible obtener bienes o servicios mediante el procedimiento de licitación pública en el tiempo requerido para atender la eventualidad de que se trate en este supuesto, las cantidades o conceptos deberán limitarse a lo estrictamente necesario para afrontarla; (...)

viii. Existan razones justificadas para la adquisición o arrendamiento de bienes de marca determinada; (...)

xii. Se trate de la adquisición de bienes que realicen las dependencias y entidades para su comercialización directa o para someterlos a procesos productivos que las mismas realicen en cumplimiento de su objeto o fines propios expresamente establecidos en el acto jurídico de su constitución; (...)

xiv. Se trate de los servicios prestados por una persona física a que se refiere la fracción vii del artículo 3 de esta Ley siempre que éstos sean realizados por ella misma sin requerir de la utilización de más de un especialista o técnico; (...)

xvii. Se trate de equipos especializados, sustancias y materiales de origen químico, físico químico o bioquímico para ser utilizadas en actividades experimentales requeridas en proyectos de investigación científica y desarrollo tecnológico siempre que dichos proyectos se encuentren autorizados por quien determine el titular de la dependencia o el órgano de gobierno de la entidad; (...)

ARTÍCULO 42. Las dependencias y entidades bajo su responsabilidad podrán contratar adquisiciones arrendamientos y servicios sin sujetarse al procedimiento de licitación pública a través de los de invitación a cuando menos tres personas o de adjudicación directa cuando el importe de cada operación no exceda los montos máximos que al efecto se establecerán en el Presupuesto de Egresos de la Federación siempre que las operaciones no se fraccionen para quedar comprendidas en los supuestos de excepción a la licitación pública a que se refiere este artículo.

Si el monto de la operación corresponde a una invitación a cuando menos tres personas, la procedencia de la adjudicación directa sólo podrá ser autorizada por el oficial mayor o equivalente. (...)

En el supuesto de que un procedimiento de invitación a cuando menos tres personas haya sido declarado desierto el titular del área responsable de la contratación en la

dependencia o entidad podrá adjudicar directamente el contrato (Cámara de Diputados, 2020b).

*Adjudicación directa* LOPSRM. Con fundamento en los artículos 42 fracciones II y V y 43 de la LOPSRM.

ARTÍCULO 42.- Las dependencias y entidades bajo su responsabilidad podrán contratar obras públicas o servicios relacionados con las mismas sin sujetarse al procedimiento de licitación pública a través de los procedimientos de invitación a cuando menos tres personas o de adjudicación directa cuando: (...)

II. Peligre o se altere el orden social la economía los servicios públicos la salubridad la seguridad o el ambiente de alguna zona o región del país como consecuencia de caso fortuito o de fuerza mayor; Fracción reformada DOF 07-07-2005 (...)

V. Derivado de caso fortuito o fuerza mayor no sea posible ejecutar los trabajos mediante el procedimiento de licitación pública en el tiempo requerido para atender la eventualidad de que se trate en este supuesto deberán limitarse a lo estrictamente necesario para afrontarla; (...)

ARTÍCULO 43. Las dependencias y entidades bajo su responsabilidad podrán contratar obras públicas o servicios relacionados con las mismas sin sujetarse al procedimiento de licitación pública a través de los de invitación a cuando menos tres personas o de adjudicación directa cuando el importe de cada contrato no exceda de los montos máximos que al efecto se establezcan en el Presupuesto de Egresos de la Federación, siempre que los contratos no se fraccionen para quedar comprendidas en los supuestos de excepción a la licitación pública a que se refiere este artículo.

Lo dispuesto en el tercer párrafo del artículo 41 de esta Ley resultará aplicable a la contratación mediante los procedimientos de invitación a cuando menos tres personas y de adjudicación directa que se fundamenten en este artículo.

La suma de los montos de los contratos que se realicen al amparo de este artículo no podrá exceder del treinta por ciento del presupuesto autorizado a las dependencias y entidades para realizar obras públicas y servicios relacionados con las mismas en cada ejercicio presupuestario. La contratación deberá ajustarse a los límites establecidos en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

En casos excepcionales el titular de la dependencia o el órgano de gobierno de la entidad bajo su responsabilidad podrá fijar un porcentaje mayor al indicado en este artículo debiéndolo hacer del conocimiento del órgano interno de control. Esta fa-

cultad podrá delegarse en el oficial mayor o su equivalente en las dependencias o entidades (Cámara de Diputados, 2016).

Finalmente, la base de datos contiene dos contratos bajo la plantilla 10 como contrataciones entre entes públicos. Sin embargo, ninguno de estos especifica el fundamento legal que los justifica.

*Contrato entre entes públicos.* Estas contrataciones se realizan entre órganos del poder público. Esto incluye dependencias y entidades federales con autonomía derivada de la CPEUM, asociaciones y sociedades civiles asimiladas de la administración pública. En el ámbito local estos contratos pueden incluir a municipios y órganos paramunicipales cuando dichas autoridades funjan como proveedores.

### *Análisis de las adquisiciones públicas y contrataciones de unidades hospitalarias en la Ciudad de México*

Como corolario del análisis de las adquisiciones y contrataciones públicas con recursos federales reportadas en la base de datos del sistema Compranet, se planteó originalmente poner énfasis en los datos correspondientes a hospitales generales, institutos nacionales de salud y hospitales regionales alta especialidad, por encontrarse desglosados en los datos de adquisiciones. Sin embargo, el análisis se vio limitado al ámbito de la Ciudad de México, pues ningún otro estado del país pone a disposición pública la base de datos de hospitalización que generan para el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Sinave). Asimismo, la base de datos nacional de dicho sistema no se encuentra disponible para consulta. De ahí que se haya debido recurrir únicamente a los datos disponibles que fueron los de la Ciudad de México, con la ventaja de que buena parte de los hospitales generales, institutos nacionales y en menor medida hospitales regionales de alta especialidad, se encuentran en dicha entidad federativa.

### *Criterios metodológicos*

- Para este análisis se utilizó la base de datos COVID-19 Sinave publicada por el gobierno de la Ciudad de México en el portal de la Agencia Digital de Innovación Pública.
- El periodo considerado fue febrero-junio de 2020 debido a que en febrero apareció el primer caso positivo de COVID-19.
- De la base original, primero se filtró para quedarse solo con hospitales de la Ciudad de México, posteriormente se tomaron aquellos que realizaron compras

en materia de COVID-19 para buscar contrastar los datos con lo observado en los análisis previos. Estos fueron: Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG), Hospital Juárez de México (JM), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER), INP Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPERIER) y el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INR-LGII).

*Hallazgos.* Entre las variables que se consideraron para el análisis por estar relacionadas con algunas de las compras que aquí hemos identificado como de atención a la pandemia por COVID-19, destaca la de las pruebas, así como los datos referentes a pacientes intubados. En este sentido, la Tabla 14 muestra el total de personas por institución que resultaron positivo a SARS-CoV-2, en función de si fueron casos ambulatorios u hospitalizados y para esta última situación si fueron o no intubados.

De tal forma que el INER fue la entidad que más pacientes positivos trató durante el periodo de análisis y el que más intubaciones realizó; sin embargo, resalta que el HIM hubiera hospitalizado a un mayor número de pacientes a pesar de haber tratado a un número considerablemente menor de pacientes positivos en relación con el INER. La mayoría de estos últimos no fueron intubados, a diferencia de lo que sucedió en el INER y la causa no puede concluirse, si bien podría haber sido por la falta de ventiladores en el HIM, diferencia de criterios para intubar o cualquier otro motivo.

La Tabla 15 a diferencia de la Tabla 14 muestra el número de pruebas que se realizaron y los resultados de cada una de ellas. Incluso puede identificarse cuántos de los pacientes que fueron intubados resultaron positivos a SARS-CoV-2.

El INER fue la institución en la que se realizó el mayor número de pruebas seguido del HIMFG. El INPERIER en cambio fue en el que menos pruebas se practicaron registrando únicamente 53.

Ahora bien estos datos no permiten obtener conclusiones pues son limitados. Respecto de los pacientes intubados, por ejemplo en el INER y en el HIM las diferencias no pueden atribuirse al número de ventiladores disponibles porque no se tiene información al respecto. Tampoco pueden relacionarse con las compras o reparaciones puesto que como se vio en el apartado correspondiente de aquellas atribuidas a la SSA no es posible identificar a qué hospital o instituto beneficiaron.

En cuanto al número de pruebas, tal como se observa en la Tabla 16 que contiene la descripción de las compras COVID-19 realizadas por las seis instituciones tratadas en esta sección, la mayor parte de estas compras fueron precisamente por concepto de tests. Destaca por mucho el INP, cuyo gasto fue por poco más de 5 millones de

pesos, pero no fue el que mayor número de pruebas aplicó. Aunque el problema nuevamente radica en la imposibilidad de conocer el destino de las compras que quedaron registradas como de la SSA.

**Tabla 14. Pacientes positivos a COVID-19**

Etiquetas de fila	HIMFG	HJM	INER	INP	INPERIER	INR-LGII	Total general
Positivo a SARS-CoV-2	263	575	848	132	45	1	1 864
Ambulatorio	183	160	446	108	28	1	926
Hospitalizado	80	415	402	24	17	0	938
No intubado	66	267	99	23	13	0	468
Sí intubado	14	148	303	1	4	0	470

Nota: HIMFG (Hospital Infantil de México Federico Gómez); HJM (Hospital Juárez de México); INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas); INP (Instituto Nacional de Pediatría); INPERIER (Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes); INR-LGII (Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra).

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Gobierno de la Ciudad de México (2020).

**Tabla 15. Pacientes a los que se les hizo prueba por tipo de paciente (ambulatorio/hospitalizado) y si fueron o no intubados**

Etiquetas de fila	HIMFG	HJM	INER	INP	INPERIER	INR-LGII	Total general
Ambulatorio	763	434	2 638	329	29	156	4 349
B			8				8
Corona NL63		1					1
Corona oc43			1				1
Enterovirus/Rhinovirus			5				5
Metapneumovirus			1				1
Negativo	500	262	2 034	179	1	4	2 980
No adecuado	24	2	1	3			30
No recibida	8	2	84			6	100
Rechazada	30	6	28	4		12	80
SARS-CoV-2	183	160	446	108	28	1	926
(En blanco)	18	1	30	35		133	217
Hospitalizado	428	739	517	354	24	3	2 065
No intubado	366	526	161	318	19	2	1 392

Etiquetas de fila	HIMFG	HJM	INER	INP	INPERIER	INR-LGII	Total general
B		2					2
Negativo	281	236	41	124	4	1	687
No adecuado		7	1	1			9
No recibida	3	3	8				14
Rechazada	15	11	4	11	2		43
SARS-CoV-2	66	267	99	23	13		468
(En blanco)	1		8	159		1	169
Sí intubado	62	213	350	36	5	1	667
Negativo	46	54	25	13	1	1	140
No adecuado	1	3					4
No recibida			5				5
Rechazada		8	8	1			17
SARS-CoV-2	14	148	303	1	4		470
(En blanco)	1		9	21			31
Sin información			6				6
Enterovirus/Rhinovirus			2				2
Negativo			4				4
Total general	1 191	1 173	3 155	683	53	159	6 414

Nota: HIMFG (Hospital Infantil de México Federico Gómez); HJM (Hospital Juárez de México); INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas); INP (Instituto Nacional de Pediatría); INPERIER (Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes); INR-LGII (Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra).

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Gobierno de la Ciudad de México (2020).

**Tabla 16. Descripción de compras COVID-19 por institución**

Institución	Concepto de las compras	Monto total
HIMFG	1. Compra de pruebas SARS-CoV-2 para periodo de contingencia 2. Pruebas SARS-CoV-2	888 020.00
HJM	1. p20-000149 productos químicos básicos 2. p20-000150 materiales accesorios y suministros de laboratorio 3. Suministro y colocación de diversos materiales para la separación de áreas que recibirán a los pacientes con el virus del COVID-19 y otras diversas patologías	1 559 790.07

Institución	Concepto de las compras	Monto total
INER	<p>1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATCC VR-740 virus human coronavirus 229E “pase cero” clasificación-. coronavirusidae coronavirus nivel BSL: 2 CAT-VR-740</li> <li>• ATCC VR 1558D virus: betacoronavirus 1 “pase cero” clasificación: coronavirusidae betacoronavirus depositado como human coronavirus OC43 nivel BSL: 2 CAT-VR-1558D</li> <li>• ATCC VR 3262SD quantitative synthetic human coronavirus HKU1 RNA “pase cero” nivel: BSL 1 CAT-VR-3262SD</li> <li>• ATCC VR 3263SD quantitative synthetic human coronavirus NL63 RNA “pase cero” nivel: BSL 1 CAT-VR-3263SD</li> </ul> <p>2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coronavirus COVID-19 IgG ELISA arreglo para placa de 96 pozos 1 x 96 well marca Eagle biosciences CAT-KT-1032</li> <li>• Coronavirus COVID-19 IgM ELISA arreglo para placa de 96 pozos 1 x 96 well marca Eagle biosciences CAT-KT-1033</li> </ul> <p>3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coronavirus COVID-19 IgG ELISA assay 10 ul marca Eeagle biosciences CAT-KT-1032</li> <li>• Coronavirus COVID-19 IgM ELISA assay kit Marca Eagle biosciences CAT-KT-1033</li> </ul> <p>4:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• COVID 19 ELISA kit: human COVID-19 nucleocapsid (NP) IgM coronavirus ELISA kit 96 strip-wells mybiosource CAT-MBS-3809907</li> <li>• COVID 19 ELISA kit: human COVID 19 nucleocapsid (NP) IgG coronavirus ELISA kit 96 strip-wells mybiosource CAT-MBS-3809906.</li> </ul> <p>5:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• COVID-19 ELISA kit: human COVID 19 spike protein S1 receptor binding domain (S1RBD) IgG coronavirus ELISA kit 96 tests mybiosource CAT-MBS-398005</li> <li>• COVID-19 ELISA kit: human COVID-19 spike protein S1 IgG/IgM coronavirus ELISA kit 96 strip-wells mybiosource CAT-MBS-2614312</li> </ul> <p>6:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• COVID-19 recombinant protein: COVID-19 spike RBD coronavirus recombinant protein 1 mg mybiosource CAT-MBS-669436</li> </ul>	1 206 111.19

Institución	Concepto de las compras	Monto total
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COVID-19 ELISA kit: human COVID-19 spike protein S1 receptor binding domain (S1RBD) IgG coronavirus ELISA kit 96 tests mybiosource.</li> </ul> <p>7:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Human anti-SARS-CoV-2 S1RBD IgG ELISA 96 wells biovendor CAT-RAI009R</li> <li>• Human anti-SARS-CoV-2 NP IgG ELISA 96 wells biovendor CAT-RAI010R</li> <li>• Human anti-SARS-CoV-2 NP IgM ELISA 96 wells biovendor CAT-RAI011R</li> </ul> <p>8:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kit de detección Singleplex para la detección de COVID-19 mediante RT qPCR con enzima para 200 RXN alineado con lo establecido por la OMS sondas fam/ para el diagnóstico aproximado de 50 muestras incluye controles sintéticos control sarbeco-ncov2019-1 y control sars-ncov2019-2</li> </ul> <p>9:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lightmix® Modular SARS and Wuhan CoV N-gene c/96 reacciones CAT-9155350001</li> <li>• Lightmix® Modular SARS and Wuhan CoV E-gene c/96 reacciones CAT-9155368001</li> <li>• Lightmix® Modular Wuhan CoV RdRP-gene c/96 reacciones CAT-9155376001</li> <li>• LightCycler® Multiplex RNA Virus Master c/200 reacciones CAT-6754155001</li> <li>• High Pure Viral RNA kit 100 purificaciones CAT-11858882001</li> <li>• LightCycler® 8 tube strips (white) tiras de 8 tubos con tapas (960 tubos) CAT-6612601001</li> </ul> <p>10:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recombinant SARS-CoV-2 spike protein S1 subunit 500 ug raybiotech CAT-230-01101-500</li> <li>• Recombinant SARS-CoV-2 nucleocapsid protein 100 ug raybiotech CAT-230-30164-100</li> <li>• COVID-19 S protein (s1RBD) human IgM ELISA kit 2 plate kit raybiotech CAT -IE-COV S1RBD-IgM-2</li> </ul>	

Institución	Concepto de las compras	Monto total
	<ul style="list-style-type: none"> <li>COVID-19 s-protein (S1RBD) human IgG quantitative ELISA kit 2 plate kit raybiotech CAT-IEQ-COV S1RBD-IgG-2</li> </ul>	
INP	1. Kit para PCR tiempo real cualitativa para COVID-2019 detectando tres geles simultáneos RdRp E N con capacidad de utilizarse en un sistema completamente automatizado que incluya extracción amplificación y lectura compatible para realización de 12 muestras simultáneas. Kit con 100 pruebas	5 076 000.00
INPERIER	<ol style="list-style-type: none"> <li>Material de curación de marzo por adquisición directa para contingencia del COVID-19</li> <li>Material de curación de abril por adquisición directa para el combate de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)</li> <li>Material de curación</li> </ol>	1 009 735.80
INR-LGII	<ol style="list-style-type: none"> <li>Adjudicación directa a la adquisición de materiales accesorios y suministros médicos para atender la contingencia por COVID-19</li> <li>Adjudicación directa relativa a la adquisición de materiales accesorios y suministros médicos para atender la contingencia por COVID-19</li> </ol>	\$88 585.14

Nota: HIMFG (Hospital Infantil de México Federico Gómez); HIM (Hospital Juárez de México); INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas); INP (Instituto Nacional de Pediatría); INPERIER (Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes); INR-LGII (Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra).

Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

### *Análisis de acciones estatales y municipales en la atención a la crisis por COVID-19*

En el periodo de análisis para este estudio distintas organizaciones han dado seguimiento a las prácticas de los estados y publicado sus hallazgos en informes que resumen esta información. A partir de estos es posible identificar algunas de las mejores prácticas de manejo de la pandemia en el país tanto en el nivel estatal como municipal. Para este trabajo se hizo primero una revisión de documentos de tres fuentes distintas: los informes del proyecto de Susana Vigilancia de Transparencia Mexicana y Tojil, que dio seguimiento a la transparencia del gasto a lo largo del manejo del virus; el informe de Federalismo COVID-19 del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) y la evaluación de congresos locales y capitales elaborada por Ciudadanos por Municipios Transparentes (CIMTRA). Al mismo tiempo se revisaron los portales de información de los estados que aparecían evaluados de manera positiva dentro de los artículos con el fin de identificar prácticas particulares

que destacaban como ejemplares. Este informe resume algunos de los principales hallazgos de esa revisión.

En principio es importante mostrar el panorama general de la información disponible sobre las adquisiciones de bienes y servicios por los estados en el contexto de la pandemia. Según un artículo de Transparencia Mexicana (2020b) de los 32 estados tan solo 13 habían publicado esa información (Ciudad de México, Chihuahua, Coahuila, Colima, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, Puebla, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora y Zacatecas) de los cuales únicamente 8 (Ciudad de México Chihuahua Colima Estado de México Nuevo León Quintana Roo Sinaloa y Sonora) tienen esa información en formato de datos abiertos descargable y 6 (Ciudad de México, Chihuahua, Estado de México, Nuevo León, Sinaloa y Sonora) tienen esos datos en más de un solo formato. De todos los estados ninguno cumple en su totalidad con lo que exige la Ley General de Transparencia, siendo la Ciudad de México el que más cerca está de cumplirlo.

En general, esta información está presentada para todo el año y contiene el costo de estos servicios, el tipo de contratación y la información de la empresa o ente que otorga el servicio. A partir de este reporte se llevó a cabo una revisión de los portales de los 13 estados con el fin de encontrar prácticas ejemplares que dieran información adicional sobre la contratación y transparencia en el gasto en tiempos de la pandemia. La mayoría de los portales concedían con esta información en términos de la transparencia y no presentaban información adicional o tenían alguna forma más completa de presentar estos datos. Los casos más destacados son el portal de transparencia de Nuevo León que permite desde la misma página filtrar el periodo del que se busca la información y da acceso directo a los contratos de las compras (Gobierno de Nuevo León, 2020b); el portal de Jalisco que permite acceder directamente a la orden de compra factura y acta de comité de las compras de algunas dependencias en su pestaña del ejercicio de gasto actualizada con regularidad (Gobierno del Estado de Jalisco, 2020); Colima que tiene una sección de gastos y adquisiciones y donaciones clasificadas específicamente para atender el COVID-19 (Gobierno de Colima, 2020) y Zacatecas que presenta toda su información de manera clara y gráfica e incluye datos especializados para las adquisiciones y contratación de recursos humanos adicionales para atender el COVID-19 desde el 23 de marzo al 29 de julio de 2020 (Gobierno de Zacatecas, 2020).

Adicionalmente a este panorama, otro artículo importante del proyecto Susana Vigilancia es respecto del endeudamiento de los estados en este contexto. El gasto que los estados han ejercido y van a ejercer para su recuperación económica no

estaba contemplado en los presupuestos hechos al inicio del año por lo que una buena parte de este gasto viene del endeudamiento público de cada estado o del otorgamiento de créditos para las empresas. El registro de deuda de la Secretaría de Hacienda indica que 11 estados, junto con el gobierno federal, han contratado deuda pública durante el primer semestre del año, pero hasta finales de junio tan solo Jalisco y Guanajuato habían publicado información referente al endeudamiento público contratado específicamente para atender la pandemia. Por su parte, aunque la mayoría de los estados hacen transparente la información sobre los programas y apoyos que están otorgando, tan solo Coahuila, Puebla, Sonora y Zacatecas tienen en sus portales información que permite identificar la cifra total de créditos que los estados han otorgado a la pandemia (Transparencia Mexicana, 2020a). Una revisión independiente de los portales de estos estados no resultó en ninguna información adicional a la detallada por el artículo.

Otro tema en el que destacan las buenas prácticas, en este caso por ser pocos los estados que las han cumplido, es en función de las auditorías especiales para el gasto del COVID-19, desde los órganos fiscalizadores superiores de los estados. En este tema, Sonora es el único estado hasta ahora en el cual su institución superior de fiscalización ha llevado a cabo auditorías en tiempo real a petición de la gobernadora del estado con un total de cuatro. La primera desde el 26 de marzo al gasto por la adquisición de bienes insumos y equipamiento para asegurar la atención médica; la segunda desde el 2 de abril a los programas de apoyos alimentarios manejados por la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol); la tercera a la Financiera para el Desarrollo Económico de Sonora para evaluar el programa de apoyo emergente a micro pequeñas y medianas empresas, y la cuarta al SNDIF de Hermosillo por el proceso de compra y entrega de despensas a población vulnerable en la capital del estado (Arteta, 2020). Esfuerzos similares para auditar el gasto de la pandemia en tiempo real fueron propuestos en los congresos estatales de Puebla y la Ciudad de México, aunque ninguno de los dos prosperó ni se encontró información en sus portales que indiquen prácticas similares desde las auditorías superiores.

Jalisco, por otro lado, es ejemplo de buenas prácticas en la transparencia y manejo de la información, incluso cuando su Congreso rechazó una propuesta de llevar a cabo una auditoría en tiempo real. Dentro de su página hay información detallada de las compras que el estado ha llevado a cabo en el marco de la pandemia, junto con vínculos a los contratos y recibos de compra de cada producto y servicio. Incluso sin una auditoría en tiempo real, la Auditoría Superior del estado ha tenido un papel activo vigilando la manera y el grado en que el gobierno hace

públicos los datos de sus gastos. El 5 de junio esta institución envió una petición al secretario de Hacienda del Estado de datos sobre características del plan del gobierno para lidiar con la pandemia los gastos contratos y los créditos. Estas solicitudes fueron contestadas a lo largo del mes y la información fue resumida por la Auditoría en el reporte “Gasto público por COVID-19. Áreas de oportunidad y recomendaciones para disminuir riesgos” disponible en el portal de COVID-19 de esta misma (Auditoría Superior del Estado de Jalisco, 2020). A pesar de no tener un carácter oficial como documento este reporte representa un esfuerzo serio por estas instituciones de llevar a cabo no solo una rendición de cuentas de las medidas estatales, sino también una crítica de la forma en la que el Estado ha presentado esta información para la ciudadanía.

Por otro lado, el informe de Federalismo COVID-19 del CIDE da un panorama distinto de la situación enfocado no nada más en la transparencia y el manejo de la información. Este informe preliminar, que se ha ido desarrollando y actualizando continuamente desde mayo –y por última vez el 1 de julio–, da un panorama de las políticas que los estados han adoptado para mitigar los efectos de la pandemia y una descripción de qué tanto están variando estas políticas por estado, según ciertas características. Para ello, el informe se enfoca en estudiar los instrumentos de política que implica cada una, clasificarlos según la naturaleza de la política, desagregarlos según el tipo de apoyo que comprende cada instrumento e incluir datos específicos sobre el diseño de cada uno de estos, como los montos, la temporalidad, la duración, entre otros.

A partir de una búsqueda en medios, páginas, micrositijs y comunicados oficiales y redes sociales se identifican 553 instrumentos de política. A lo largo del documento se presentan características generales de las políticas, de cuántas se han adoptado, con cuánta duración y de qué tan buena es la información disponible para la ciudadanía. En este último rubro la comunicación de información básica sobre las características generales de cada programa es muchas veces insuficiente y para la información de sus costos este efecto es aún más notable. Solo 44% de los instrumentos se publica en las gacetas y periódicos oficiales, lo que podría estar asociado a problemas de opacidad y falta de reglas de operación, y 51% tiene información incompleta sobre sus atributos esenciales (cuánto se destina por cuánto tiempo con qué frecuencia). Además, en 40% de los instrumentos estudiados no fue posible encontrar la fuente de los recursos y en 88% es imposible saber cuánto presupuesto tienen asignados, en tanto no se publica la información desagregada de cuánto se le va a destinar a cada instrumento de una estrategia o medida específica (Cejudo et al., 2020).

Respecto de esta información Zacatecas es el estado que más instrumentos de política ha generado durante el periodo mientras que Tabasco es el que tiene menos y Yucatán es el estado más diversificado en términos del tipo de cuestiones que atienden sus programas. Esto sin embargo no puede decir mucho por sí solo sobre la idoneidad del trabajo. En general, el trabajo es más que nada descriptivo, por lo que no llega a decir en realidad qué estado está haciendo un trabajo ideal.

En el nivel municipal, el colectivo CIMTRA publicó un reporte evaluando la transparencia de la información publicada por los gobiernos municipales de las capitales del país y los congresos estatales. El colectivo utiliza 18 criterios distintos para evaluar la información que los gobiernos ponen a disposición pública a partir de los cuales el informe clasifica a las capitales y congresos en función de qué tan completa está la información exigida por los rubros en la página web y les da un porcentaje. De estos, los más relevantes para el proyecto son la información de facturas de compras y contrataciones públicas y el monto mes a mes acumulado gastado al momento y desglosado por rubros para atender COVID-19, así como la información de hospitales y centros de salud en los que es posible atenderse por el virus. Según los resultados solo 5 capitales publican la información de los montos que han gastado desglosados por rubros y 4 presentan las facturas de sus compras mientras que únicamente 1 congreso local presenta la información de ambos rubros (Estrada, Garibaldi y Aguirre, 2020).

El informe no indica cuáles son los municipios o congresos con buenas calificaciones en rubros específicos como para poder revisar específicamente sus portales y ver sus prácticas positivas en temas de transparencia en el manejo de los recursos. Por otro lado, lo que sí indica el documento es cuáles conforman los municipios capitales calificados con muy buenas prácticas. Estos son Mérida, Colima y Xalapa con calificaciones por encima de 90% y Tlajomulco, Tonalá, Zapopan y San Pedro Tlaquepaque, cuatro municipios de Jalisco que tienen un porcentaje de 100% en el cumplimiento de estos rubros. A partir de esta información entre las 5:00 pm del 5 de agosto y la 1:00 am del 6 de agosto se llevó a cabo una revisión de los portales de estos siete municipios con el fin de encontrar algunas posibles prácticas ejemplares dentro del manejo de la información.

Empezando por Mérida que tiene una calificación de 100% en la escala de CIMTRA su micrositio es bastante completo. Además de todos los datos respecto de facturas de compras y la desagregación del gasto que exige CIMTRA el sitio incluye información sobre el padrón de beneficiarios y los montos de los distintos programas sociales, económicos y culturales que surgieron para atender la situación de la pandemia.

Asimismo, parte de la información del portal parece no estar limitada a datos del municipio sino a datos en general del resto del estado (Ayuntamiento de Mérida, 2020b). En el caso de Colima, que también tiene una calificación de 100%, está disponible la información sobre las contrataciones públicas y los proveedores en los dos primeros trimestres del año, pero no se logró encontrar información sobre las facturas de las compras y la información disponible del gasto solo está desagregado para comunicación social y representación y viáticos (a comparación del de Mérida que incluía también gastos por medidas de salubridad). Además, los vínculos de la pestaña de CIMTRA estaban rotos o desactualizados, por lo que no se pudo acceder a la información dentro de ella. En general, el portal es algo confuso de navegar incluso si tiene en teoría todo lo que pide CIMTRA (Ayuntamiento de Colima, 2020a, 2020b). Para el portal de Xalapa que tiene una calificación de 90%, el portal tiene la información más relevante sobre las facturas y montos, así como los hospitales en los que se atiende el virus. El portal tiene la información presentada, ya sea en forma de infografías o de gráficas, así como bases de datos descargables (Ayuntamiento de Xalapa, 2020).

Sobre los municipios de Jalisco con buenas prácticas es importante poner en contexto su buen desempeño, contrastándolo con los otros dos municipios que no eran capitales escogidos por CIMTRA para el análisis: Iztapalapa y Cuauhtémoc en la Ciudad de México, ambos con calificaciones muy por debajo de 50%. Una revisión adicional de sus portales no permitió encontrar otros municipios que tuvieran datos más allá de los rubros sugeridos por CIMTRA (que ciertamente ya son muy completos) ni una presentación destacable de la información por medio de gráficas o infografías. La excepción a esta regla es en los municipios de Tlajomulco y Zapopan que tienen información sobre la contratación de la deuda pública por los gobiernos municipales, los documentos oficiales que avalan esta deuda y sus cambios mes a mes actualizados hasta junio para ambos municipios. La publicación de esta información es un ejemplo de buenas prácticas en el nivel municipal, en tanto no lo pide el CIMTRA y ninguna de las capitales tiene esa información disponible (Ayuntamiento de Tlajomulco, 2020; Gobierno de Zapopan, 2020).

En términos de buenas prácticas en comunicación la ciudad de Mérida y el estado de Zacatecas tienen portales con amplia información que podría ser de interés para la población y que son además muy amigables de navegar. En el caso de Mérida, además de la información básica sobre medidas de prevención, el portal tiene un mapa de casos en los distintos municipios de Yucatán y las zonas en donde están más concentrados, así como las rutas de transportes exclusivos para el personal de salud y los hospitales a las que estas llevan. El sitio permite consultar las fechas en las que

distintas dependencias estatales planean renovar sus actividades, así como las dependencias cuya actividad continúa suspendida. Además el gobierno creó canales de información en Whatsapp y Telegram que permiten recibir las actualizaciones relevantes del COVID-19 en el municipio (Ayuntamiento de Mérida, 2020a). Por otro lado Zacatecas dentro de su sitio permite visualizar de manera gráfica tanto los datos relacionados con la pandemia como la información sobre los gastos estatales y los contratos. Esta información aparece en infografías, gráficas y mapas, lo que da además más opciones para que la gente tenga acceso a ella. Los mapas de casos se publican cada día y detallan las zonas de mayor concentración (Gobierno de Zacatecas, 2020).

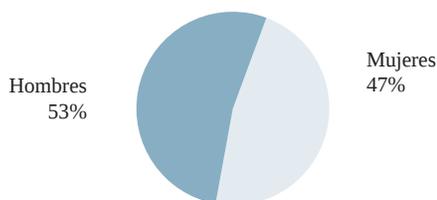
Por último, la Ciudad de México tiene información detallada sobre los casos en el nivel colonia y sobre la afluencia del transporte público cada día desde el 1 de marzo y hasta el 14 de julio (Gobierno de la Ciudad de México, 2020). Estos datos puede representar una fuente importante de información ante la mayor apertura de la ciudad que permitiría considerar planes que se ajusten a las condiciones específicas de la capital y recopilarla podría ser un ejemplo para otras grandes ciudades del país. Nuevo León por su parte tiene una página de informe financiero en donde el gobierno ha llevado a cabo un reporte muy completo de los gastos especializados para atender el COVID-19 que actualiza cada dos semanas. Dentro de esta los informes están divididos en nueve distintas categorías: Informes financieros de infraestructura de salud de desarrollo social y del Instituto de la Vivienda de Nuevo León subsidios y padrón de beneficiarios del mismo Instituto y de Fomento Metropolitano de Monterrey y los donativos para la contingencia (Gobierno de Nuevo León, 2020a).

### *Caso Ciudad de México*

Al 30 de junio de 2020 la SSA reportaba que la Ciudad de México y el Estado de México eran las entidades federativas con mayor número de contagios de los 226 089 casos acumulados por COVID-19 en el nivel nacional. Además, en la capital tuvieron lugar 6 560 defunciones por coronavirus del total de 27 769 muertes en la República Mexicana; es decir, aproximadamente 24% (SSA, 2020. Evidentemente la alta concentración de casos de coronavirus en la Ciudad de México responde a la densidad de población de la región. Solamente en 2015 la ciudad contaba con 8 918 653 habitantes: 53% hombres y 47% mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] 2015a).

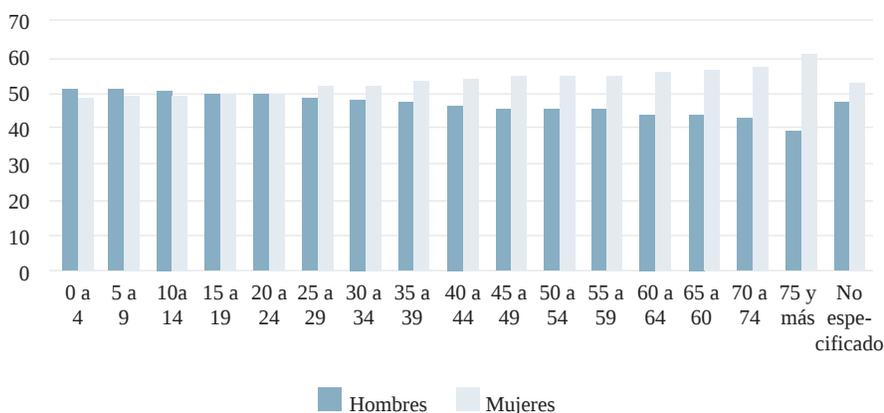
Con el fin de comprender el impacto de la pandemia para la ciudad es necesario desglosar el perfil epidemiológico y de enfermedades crónico-degenerativas de la entidad, así como el acceso a servicios de salud de la población. En la Ciudad

Figura 41. Población total de la Ciudad de México por sexo en 2015



Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI (2015a).

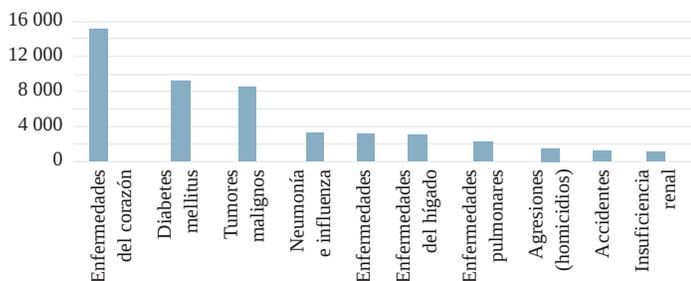
Figura 42. Población por sexo y por edad en la Ciudad de México en 2015



Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI (2015a).

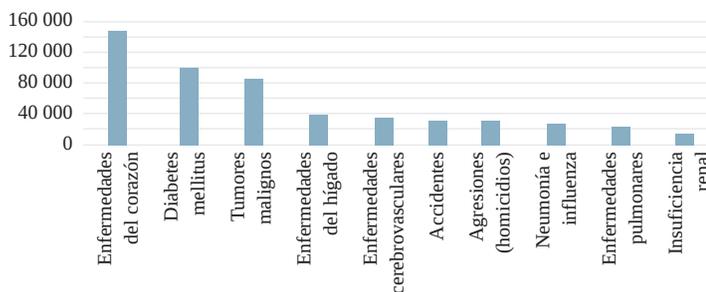
de México en 2018, las 10 principales causas de muerte fueron enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, neumonía e influenza enfermedades cerebrovasculares, enfermedades del hígado, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, agresiones (homicidios), accidentes e insuficiencia renal. Por edad la causa que más defunciones genera en la población de 65 años y más está relacionada con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Entre la población de 45 a 64 años las muertes son provocadas por enfermedades del hígado. En el nivel nacional las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos son las principales causas de muerte al igual que en la ciudad (SSA, 2020s).

Figura 43. Número y tipo de defunciones en la Ciudad de México en 2018



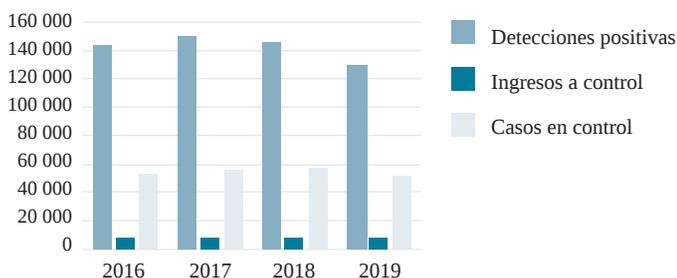
Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI (2019).

Figura 44. Número y tipo de defunciones en México (nacional) en 2018



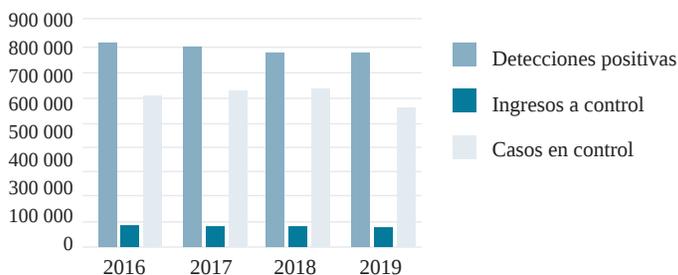
Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI (2019).

Figura 45. Servicios otorgados relacionados con diabetes mellitus en el nivel nacional



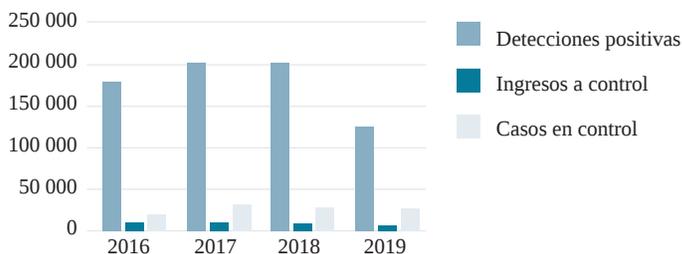
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la SSA (2020s).

**Figura 46. Servicios otorgados relacionados con hipertensión arterial en el nivel nacional**



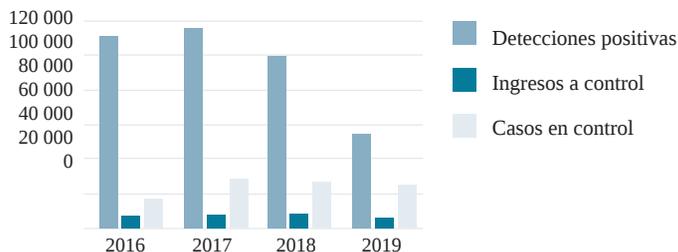
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la SSA (2020s).

**Figura 47. Servicios otorgados relacionados con diabetes mellitus en la Ciudad de México**



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la SSA (2020s).

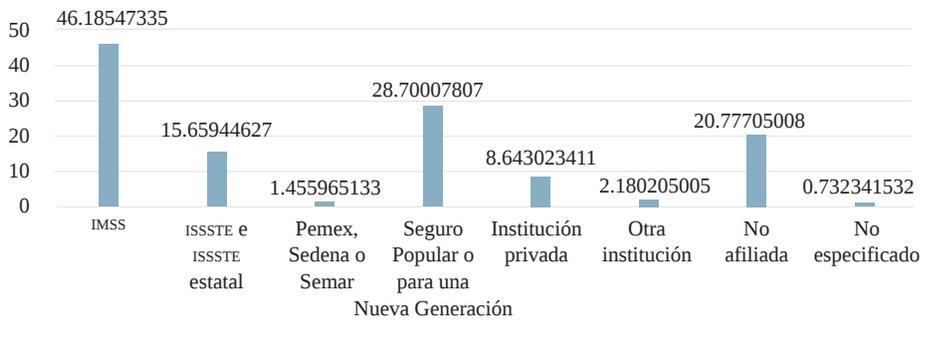
**Figura 48. Servicios otorgados relacionados con hipertensión arterial en la Ciudad de México**



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la SSA (2020s).

En el nivel de enfermedades que pueden implicar un riesgo de complicación para pacientes con coronavirus, la SSA proporciona cifras sobre la cantidad de consultas dadas para diabetes mellitus y para hipertensión arterial. Por una parte, en 2019 el número de detecciones positivas de diabetes mellitus ascendió a 1 292 131 en el nivel nacional, de las cuales 125 217 tuvieron lugar en la Ciudad de México, aproximadamente 10%. Por otra parte, las detecciones de hipertensión de la Ciudad de México representaron 6% del total nacional. Asimismo, si bien en 2015 la Ciudad de México era la entidad federativa con menor carencia por acceso a los servicios de salud, casi 21% de la población no se encontraba afiliada a ningún servicio de salud (SSA, 2020s).

**Figura 49. Población total y su distribución porcentual según condición de afiliación a servicios de salud por institución en 2015**

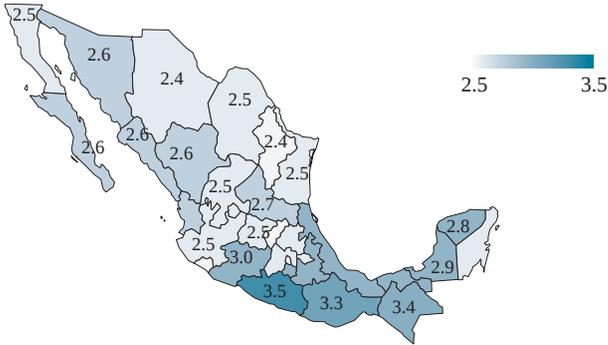


Nota: IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); Pemex (Petróleos Mexicanos); Sedena (Secretaría de la Defensa Nacional); Semar (Secretaría de Marina).

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI (2015a).

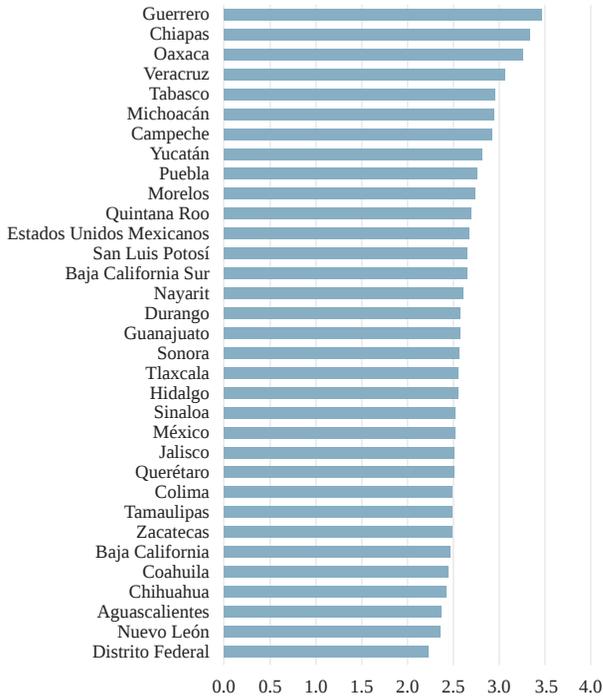
En el portal de la SSA en la sección de “Transparencia COVID 19” existe una base de datos que contiene las acciones decisiones y políticas públicas que ha tomado el gobierno estatal para la atención de la pandemia. Entre el 1 de marzo y el 30 de junio, la base contiene 307 medidas con tres categorías distintas: medidas de contención, planes y programas o acciones sociales. La base además incluye qué ente gubernamental llevó a cabo la medida con un total de 50 entes diferentes, entre los que se encuentran las 16 alcaldías de la ciudad, 18 de las secretarías de la Ciudad de México, la Agencia Digital de Innovación Pública, la Auditoría Superior la Autoridad del Centro Histórico, la Jefatura de Gobierno, el Tribunal de Justicia Administrativa de

Figura 50. Mapa de carencia por acceso a los servicios de salud en 2015



Fuente: Elaboración propia con la base en datos del Coneval (2015).

Figura 51. Carencia por acceso a los servicios de salud en 2015



Fuente: Elaboración propia con la base en datos del Coneval (2015).

la Ciudad de México, la Consejería Jurídica y de Servicios Legales, el Sistema de Transporte Colectivo, el Fondo de Desarrollo Económico, el SNDIF de la Ciudad de México, la Procuraduría Social, la Fiscalía General de Justicia, el Instituto de las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México, el Tribunal Electoral de la Ciudad de México el Instituto de Transparencia Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México, el Fideicomiso Educación Garantizada y una Junta de Asistencia Privada (Gobierno de la Ciudad de México, 2020c).

La Tabla 17 muestra una categorización de las medidas implementadas en la Ciudad de México, entre el 1 de marzo y el 30 de junio, y describe la frecuencia en que aparecieron y el porcentaje que representó esa categoría. A partir de la información es posible notar que las medidas que más tuvieron lugar estuvieron relacionadas con implementación de nuevos programas en respuesta a la pandemia con la suspensión de actividades con lineamientos y con modificación de programas existentes.

**Tabla 17. Categoría de las medidas implementadas en la Ciudad de México (1 de marzo-30 de junio 2020)**

Categoría de la medida	Frecuencia	Porcentaje
Acuerdo entre entes	11	3.6
Anuncio de medidas	8	2.6
Aprobación de programa	4	1.3
Aumento de patrullaje	1	0.33
Aumento del número de camas para enfermos por COVID-19	5	1.6
Cambios en el semáforo epidemiológico	5	1.6
Condonación parcial o total de pagos	9	2.9
Donación de salario	1	0.33
Eventos culturales	1	0.33
Facilidades administrativas	1	0.33
Fortalecimiento de unidades de salud	1	0.33
Hospedaje gratuito a personal de salud	1	0.33
Implementación de programa	74	24.1
Incremento salarial	1	0.33
Instalación de módulos hospitalarios	3	0.98
Inyección de capital	1	0.33

Categoría de la medida	Frecuencia	Porcentaje
Lineamientos	50	16.3
Modificación a un programa existente	37	12.1
Normas administrativas	1	0.33
Producción de insumos de prevención	2	0.7
Protocolos	2	0.7
Medidas para proveer información	16	5.2
Recepción de insumos para tratamiento	1	0.33
Recorrido virtual	1	0.33
Reducción del presupuesto	1	0.33
Reinicio de actividades	1	0.33
Repartición de insumos para prevención	3	0.98
Sanitización de zonas de contagio	3	0.98
Suspensión de actividades	62	20.2

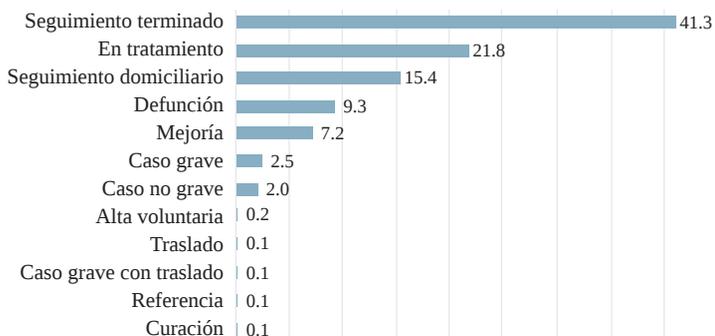
Fuente: Elaboración propia con base en datos del Gobierno de la Ciudad de México (2020c).

Así, entre el 1 de marzo y el 30 de junio de 2020 hubo 152 008 casos acumulados de COVID-19, con 14 150 defunciones en total (9.3%), con 75 pacientes dados de alta por curación (0.1%) y con 62 727 pacientes que terminaron el tratamiento contra el virus (41.3%). En el periodo entre el 1 de marzo y el 30 de junio la capacidad hospitalaria para atender pacientes con coronavirus fue mayoritariamente media (47.69%), mientras que la capacidad de las unidades de cuidados intensivos fue mayoritariamente buena en este periodo (43.78%). En este caso la mayoría de los pacientes fueron atendidos por alguna dependencia de la SSA (66%) o por el IMSS (23%).

Asimismo, la mayoría de los casos atendidos se concentraron en individuos entre 31 y 50 años; sin embargo, el rango de edad con más muertes por el virus va de los 50 a los 71 años (Gobierno de la Ciudad de México, 2020). En este caso la capacidad hospitalaria está definida por el rango de ocupación, así la capacidad buena tiene una ocupación de 1% a 49%, la media de 50% a 89% y la crítica de 90% a 100% (Gobierno de la Ciudad de México, 2020).

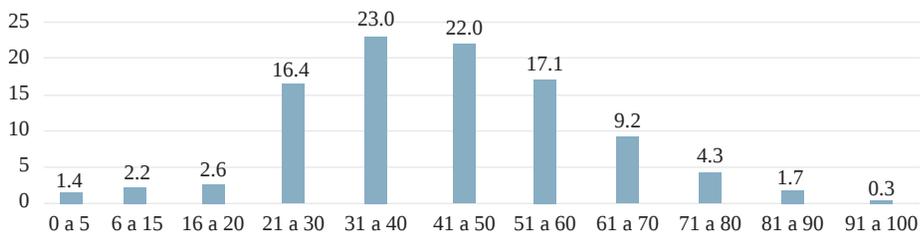
La capacidad hospitalaria depende por su parte del protocolo de hospitalización para pacientes con COVID-19. El protocolo oficial publicado por el IMSS es de escala nacional y cuenta con algoritmos del tipo de tratamiento por paciente. El primer algoritmo presentado por el IMSS busca identificar los casos según su gravedad y las opciones terapéuticas. El algoritmo tiene tres niveles: los síntomas clínicos, los signos clínicos y las terapias potenciales. En primer lugar los casos sospechosos

**Figura 52. Evolución de los pacientes tratados por COVID-19 en la Ciudad de México (1 de marzo-30 de junio 2020)**



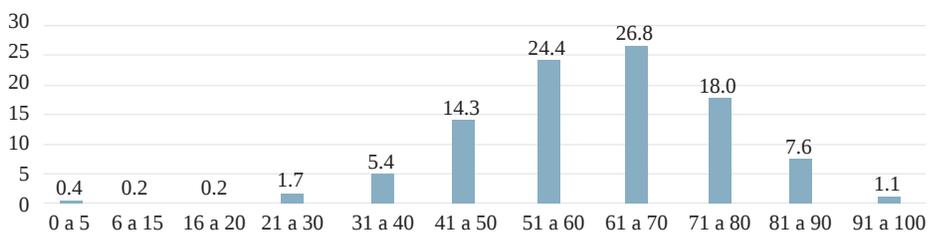
Fuente: Elaboración propia con base en datos del Gobierno de la Ciudad de México (2020).

**Figura 53. Rango de edad de los pacientes atendidos en la Ciudad de México (1 de marzo-30 de junio 2020)**



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Gobierno de la Ciudad de México (2020).

**Figura 54. Rango de edad de los pacientes fallecidos por COVID-19 en la Ciudad de México (1 de marzo-30 de junio 2020)**



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Gobierno de la Ciudad de México (2020).

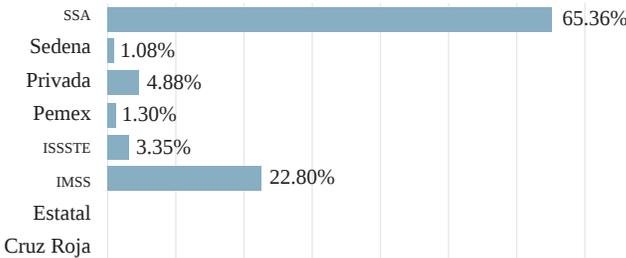
con fiebre mayor a 38 grados, tos seca, cefalea y alguno de estos síntomas (astenia, odinofagia, mialgias, artralgias, rinorrea, conjuntivitis, anosmia, disgeusia, náuseas, dolor abdominal, diarrea) sin presentar neumonía ni condiciones específicas de riesgo serán tratados de forma ambulatoria. En segundo lugar, los pacientes con disnea, dolor torácico, taquipnea neumonía leve o moderada serán revisados y se evaluará su hospitalización. Finalmente, los pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda, con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, con neumonía grave o con falla orgánica serán hospitalizados en unidades de reconversión (Gobierno de México, 2020b).

**Figura 55. Capacidad hospitalaria para covid-19 en la Ciudad de México (1 de marzo-30 de junio 2020)**



Fuente: Elaboración propia con base datos del Gobierno de la Ciudad de México (2020).

**Figura 56. Relación de pacientes atendidos en la Ciudad de México por tipo de institución**

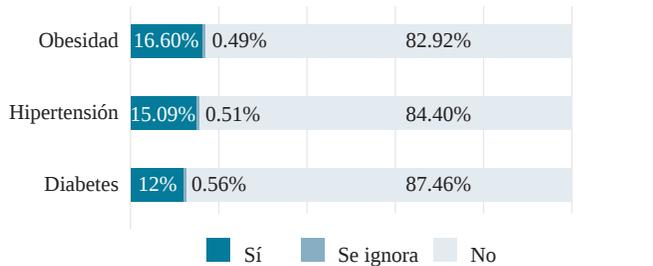


Nota: Secretaría de Salud (SSA); Sedena (Secretaría de la Defensa Nacional); Pemex (Petróleos Mexicanos); IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado).

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Gobierno de la Ciudad de México (2020).

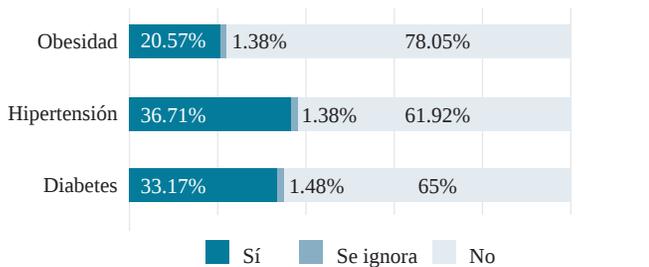
Respecto de enfermedades previas de la población de la muestra total, 16.6% presentaban obesidad, 15.09% hipertensión y 12% diabetes. En el caso de los pacientes fallecidos por COVID-19 el porcentaje aumenta a 20.5% en obesidad, 36.7% en hipertensión y 33.17% en diabetes (Gobierno de la Ciudad de México, 2020).

Figura 57. Enfermedades previas de los pacientes atendidos por COVID-19 en la Ciudad de México (1 de marzo-30 de junio 2020)



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Gobierno de la Ciudad de México (2020).

Figura 58. Enfermedades previas de los pacientes fallecidos por COVID-19 en la Ciudad de México (1 de marzo-30 de junio 2020)

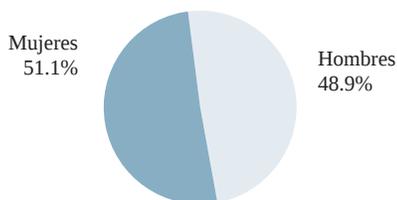


Fuente: Elaboración propia con base en datos del Gobierno de la Ciudad de México (2020).

### Caso Jalisco

De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015 realizada por el INEGI (2015B), el estado de Jalisco cuenta con una población total de 7 844 830, de los cuales 3 835 069 son hombres y 4 009 761 mujeres, que representan 48.9% y 51.1% respectivamente de la población total, lo que significa que la población de mujeres es 2.2% mayor.

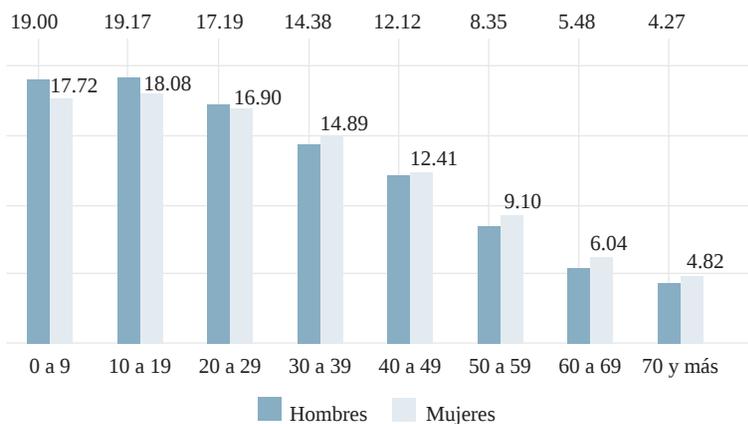
Figura 59. Población total por hombres y mujeres en Jalisco



Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI (2015b).

En términos de la distribución de la población por edades es posible identificar que un poco más de la mitad se encuentra en edad productiva laboral (52.7%); 37.0% corresponde a la población infantil y jóvenes, y 10.3% lo ocupa la población mayor de 60 años y más. Es de resaltar que de los grupos de edad 0 a 29 años predomina la población de hombres, mientras que las mujeres prevalecen en los grupos de edad de 30 a 70 años y más.

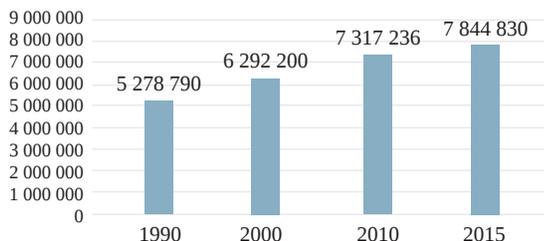
Figura 60. Población por sexo y por edad en Jalisco (en 2015)



Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI (2015b).

De acuerdo con el INEGI, en el periodo de 1990 a 2000 el comportamiento de la tasa de crecimiento fue de 1.8%. Esta disminuyó a 1.5% de 2000 a 2010 y se mantuvo este valor en el último quinquenio 2010-2015.

Figura 61. Tasa de crecimiento promedio anual 1990 a 2015



Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI (2015b).

En lo que respecta a la información de mortalidad para 2018 el estado de Jalisco registró las siguientes 10 principales causas de muertes: enfermedades del corazón que ocupan el primer lugar, diabetes mellitus se sitúa en el segundo lugar seguido de los tumores malignos las enfermedades del hígado y las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes agresiones (homicidios), neumonía e influenza, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas e insuficiencia renal. En la Tabla 18 se muestra el registro del número de defunciones por cada causa de muerte.

Tabla 18. Principales causas de defunción en Jalisco en 2018

Principales Causas		Total
1	Enfermedades del corazón	146 923
2	Diabetes mellitus	100 350
3	Tumores malignos	85 011
4	Enfermedades del hígado	38 563
5	Enfermedades cerebrovasculares	34 931
6	Accidentes	32 075
7	Agresiones (homicidios)	31 656
8	Neumonía e influenza	27 766
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	23 219
10	Insuficiencia renal	13 710

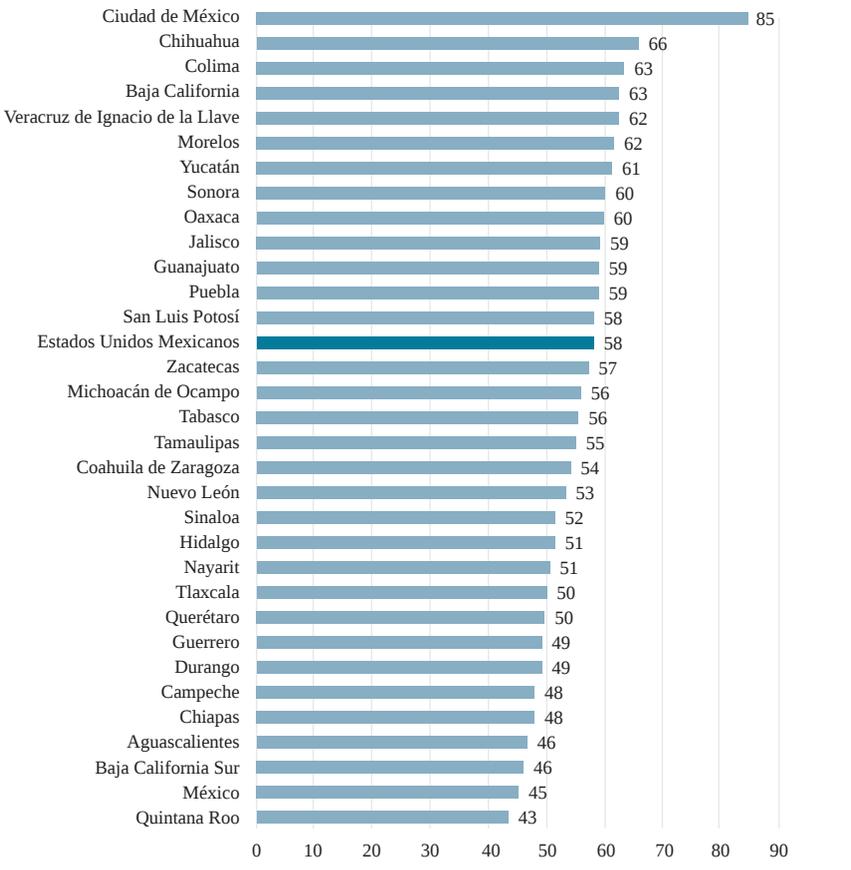
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la SSA (2019).

Esta tendencia es similar a la que se presenta en el nivel nacional, ya que las tres principales causas de muerte tanto para hombres como para mujeres son las enfer-

medades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos. En el caso de las mujeres mueren más por diabetes mellitus (51%) y tumores malignos (52%), mientras que los hombres mueren más por enfermedades del corazón (54%) (INEGI, 2019).

Para 2018 se registró en la entidad un total de 49 415 defunciones, de las cuales 28 461 corresponde a hombres (58%) y 20 910 a mujeres (42%) (INEGI 2019). En lo que respecta a la tasa de defunciones registradas por entidad federativa de ocurrencia por cada 10 000 habitantes es posible observar que Jalisco, con un registro de 59, está por encima de la media nacional con 58, tal como se muestra en la Figura 62.

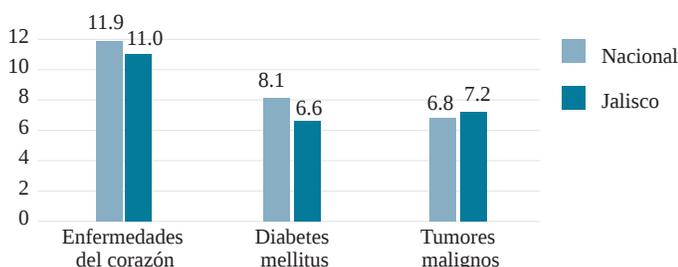
**Figura 62. Tasa de defunciones registradas por entidad federativa de ocurrencia por cada 10 000 habitantes**



Fuente: INEGI (2019).

En la Figura 63 se muestra el comportamiento de la tasa de defunciones registradas por principal causa de muerte de residencia habitual por cada 10 000 habitantes en el nivel nacional y en el estado de Jalisco, por lo que es posible observar que tanto en el caso de las enfermedades del corazón como en diabetes mellitus, la tasa que corresponde a la media nacional se sitúa por encima de la tasa que registra Jalisco. Sin embargo, la causa de muerte por tumores malignos se coloca por encima de la media nacional, con una diferencia ligera de 0.4%.

Figura 63. Tasa de defunciones registradas por principal causa de muerte de residencia habitual por cada 10 000 habitantes en el nivel nacional y en el estado de Jalisco (en 2018)



Fuente: Elaboración propia con base datos de la SSA (2019).

En lo que respecta a la morbilidad en la entidad, de acuerdo con la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ, 2019) las 20 principales causas de enfermedad atendidas corresponden en primer lugar a las infecciones respiratorias agudas seguido de las infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas infección de vías urinarias, úlceras, gastritis y duodenitis. Destaca que de las enfermedades catalogadas como crónico-degenerativas se encuentran la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, ocupando el lugar 10 y 13 respectivamente. En términos de la capacidad de atención, es posible identificar que el IMSS es quien atiende el mayor número de pacientes seguido de otras instituciones y de la SSJ, tal como se presenta en la Tabla 19.

En cuanto a los servicios otorgados relacionados con la atención de la diabetes mellitus es posible observar que en el nivel nacional la tendencia no ha sufrido cambios. Sin embargo, en el estado de Jalisco destaca una disminución notable en el número de detecciones positivas, de 2018 a 2019 tuvo un descenso de 18.4%.

En lo que respecta a los servicios otorgados relacionados con la atención de la hipertensión arterial, de igual manera que con la atención de la diabetes mellitus,

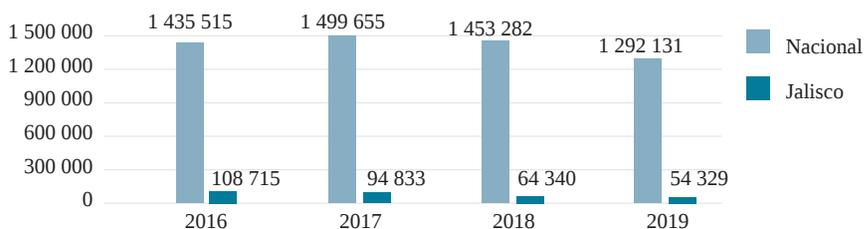
Tabla 19. Principales causas de enfermedad en Jalisco en 2019

Descripción	Total	SSA	IMSS	ISSSTE	Otras	IMSS OPORT	SNDIF	Pemex	SDN	SDM
1. Infecciones respiratorias agudas	67 261	9 756	37 851	915	18 171	129	159	0	242	28
2. Infecciones intestinales por otros organismos	8 999	1 059	4 803	175	2 782	7	22	0	38	13
3. Infecciones de vías urinarias	7 123	1 448	4071	149	1 403	10	6	0	22	14
4. Úlceras, gastritis y duodenitis	3 038	612	1 206	45	1 143	9	5	0	18	0
5. Conjuntivitis	1 896	156	1 137	29	539	2	20	0	13	0
6. Otitis media aguda	1 862	568	72	34	1 157	7	17	0	7	0
7. Gengivitis y enfermedad periodontal	1 789	496	1054	67	154	0	2	0	0	6
8 Neumonías y bronconeumonías	1 557	246	1 131	58	219	0	0	0	3	0
9. Obesidad	1 534	292	1 024	26	294	8	0	0	0	0
10. Hipertensión arterial	1 362	268	690	71	329	0	4	0	10	0
11. Intoxicación por picadura de alacrán	1 168	802	258	0	107	0	0	0	1	0
12. Asma	915	200	504	37	172	2	0	0	1	0
13. Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	846	252	383	52	156	0	1	0	1	0
14. Influenza (probables y confirmados)	589	143	386	4	54	0	0	0	0	0

Descripción	Total	SSA	IMSS	ISSSTE	Otras	IMSS OPORT	SNDIF	Pemex	SDN	SDM
15. Insuficiencia venosa periférica	522	97	300	36	89	0	0	0	0	0
16. Vulvocaginitis	424	157	128	5	124	2	0	0	8	0
17. Quemaduras	369	47	273	1	46	0	0	0	2	0
18. Varicela	339	51	237	3	45	1	1	0	1	0
19. Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	339	5	67	135	124	0	5	0	3	0
20. Hiperplasia de la próstata	327	37	250	5	34	0	0	0	1	0
Resto de diagnósticos	3808	1067	1521	88	887	7	16	0	14	1
Total causas	105 985	17 749	67 368	1 843	28 029	184	267	0	386	82

Fuente: SSA (2019b).

**Figura 64. Servicios otorgados relacionados con la atención de la diabetes mellitus en el nivel nacional y en el estado de Jalisco**

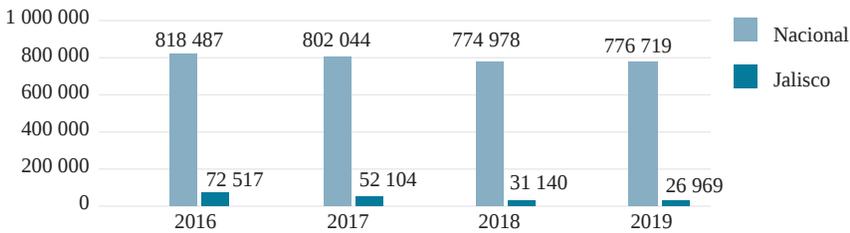


Fuente: Elaboración propia con base en datos de la SSA (2019).

la tendencia en el nivel nacional no ha presentado cambios significativos. En contraparte en el estado de Jalisco se observa una disminución en el número de detecciones positivas, de 2018 a 2019 tuvo una disminución de 15.5% (Figura 65).

En cuanto a la distribución porcentual, según condición de afiliación a servicios de salud por institución en Jalisco, es posible identificar que la población total afiliada corresponde a 80.8%. Como se puede observar en la Figura 66 la mayor proporción de la población está afiliada al IMSS (52.3%), seguida de los servicios de salud

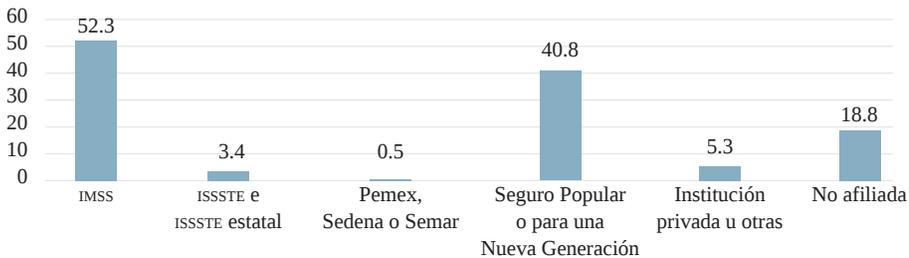
Figura 65. Servicios otorgados en relación con la atención de la hipertensión arterial en el nivel nacional y en el estado de Jalisco



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la SSA (2019).

que ofrece el Seguro Popular (40.8%) a través de la SSA, mientras que en menor proporción se encuentra el ISSSTE (3.4%) y Pemex, Sedena o Semar (0.5%). Un total de 18.8% de la población no está afiliada a ningún servicio de salud.

Figura 66. Población total y su distribución porcentual según condición de afiliación a servicios de salud por institución en 2015

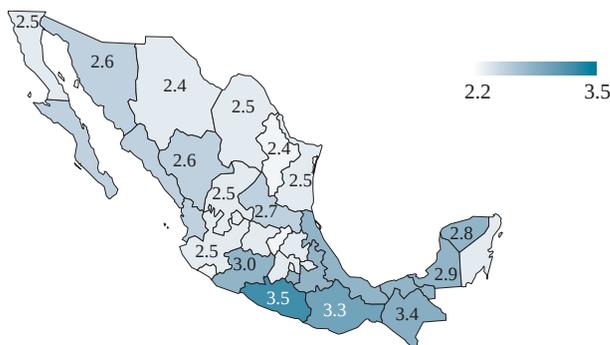


Nota: IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); Pemex (Petróleos de México); Sedena (Secretaría de la Defensa Nacional); Semar (Secretaría de Marina).

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI (2015a).

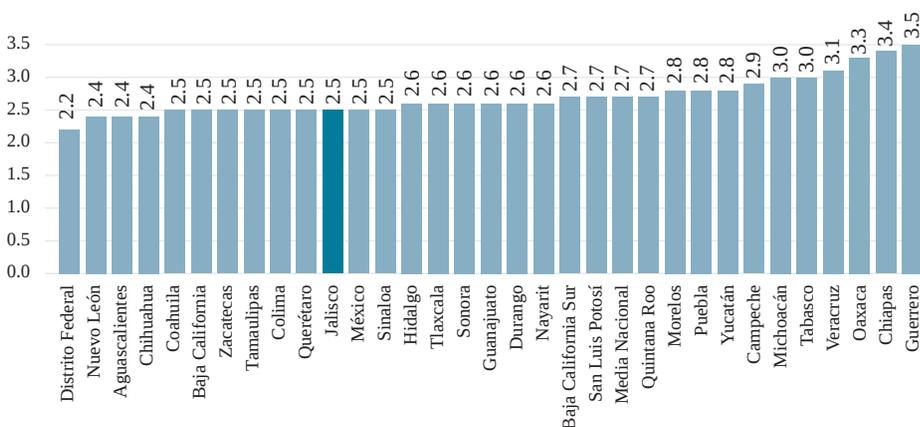
En términos de carencia por acceso a servicios de salud, de acuerdo con la “Medición de la pobreza Estados Unidos Mexicanos 2010-2015”, elaborado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, 2015), Jalisco se sitúa ligeramente por debajo de la media nacional (2.7%) con 2.5%, al igual que Sinaloa, Estado de México, Querétaro, Colima, Tamaulipas, Zacatecas, Baja California y Coahuila.

Figura 67. Carencia por acceso a los servicios de salud en 2015



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Coneval (2015).

Figura 68. Carencia por acceso a servicios de salud en 2015



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Coneval (2015).

*Acciones de política pública implementadas para atender la emergencia sanitaria.*

Con la finalidad de identificar la estrategia que ha implementado el gobierno del estado de Jalisco para atender la emergencia sanitaria generada por el SARS-CoV-2 que produce el COVID-19 se realizó una revisión exhaustiva de las medidas instrumentadas, entre ellas acciones, decisiones que se han tomado para hacer frente a esta contingencia en el periodo de estudio que abarca del 1 de marzo al 30 de junio del año en curso.

Tabla 20. Medidas que ha implementado el gobierno de Jalisco para atender la pandemia (1 de marzo-30 de junio 2020)

#	Tipo de medida	Frecuencia
1	Plan de recuperación económica	35
2	Jalisco sin Hambre Juntos por la Alimentación	31
3	Plan Jalisco COVID-19	24
4	Aplicación de pruebas rápidas	15
5	Acciones preventivas	14
6	Medidas sanitarias	14
7	Infraestructura y equipamiento	12
8	Estrategia de reconversión hospitalaria	10
9	Monitoreo e identificación de nuevos casos COVID-19	10
10	Suspensión de actividades	10
11	Estrategia RADAR Jalisco	7
12	Filtros sanitarios	7
13	Medidas para proveer información y atención	6
14	Aislamiento social	5
15	Estrategia de educación a distancia	4
16	Acuerdo entre entes	3
17	Apoyo contingente	3
18	Capacitación a distancia	3
19	Estrategia para la prevención y contención de la salud mental	3
20	Manejo de cadáveres por COVID-19	2
21	Plan Estatal Emergente de Prevención de Violencia Familiar y apoyos para mujeres	2
22	Transparencia y rendición de cuentas	2
23	Estrategia de comunicación	1
24	Medidas de seguridad	1
25	Proyectos de desarrollo tecnológico	1
26	Responsabilidad ciudadana	1
27	Restricción de medicamentos	1
28	Sanitización de espacios públicos	1
	Total:	228

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Gobierno del Estado de Jalisco (2020a).

Como es posible observar, entre las medidas implementadas para atender la emergencia sanitaria por COVID-19 en la entidad predomina el “Plan de recuperación económica”, el cual hace énfasis en apoyar el ingreso de las personas a través de apoyos económicos directos en cuatro ejes: Micro y pequeñas empresas, personas autoempleadas y con actividades económicas no formales, productores de maíz y mujeres. En lo que respecta a la estrategia “Jalisco sin Hambre Juntos por la Alimentación”, la cual forma parte del Plan Jalisco COVID-19, tiene como objetivo dotar de alimento y productos de la canasta básica a personas que viven en condiciones de vulnerabilidad, como son las que se encuentran en situación de calle, familias que viven en zonas de alta marginación, personas con discapacidad, niñas, niños, adolescentes y adultos mayores. Por su parte el “Plan Jalisco COVID-19” es el programa rector que concentra diferentes acciones para enfrentar la emergencia sanitaria como son: laboratorios privados con pruebas PCR, aplicación de pruebas para tu negocio, protección a personas con discapacidad, reactivación de guarderías, medidas de seguridad, radar Jalisco, uso de cubrebocas, Jalisco sin hambre, convocatoria para personal de salud rutas, conexión médica, reconversión hospitalaria y plan Jalisco para la reactivación económica.

*Capacidad instalada y datos COVID-19.* En lo que respecta a la capacidad instalada para hacer frente a la emergencia sanitaria se llevó a cabo el “Plan de Reconversión Hospitalaria en Jalisco”, a través del cual el gobierno estatal busca coordinarse con todas las instituciones del sector salud del gobierno federal y del sector privado, con la finalidad de brindar una atención oportuna y contar con el equipo y personal médico necesario para los pacientes que requieran asistencia hospitalaria por síntomas graves por COVID-19.

Los hospitales de referencia para la atención de pacientes con COVID-19 de la red estatal son:

- Hospital General de Occidente (Zoquipan) y su adjunto el Hospital Geriátrico.
- Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca” y Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde”.
- Diez hospitales regionales y el Hospital Comunitario de Colotlán.

Cada hospital de la red estatal cuenta en primera instancia con un área destinada a la estabilización y hospitalización de estancia breve, para posteriormente referir a los pacientes a la unidad requerida según los escenarios.

Por su parte los hospitales del IMSS e ISSSTE bajo jurisdicción federal también participan en este Plan de acuerdo con su programación y en forma coordinada.

De este modo, los hospitales que brindan atención a pacientes con COVID-19 se distribuyen como se muestra en la Tabla 21.

**Tabla 21. Hospitales que atienden pacientes con COVID-19 en el estado de Jalisco**

Hospital	Institución	Municipio
HGR 110	IMSS	Guadalajara
Hospital de Especialidades		Guadalajara
Hospital Militar	Sedena	Guadalajara
HGR 45	IMSS	Guadalajara
HGZ 89	IMSS	Guadalajara
HGR 46	IMSS	Guadalajara
Valentín Gómez Farías	ISSSTE	Zapopan
Enfermería Militar	Sedena	Zapopan
HGR 180	IMSS	Tlajomulco de Zúñiga
HGZ 14	IMSS	Guadalajara
HGZ 26	IMSS	Tala
HGZ 42	IMSS	Puerto Vallarta
Hospital Regional	OPD SSJ	Puerto Vallarta
HGZ 20	IMSS	Autlán
HGZ 9	IMSS	Zapotlán el Grande
Hospital Regional	OPD SSJ	Zapotlán el Grande
HGZ 6	IMSS	Ocotlán
Hospital Comunitario	OPD SSJ	Atotonilco el Alto
HGZ 21	IMSS	Tepatitlán de Morelo
HGZ 7	IMSS	Lagos de Moreno

Nota: HGR (Hospital General Regional); HGZ (Hospital General de Zona); IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); Sedena (Secretaría de la Defensa Nacional); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado); OPD (Organismo Público Descentralizado); SSJ (Secretaría de Salud Jalisco).

Fuente: Rodríguez (2020).

De acuerdo con datos del Gobierno del Estado de Jalisco (2020b), al 30 de junio se registraron 399 casos nuevos de COVID-19 en Jalisco, con lo cual se acumulan 12 630 casos confirmados desde marzo en que se notificó el primer caso en la entidad. De este

total a la fecha se reportan 1 661 casos activos (personas que iniciaron con síntomas en los últimos 14 días), una cifra que es dinámica; es decir, puede variar día a día hacia arriba o hacia abajo. En cuanto a los decesos se tiene el registro de un acumulado de 692 defunciones, 671 corresponde a residentes de 52 municipios de Jalisco y 21 residentes de otras entidades del país. Se reporta un total de 1 047 personas recuperadas.

De los 12 630 casos confirmados, 84% se han tratado de manera ambulatoria (aislamiento en su domicilio) por tener síntomas leves a moderados o ser asintomáticos, mientras que el otro 16% corresponde a 2 051 personas que han requerido hospitalización por COVID-19, de las cuales 765 se han dado de alta por mejoría, 686 por defunción, 3 altas por recuperación, 4 egresos voluntarios, 9 traslados a otros estados y 584 se encuentran internadas en hospitales públicos y privados.

De este registro de casos confirmados, 54% son varones y 46% mujeres. En cuanto a grupos de edad los más afectados son el de 35 a 39 años con 12.2%, el de 30 a 34 años con 11.6%, el de 65 años y más con 11.6% y el de 25 a 29 años con 10.9%. En cuanto a niños y adolescentes se tienen 238 casos confirmados en menores de 0 a 15 años lo que corresponde a 1.8%.

### **Análisis con información del INAI sobre transparencia y derecho de acceso a la información en la emergencia por COVID-19**

El micrositio del Instituto Nacional de Transparencia Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) recibe al usuario con una breve descripción sobre qué es el COVID-19 y de dónde surge. Más adelante el sitio declara que como parte la política de Transparencia Proactiva del Instituto el INAI pone a disposición de la población y autoridades la información pública que considera de utilidad sobre la pandemia. Después es posible acceder a tres secciones: “Estadísticas Solicitudes de Acceso a la Información Pública”, “Información solicitada con más frecuencia por la población” y “Datos Abiertos”, desde la que se pueden descargar bases de datos sobre solicitudes de información pública relacionadas al COVID-19. Se puede acceder al sitio a través del siguiente enlace: [https://micrositios.inai.org.mx/gobiernoabierto/?page\\_id=677](https://micrositios.inai.org.mx/gobiernoabierto/?page_id=677)

#### **Estadística**

En la sección de estadísticas el INAI presenta gráficas y datos porcentuales sobre las solicitudes de acceso a la información (SAI) relacionadas con la pandemia. El INAI divide y presenta los datos en ocho periodos; el último corresponde al corte del 1 al 15 de julio. En este periodo hubo 389 SAI relacionadas con el COVID-19. Esto compone 28.1% del total de solicitudes recibidas en ese periodo; las restantes 997 tienen

que ver con otros temas. Para identificarlas el INAI recupera todas las solicitudes que contengan alguna de las más de 100 palabras clave relacionadas con el COVID-19. Esto sugiere que el número de SAI identificadas podría estar sobreestimado.

Según su contenido las 389 SAI fueron clasificadas en 12 categorías. De estas las demandas de información más recurrentes en este periodo son las siguientes 5: a) categoría 11) presupuesto asignado atención COVID-19 y apoyos económicos con 25.8% de las SAI; b) categoría 2) aspectos generales COVID-19 con 17.2%; c) categoría 3) casos COVID-19 registrados con 16.1%; d) categoría 10) plan de acción o protocolo contra COVID-19 con 12.7%, y e) categoría 12) responsabilidad de servidores públicos con 10.3%. El restante 17.9% corresponde a las otras 7 categorías.

En esta misma quincena, 80.2% de las SAI están en proceso de respuesta y otro 4.6% se encuentran en espera de ampliación de información. Solamente 15.2% fueron respondidas. De este porcentaje, 55.9% obtuvieron como respuesta que “no es de competencia de la unidad de enlace la información solicitada”; 3.4% fueron contestadas con la aclaración de que la solicitud “no corresponde al marco de la ley”, y 6.8% de las solicitudes estaban relacionadas con información ya disponible públicamente. Solo 33.9% de las SAI terminadas con respuesta concluyeron con la entrega de información por medio electrónico. Estas estadísticas revelan que en la primera quincena de julio, de las 389 SAI relacionadas con el COVID-19 se han contestado 59 y de estas solamente 20 han concluido con la entrega de información a los solicitantes

De acuerdo con el INAI, hay 83 entes públicos con responsabilidad para atender SAI. Estos entes son denominados sujetos obligados. En el periodo del 1 al 15 de julio, de las 389 SAI realizadas, 18.5% fueron dirigidas a la SSA; 14.4% al IMSS; 7.5% al Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi); 6.2% al ISSSTE.

De la misma forma, el apartado de estadística cuenta con los mismos datos para otros seis periodos quincenales y un periodo trimestral que abarcan el total de SAI relacionadas con el COVID-19, desde principio de año hasta la segunda semana de julio. Para facilitar el manejo de la información por periodos e identificar cuáles son los temas que se preguntan con mayor frecuencia, cuáles son las instituciones con más preguntas y si hay o no respuesta, las solicitudes las Tablas 22, 23 y 24 sintetizan la información más relevante.

La Tabla 22 señala que en el periodo que abarca del 1 de enero al 15 de julio de 2020 el INAI gestionó 4 661 SAI relacionadas con la pandemia por COVID-19. De estas, 730 SAI fueron contestadas según los cortes quincenales o del periodo correspondiente; el resto está en espera de más información, y en su mayoría en proceso de ser atendida. Muchas de las SAI que fueron contestadas obtuvieron por respuesta que las

Tabla 22. Número de SAI relacionadas con el COVID-19, porcentajes de respuestas y de entrega de información

Periodo	Número de SAI COVID-19	Porcentaje de terminadas con respuesta	Número terminadas con respuesta	Porcentaje de entregas de información electrónica	Número de entregas de información electrónica
01.ene-01.abr	868	33.6	292	66.4	194
02.abr-15.abr	413	8.0	33	12.1	4
16.abr-30.abr	512	8.8	45	20.0	9
01.may-15.may	1 265	9.6	121	25.4	31
16.may-31.may	470	17.9	84	15.2	13
01.jun-15.jun	398	13.3	53	18.9	10
16.jun-30.jun	346	12.4	43	25.6	11
01.jul-15.jul	389	15.2	59	33.9	20
Totales	4 661		730		291

Fuente: INAI (2020).

instituciones obligadas carecían de competencia en el área, que la información solicitada ya se encontraba en alguna fuente de dominio público o bien que la solicitud no entra dentro del marco normativo. Al final, solo 291 de las 4 661 SAI concluyeron en el envío electrónico de la información solicitada.

La Tabla 23 recopila los porcentajes más altos de instituciones a las que se dirigen las SAI. Estas son la SSA, el IMSS y el ISSSTE que reciben en promedio 18.4%, 10.4% y 4.6% respectivamente. El resto de SAI reportadas son dirigidas a otras instituciones entre las que destacan esporádicamente Sedena, SEP, Insabi, Segob y SRE, según el periodo y con cantidades menores a 5% del total.

Finalmente, la Tabla 24 muestra los porcentajes más altos de temas de las SAI por periodo y un promedio correspondiente a todo el año. Las categorías y porcentajes faltantes fueron omitidos por representar cifras muy bajas, ya sea en el periodo o en promedio total. Los porcentajes revelan que los temas por los que más se preguntan en orden ascendente tienen relación con cuestiones sobre equipo médico e infraestructura, estadísticas de pruebas y diagnósticos, planes de acción y protocolo contra el COVID-19 y presupuestos asignados para el combate a la pandemia, además de los apoyos económicos destinados a mitigar sus efectos perniciosos sobre la economía. Los primeros tres temas ocupan alrededor de 15%, cada uno en tanto que la cuestión presupuestaria ocupa 25% de las solicitudes.

**Tabla 23. Porcentajes más elevados de solicitudes según el sujeto obligado a las que fueron dirigidas**

Periodo	Números de SAI COVID-19	SSA	IMSS	ISSSTE
01.ene-01.abr	868	23.7	9.7	5.5
02.abr-15.abr	413	20.8	16.9	3.6
16.abr-30.abr	512	19.3	10.0	4.5
01.may-15.may	1 265	8.7	5.5	2.1
16.may-31.may	470	20.4	6.8	3.8
01.jun-15.jun	398	19.3	9.0	4.8
16.jun-30.jun	346	16.5	10.7	6.6
01.jul-15.jul	389	18.5	14.4	6.2
Totales	4 661	18.4	10.4	4.6

Nota: SSA (Secretaría de Salud); IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social); ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado).

Fuente: INAI (2020).

**Tabla 24. Porcentajes según la categoría temática de las solicitudes de información**

Periodo	Número de SAI COVID-19	C2	C3	C4	C5	C6	C9	C10	C11	C12
01.ene-01.abr	868	13.1			15.8			22.8	9.9	11.9
02.abr-15.abr	413	15.2	11.8		15.2	15.0	17.8		7.3	
16.abr-30.abr	512	10.4	7.9		22.2			17.2	24.0	
01.may-15.may	1 265	11.3	10.9		9.5			5.2	49.0	
16.may-31.may	470	8.3	14.0				10.2	13.9	29.1	
01.jun-15.jun	398	11.1		9.9				21.7	23.4	10.6
16.jun-30.jun	346	19.3	9.7		10.7			12.2	31.1	
01.jul-15.jul	389	17.2	16.1					12.7	25.8	10.3
Totales	4 661	13.2	11.7	9.9	14.7	15.0	14.0	15.1	25.0	10.9

Nota: C1 (Acciones implementadas por personal sanitario); C2 (Aspectos generales COVID-19); C3 (Casos COVID-19 registrados); C4 (Cooperación Internacional); C5 (Equipo médico e infraestructura para hacer frente al COVID-19); C6 (Estadísticas de pruebas diagnóstico COVID-19); C9 (Información estadística neumonía); C10 (Plan de acción o protocolo contra el COVID-19); C11 (Presupuesto asignado para la atención COVID-19 y apoyos económicos); C12 (Responsabilidad de servidores públicos).

Fuente: INAI (2020).



Buenas prácticas  
de gestión de crisis por COVID-19



### Políticas frente al COVID-19: distintas experiencias internacionales

Durante buena parte de la segunda mitad del siglo xx e inicio del xxi, miembros de organismos internacionales, funcionarios en gobiernos nacionales y sociedad civil organizada alertaron sobre la amenaza latente del brote de una enfermedad infecciosa que rápidamente se expandiera por el mundo en un contexto de hiper globalización con efectos devastadores bajo toda métrica. La petición de mantener vigilancia al brote de nuevos patógenos –o bien, al resurgimiento de otros conocidos– se sustenta, primero, en antecedentes históricos. De acuerdo con los estudios realizados, la frecuencia aproximada entre influencias pandémicas es –desde por lo menos el siglo xv– de una cada 40 o 50 años aproximadamente (Kamradt-Scott y McInnes, 2012). Segundo, en una época de virología moderna también se conoce la amplia capacidad de mutabilidad de los patógenos. En este sentido, las pandemias de 1918-1920, 1957 y 1968 fueron ocasionadas por tres subtipos de influenza A: H1N1, H2N2 y H3N2, respectivamente (Kilbourne, 2006).

Aun cuando se conocen bien los efectos potenciales de una pandemia en lo económico y en lo social, especialmente ante una situación de alta mortalidad, no es posible predecir con las herramientas y mecanismos existentes el brote de una pandemia en el mediano y largo plazo (McKibbin y Sidorenko, 2006). La variedad de patógenos existentes y las limitaciones en el estudio de cada uno de estos, hacen cualquier intención de catalogarlos una tarea imposible. De hecho, a finales de la década de 2000, la oms (2007) consideraba a la influenza como el único patógeno que potencialmente podría ocasionar una pandemia –sin descartar el resto, pero sí haciendo énfasis en esta.

El esfuerzo y el resultado de las agencias sanitarias nacionales en la crisis emergente por pandemia de COVID-19 fue resultado de múltiples factores –preparación previa o sensibilidad ante sus consecuencias–. En la mayoría de los casos se utilizaron los planes nacionales de atención a influenza pandémica (Ghanchi, 2020). No obstante, esta crisis sanitaria es sustancialmente diferente a las previas: el periodo de incubación, la fracción de contagios asintomáticos; el cronograma de replicación viral asintomática; la mortalidad indirecta a causa de la interrupción de servicios de salud y sociales, y otras consecuencias sociales y económicas, como la recesión consecuencia de las medidas de distanciamiento social que obligaron a parar la economía, cerrando negocios (Moore Lipsitch, Barry y Osterholm, 2020; OMS, 2020).

### *Medidas frente a la pandemia en América Latina*

A continuación se analizan de forma concisa dos casos sobre la implementación de medidas frente al COVID-19: Argentina y Perú. Se eligieron estos países por varios motivos: primero se trata de dos casos representativos de América Latina y El Caribe como región; segundo, ambos permiten analizar posiciones políticas contrastantes –mientras que en Perú gobierna Martín Vizcarra Cornejo del partido centro derechista “Peruanos Por el Kambio” (PPK), en Argentina gobierna el “Frente de Todos”, una coalición de partidos de centro izquierda encabezada por Alberto Ángel Fernández del Partido Justicialista–, dicho de otra forma, esto permite analizar respuestas ideológicas diferentes dentro del espectro político; tercero, en ambos casos, se observó a partir del tercer trimestre de 2020 un incremento de casos de COVID-19, a pesar de que se había conseguido inicialmente una disminución o contención de los casos de contagio en el segundo trimestre del año; finalmente, se trata de países con similitudes, por lo que han sido objeto de comparaciones en estudios previos –véase, Collier y Collier (1991), Encinas (2016), Marcus (2013), Stokes (2001) y Weyland (2002).

La respuesta a la crisis COVID-19 en Argentina. El 3 de marzo se identificó el primer contagio por SARS-CoV-2 en territorio argentino. Una persona en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que recientemente había viajado a Italia y España, fue diagnosticado como positivo en la prueba por COVID-19 (ONU, 2020b). Aún cuando las autoridades sanitarias y, en general el gobierno de Argentina, prepararon un plan de respuesta urgente para atender a personas contagiadas, la crisis ocurrió en un contexto de inestabilidad. Durante los primeros meses de 2020, el gobierno de Argentina se disponía a renegociar el pago de la deuda frente a un crecimiento económico negativo y una inflación interanual de 50.3% (Ernst y López Mourelo, 2020).

La respuesta del gobierno de Argentina a la situación de contagio por COVID-19 comenzó a mediados del mes de marzo –12 días después del primer registro de contagio y 4 días después de declarar la OMS al COVID-19 como pandemia (Pereira, 2020)–. Las acciones que tomó el gobierno fueron inicialmente las siguientes: a) la suspensión de las clases en todo el sistema educativo y b) el cierre de las fronteras; ambos planteados originalmente hasta el 31 de marzo de 2020. Además, se determinó suspender espectáculos deportivos y musicales, el cierre de centros comerciales y un periodo de licencia a personas mayores de 65 años (“Argentina anuncia cierre de fronteras...”, 2020). Apenas unos días después, el gobierno argentino extendió la estrategia al aislamiento obligatorio. Solo se permitió el tránsito a comercios, pero elementos de la gendarmería y policía vigilarían que no se violara el aislamiento para casos injustificados. Esta disposición no fue aplicable para trabajadores de la salud, seguridad, defensa, diplomáticos y personas que asisten a personas mayores o discapacitados, y a otros proveedores de servicios básicos. Las restricciones inicialmente programadas para concluir el 31 de marzo se extendieron, primero, al 12 de abril, después, al 10 de mayo, y posteriormente al 7 de junio, 17 de julio y 31 de agosto de 2020 (Canik, 2020; “Casos de coronavirus avanzan...”, 2020; Crabtree, 2020; Xantomilla, 2020).

En el ámbito regional, la decisión de implementar medidas urgentes sirvió para desacelerar el contagio y, para el mes de mayo, la situación de Argentina frente a la que presentaban otros países de la región comparables era contrastante. El 14 de mayo, por ejemplo, la cantidad de defunciones por COVID-19 en Argentina era de 8 por cada millón de habitantes, frente a 66 por cada millón en Brasil, país seriamente afectado (“Bolsonaro asegura que gestión de coronavirus...”, 2020). La situación divergente entre ambos países se debió, en ese momento, a la manera en la que se atendió la crisis sanitaria. Aun cuando Argentina enfrentaba una crisis económica, se instauraron enérgicas medidas para controlar la dispersión del virus, mientras que en Brasil se promovió la reapertura económica (“Covid-19: Argentina extends...” , 2020).

El éxito inicial no se reflejó en los meses subsecuentes. De acuerdo con Nicolás Saldinas, la administración de Alberto Fernández fracasó en consolidar de forma suficiente la acción inicial y

(...) no se tomó el tiempo de la cuarentena para restaurar su control de brote. Las pruebas continúan siendo escasas, inclusive para los estándares regionales. (...) Esto significa que el gobierno presenta días o inclusive, semanas de retraso, reaccionando al virus en vez de responder proactivamente con ella (Crabtree, 2020).

En ese sentido, se registró un incremento en el número de casos confirmados a partir de agosto en todas las regiones con excepción de la Ciudad de Buenos Aires (pero sí en el resto de la provincia): 300% en la provincia de San Luis, 79% en Santiago del Estero y 85% en Tucumán (“Coronavirus Argentina...”, 2020). Con corte al 9 de septiembre de 2020, el número de contagios por cada 100 000 habitantes en los últimos 14 días continuaba en ascenso (“Argentina registra 145 muertos...”, 2020).

No obstante, de un análisis preliminar de los resultados al mes de septiembre, la respuesta ante la crisis de COVID-19 sí resultó en una menor mortalidad en comparación con los resultados de otros países de la región. Al 9 de septiembre, en Argentina se habían registrado 239 defunciones por cada millón de habitantes. En comparación con la misma fecha de corte, México presentó 553 por cada millón de habitantes, Brasil, 613; Chile, 624; Ecuador, 628; Bolivia, 629 y Perú, 936 (“COVID-19 – Crisis del coronavirus”, b, 2020).

La política de prevención del contagio por medio del aislamiento tuvo una respuesta ambivalente. Por un lado, se observaron evaluaciones externas positivas que sugirieron tomar el caso argentino como ejemplo continental –en contraste con casos que privilegiaron estrategias moderadas de respuesta como la del gobierno federal de Estados Unidos en el contexto de la crisis sanitaria en Nueva York. En este sentido, destaca la respuesta nacional argentina que incluyó el fortalecimiento de la capacidad hospitalaria, la adquisición de ventiladores y equipo de protección para trabajadores de la salud, pruebas masivas y el rastreo de contactos; todo esto en un contexto económico casi al “borde de la quiebra” (Molteni, 2020). Aun cuando Argentina cuenta con un sistema de salud robusto con una cobertura adecuada –5 camas hospitalarias por cada 100 000 habitantes, el segundo registro más alto de América Latina después de Cuba (Xantomila, 2020)– su éxito consistió, sobre todo, en evitar que este colapsara en el contexto de un aumento de la demanda hospitalaria durante la pandemia (Smink, 2020).

Por otro lado, también se llevaron a cabo políticas para atender las crisis económica y social, consecuencias de la pandemia. Al igual que otros países latinoamericanos, 47% de la población ocupada pertenece a sectores informales, 41.8% en sectores de mayor riesgo (Orgaz, 2020). Por ese motivo, se intentó implementar una estrategia de entrega de subsidios de aproximadamente 100 dólares al mes –la mitad del salario mínimo local–, focalizado a personas en zonas con alta densidad poblacional. Sin embargo, fue insuficiente para cubrir necesidades básicas y los beneficiarios de este programa hicieron caso omiso al aislamiento obligatorio para buscar fuentes de ingreso adicionales (Goñi, 2020; Molteni, 2020). El descontento

gradualmente se exacerbó y comenzaron manifestaciones públicas en contra de la administración de Fernández. El 17 de agosto, por ejemplo, se realizó una amplia movilización, “banderazo” o “17A” para protestar en contra del aislamiento obligatorio que, en ese momento, superaba los 150 días (Smink, 2020). Además, la situación económica argentina generó dudas sobre la capacidad de desplegar y mantener el programa de ayudas (Bermúdez, 2020).

Otro aspecto central de la respuesta institucional a la crisis fue la capacidad del Estado argentino para solventar la situación de crisis económica generalizada y soberana, particularmente a partir del mes de abril. Durante una presentación en la residencia del presidente argentino, el ministro de Economía, Martín Guzmán, explicó que por la crisis de COVID-19 los esfuerzos para renegociar la deuda externa se vieron frustrados, y que además era imposible pagar cantidad alguna (“Casos de coronavirus avanzan...”, 2020), por lo que suspenderían pagos –en la propuesta de negociación de la deuda se ofrecería un recorte de intereses de 62%, un periodo de gracia de tres años y una quita de capital de 5.4%. En este contexto, Argentina también anunció que las negociaciones del Mercado Común del Sur (Mercosur) – que pretendía actualizar el proceso de integración y libre comercio en la región– se suspenderían (“Argentina abandona las futuras negociaciones...”, 2020).

Para junio, la OCDE estimó una caída del PIB de 8.2% y de 10% si es que ocurre un segundo brote de COVID-19 (“Argentina, la economía más golpeada...”, 2020). La OCDE abundó que, a pesar de que se había contenido la pandemia y se entregaron apoyos a hogares y empresas, el acceso de Argentina a los mercados financieros internacionales fue bloqueado por encontrarse en *default*; además, el informe de la OCDE consideraba que, después de concluir la crisis de COVID-19, Argentina se enfrentará a un incremento del desempleo y pérdida de ingresos familiares.

En suma, el gobierno argentino utilizó una enérgica estrategia de contención y prevención de la diseminación del COVID-19 por medio de una política de aislamiento y el cierre completo de fronteras que continuará hasta el 20 de septiembre –última extensión registrada–. Finalmente, de acuerdo con el FMI (2020), las tres respuestas de política en Argentina (con corte al 10 de septiembre) pueden observarse en la Tabla 25.

*La respuesta a la crisis COVID-19 en Perú.* El 15 de marzo, Perú se convirtió en el primer país latinoamericano en decretar una cuarentena general obligatoria y el cierre de fronteras (“Coronavirus. Cómo hace frente al COVID-19...”, 2020) para impedir una epidemia de COVID-19 cuando el número de contagios confirmados alcanzaba 71

Tabla 25. Políticas de respuesta centrales de Argentina frente al COVID-19

Tipo	Política	Detalles
Fiscales	(i) Incremento al gasto en salud	Desarrollo de mejoras para el diagnóstico, adquisición de equipo hospitalario y construcción de centros de salud
	(ii) Apoyo a trabajadores y grupos vulnerables	Transferencias a familias de escasos recursos, prestaciones de seguridad social, beneficios de seguro de desempleo y pagos a trabajadores que cobran salario mínimo
	(iii) Apoyo a sectores más golpeados	Excepciones a las contribuciones de seguridad social, préstamos para cubrir la nómina y préstamos subsidiados para actividades de construcción
	(iv) Soporte a demanda	Gasto en servicios públicos
	(v) Tolerancia	Prestación constante de servicios públicos para hogares en mora
	(vi) Garantías de créditos bancarios	Para micro, pequeña y medianas empresas en el sector de alimentos y suministros básicos
	Políticas para prevenir el incremento de precios	Control de precios en alimentos e insumos médicos
	Compartimentación de suministros esenciales	Restricciones de exportación de insumos y equipo médicos
Monetarias y financieras	Medidas para estimular los préstamos bancarios	(i) Disminuir la reserva bancaria para créditos a hogares (ii) Límites a los valores del Banco Central en la banca privada (iii) Aligeramiento temporal de requerimientos para los préstamos
Tipo de cambio y balance de pagos	Amplio conjunto de instrumentos financieros negociables para restringir transacciones financieras	Se limita la compra de dólares, las transferencias al extranjero y las transferencias para el servicio de la deuda externa

Fuente: Elaboración propia con base en datos del FMI (2020).

(“Perú confirmó 71 casos de coronavirus...”, 2020). De acuerdo con el presidente Martín Vizcarra, el conjunto de acciones –para prevenir, detectar y tratar posibles casos de contagio– fueron analizadas desde que se conoció la aparición del SARS-CoV-2 en China; de manera que, al detectarse el primer contagio –de un paciente que regresó de un viaje a España, Francia y República Checa el 5 de marzo–, se instauraron inmediatamente medidas sanitarias (“Detectan primer caso...”, 2020). A pesar de los esfuerzos institucionales para reducir la propagación del virus y evitar una crisis sanitaria, estos fueron insuficientes. A finales de agosto, Perú se posicionaba como el país con la tasa de mortalidad más alta a consecuencia de la pandemia COVID-19 (“Perú es el país con la mayor tasa de mortalidad...”, 2020) con 30 500 fallecidos o 93 decesos por cada 100 000 habitantes (“La triple crisis de Perú...”, 2020).

El número de contagios y la tasa de mortalidad presente en Perú contrasta con la estrategia de contención que implementaron las autoridades peruanas. Se trató de una enérgica estrategia de confinamiento acompañada de paquetes de ayuda para facilitar que los peruanos se quedaran en casa (Taj y Kurmanaev, 2020). Sin embargo, los resultados son paradójicamente similares a los de Brasil en donde el presidente Jair Bolsonaro deliberadamente socavó los esfuerzos de distanciamiento social (Paragassu, Brito y Fonseca, 2020).

El programa de contingencia en Perú comenzó en un contexto de relativa estabilidad macroeconómica. Las exportaciones mineras habían impulsado la riqueza nacional en las últimas décadas (Santillana Santos, 2006) –si bien también se observó incertidumbre frente a una perspectiva de un menor crecimiento por la disminución en la demanda de materias primas–. En Perú, 60% de las exportaciones totales es de minerales y, de estas, aproximadamente la mitad es de cobre (Jaramillo y Ñopo, 2020). Además, Perú es uno de los países de la región con menor deuda pública. En 2018, la deuda pública nacional ascendió a 25.7% del PIB, frente a Colombia con 40%, Brasil con 77%, o Argentina con 95%; es decir, debajo de un promedio regional latinoamericano de 42% (Zuniga Quiroga, 2019).

En este contexto, el gobierno peruano pudo disponer de 26 millones de dólares o 12% del PIB en las medidas de contingencia –una de las mayores inversiones de América Latina– (Ruiz Caro, 2020) para conseguir que los peruanos se quedaran en casa. De este fondo, hasta el 8 de septiembre se habían utilizado más de 20 299 millones de dólares para contener la pandemia (Guerra Vásquez, 2020). Parte de estos recursos se utilizarían para entregar subsidios de aproximadamente 105 dólares (380 soles peruanos) a familias que se encuentran en el sector informal durante los pri-

meros días de cuarentena en marzo y para fortalecer el sector salud (“Coronavirus. Cómo hace frente al COVID-19...”, 2020).

Aun con estas medidas, las perspectivas de aceleración del contagio fueron evidentes desde abril. A un mes de comenzar la cuarentena, Perú ya se situaba como segundo país de la región con mayor número absoluto de contagios después de Brasil. La principal explicación del gobierno nacional respecto del incremento en el número de contagios fue un aumento en el número de pruebas aplicadas. Entre la primera semana de abril y la segunda, el número de pruebas se multiplicó por 10 –10 de 1 000 pruebas aplicadas por día a 10 000– (Quigley, 2020). Sin embargo, la estrategia no tuvo el impacto esperado por tres diferentes motivos.

*1. Incumplimiento del distanciamiento social.* Miembros de la comunidad sanitaria concordaron en que la única explicación para el incremento era que no se estaba cumpliendo con el distanciamiento social. Inclusive, en regiones enteras de Perú, principalmente la Costa Norte y Amazonas, se desobedecía abiertamente la restricción de movimiento (Collyns, 2020). En Perú, donde 73% de la economía nacional depende de trabajadores que se encuentran en el sector informal o no regulado, el impacto de la parálisis parcial de la economía fue notorio (“Informal employment reached 73% in Peru”, 2020).

Según estimaciones de 2019, 12.2 millones de peruanos reciben un bajo salario y presentaban condiciones de trabajo precarias (Paredes Ramírez, 2019); de manera que la pandemia COVID-19 solo exacerbó el trabajo informal y desempleo. En agosto de 2020 se estimaba que, tras la pandemia, se habían perdido 7.7 millones de empleos, 43% del total. Entre 2019 y agosto de 2020, la población económicamente activa de Perú disminuyó de 17.9 millones de personas a 10.2 millones (“Bolsonaro asegura que gestión...”, 2020). La pérdida del empleo estuvo directamente asociada a la disminución de actividades productivas en el país. Tan solo en los dos primeros meses de la crisis sanitaria, únicamente se ocupó 44% de la capacidad productiva (Gamba, 2020). Estos grupos de personas tuvieron que buscar alternativas de ingreso, aun cuando se arriesgaban al contagio de COVID-19.

*2. Baja inversión en el sector salud previo a la crisis.* Perú es uno de los países de la región con el menor nivel de inversión en educación y salud pública (Collyns, 2020). De acuerdo con el investigador Eduardo Gotuzzo, la pandemia sorprendió “a Perú con una baja inversión en salud, con una escasez de camas hospitalarias y de cuidados intensivos, con personal mal pagado y un solo laboratorio capaz de procesar pruebas moleculares” (Pighi, 2020). En 2017, la inversión al sector salud tan solo alcanzó 3.16% del PIB (“Perú – Gasto público salud”, 2020). A pesar de que se

intentó ampliar la capacidad de atención, prevaleció la insuficiencia hospitalaria y escasez de insumos médicos como el oxígeno (Millán Valencia, 2020).

3. *Corrupción*. Los apoyos que había presupuestado el gobierno peruano para familias de escasos recursos no llegaron a todos los potenciales beneficiarios (Collyns, 2020). Aparentemente, el principal motivo es un problema estructural de corrupción. En Perú, tres expresidentes y un líder de la oposición han estado en la cárcel por sobornos, mientras que otro expresidente se suicidó para evitar ser procesado. Desde que inició el confinamiento se han abierto más de 500 investigaciones por los fiscales anticorrupción, un número importante de los casos obran sobre funcionarios que malversaron recursos destinados para ayudas o compra de protección personal (Taj y Kurmanaev, 2020).

Por otra parte, los resultados negativos en la atención de la crisis también tuvieron consecuencias en el ámbito político. Si bien en un inicio la percepción positiva sobre la estrategia del gobierno influyó en que la aprobación del presidente Vizcarra alcanzara 87%, en septiembre se enfrenta a un juicio político expedito, impulsado por legisladores del partido Unión por el Perú por un supuesto caso de obstrucción de justicia (Pérez Maldonado, 2020; Tegel, 2020).

Finalmente, desde aproximadamente inicios de agosto, Perú experimenta una disminución de los contagios y muertes por COVID-19: entre mayo y junio se registraron un promedio de 6 484 muertes mientras que, en la semana del 6 al 13 de septiembre, solo hubo 4 009 (“Perú cumple cinco semanas...”, 2020). La disminución de los contagios ha permitido flexibilizar las restricciones que se habían implementado. Por ejemplo, se levantó el confinamiento de domingos en ciertas regiones y se redujeron horarios del toque de queda. En suma, de acuerdo con datos del FMI (2020), las principales estrategias de política con corte al 10 de septiembre se observan en la Tabla 26.

Tabla 26. Políticas de respuesta centrales de Perú frente al COVID-19

Tipo	Política	Detalles
Fiscales	(i) Incremento al gasto en salud	Inversión de 0.5% del PIB para atender la crisis sanitaria
	(ii) Apoyo a grupos vulnerables	Transferencias directas para apoyar a hogares vulnerables. Inicialmente, se programó una inversión de 1.1% del PIB, pero, a finales de julio, se aprobó una transferencia adicional de 0.9% del PIB

Tipo	Política	Detalles
	(iii) Extensión en el plazo para presentar la declaración de impuestos	Una extensión de tres meses para la declaración de impuestos y flexibilidad en el pago de deudas fiscales (una reducción temporal de 2% del PIB)
	(iv) Apoyos a PYMES	Creación de un fondo de 0.1% para apoyar a PYMES para asegurar el capital circulante y refinanciar deudas. El programa se expandió a 0.5% del PIB
	(v) Tolerancia en el pago de servicios públicos	Aplazamiento para el pago de servicios de electricidad y agua en hogares
	En total, el plan fiscal aprobado por el gobierno representa una inversión de 7% del PIB	
Monetarias y financieras	Estímulos económicos	El Banco Central disminuyó la tasa de interés política en 200 puntos bases y está monitoreando la inflación para determinar el incremento de los estímulos monetarios en caso de ser necesario
	Reducción de los requisitos de las reservas	Proporcionar liquidez al sistema financiero mediante operaciones de inversión (8.8% del PIB) y ayuda de liquidez con garantía del gobierno para respaldar los préstamos y la cadena de pagos
	Clasificación de los préstamos a hogares y empresas	Modificación de los términos de préstamos a hogares y empresas afectados por el COVID-19 sin cambiar la clasificación de los préstamos
Tipo de cambio y balance de pagos	Mitigar conductas desordenadas en el mercado cambiario	El Banco Central interviene desde febrero en el mercado cambiario para mantener reservas internacionales. Actualmente continúan siendo relevantes con 35% del PIB

Fuente: Elaboración propia con base en datos del FMI (2020).

### *Perspectivas desde otros casos no regionales*

Al 1 de agosto de 2020 se ha confirmado un total de 17 396 943 casos confirmados de pacientes positivos por COVID-19. Los países con más casos confirmados son Estados Unidos, con 4 456 384; Brasil, con 2 610 102; India, 1 695 988 casos; Rusia, con 845 443; Sudáfrica, con 493 183 y México, con 416 179 casos confirmados (OMS, 2020). De acuerdo con datos de la OMS, los números históricos difieren por región. En el continente americano, los contagios siguen al alza con 9 320 000 casos. Europa, por el contrario, alcanzó el pico de contagios en abril y se ha logrado aplanar la curva con 3 357 000 casos actualmente. El sudeste asiático también sigue

al alza con un total de 2 000 072 casos. África parece haber alcanzado el pico recientemente y a la fecha cuenta con 788 000 casos.

El total de muertes ocasionadas por la enfermedad es de 675 060 casos, según la OMS. Los países con mayor número de casos fatales son Estados Unidos, Brasil y México, con 153 314, 92 475 y 46 688 muertes, respectivamente. Son seguidos por Reino Unido, India e Italia. La relación porcentual entre el número de casos y el número de muertes permite calcular el porcentaje de fatalidad en cada país. Este porcentaje puede ser un indicador de la resiliencia de la población, la efectividad de los servicios de salud y, por consiguiente, de la gestión gubernamental.

Los porcentajes de fatalidad más altos lo ocupan, en orden descendente, Yemen, Reino Unido, Bélgica, Italia, Francia, Hungría, Países Bajos y México. Yemen cuenta con 493 muertes de un total de 1 728 casos confirmados; esto muestra un porcentaje de fatalidad de 28.5%. Reino Unido tiene un porcentaje de fatalidad de 15.2%; Bélgica e Italia, de 14.2%; Francia y Hungría, de 13.3%; en tanto que en Países Bajos y México la fatalidad ronda 11.2% de los casos confirmados (Johns Hopkins University and Medicine, 2020). Sin embargo, es importante notar que, de acuerdo con Johns Hopkins University, las diferencias en las cantidades de casos reportados por cada país se deben a diversos factores: a) con mayor número de pruebas, se identifican más números de casos de bajo riesgo, lo que disminuye el radio de fatalidad en el país; b) características demográficas como la edad poblacional revelan que la mortalidad tiende a ser mayor entre personas de la tercera edad, por lo que países con porcentajes significativos de personas mayores tienden a tener tasas de fatalidad elevadas, y c) la respuesta y recursos de los distintos sistemas de salud provocan cantidades más grandes de casos fatales en países que destinan pocos recursos al sector salud y donde los hospitales sobrepasan sus capacidades.

*Estrategias.* Poco después de que en marzo de 2020 la OMS declarara el brote de coronavirus como pandemia, los gobiernos de –virtualmente– todo el mundo y sus principales ciudades emprendieron una plétora de acciones en distintos ámbitos. Entre otras, algunas de estas medidas fueron descuentos fiscales y medidas económicas; acoplamiento de los servicios de salud pública; restricciones parciales o totales sobre el funcionamiento de oficinas gubernamentales, establecimientos privados, educación y transporte público; políticas para ayudar a las personas sin hogar, acoger a mujeres y niños en situaciones de violencia doméstica y, finalmente, el cierre generalizado de fronteras (OMS, 2020).

A grandes rasgos, es posible clasificar estas medidas generales en tres grupos. En primer lugar, acciones sociales con el objetivo de aliviar las necesidades de las personas en cuarentena forzosa o sin hogar, así como garantizar los derechos humanos y laborales del personal médico y población en general. En segundo lugar, medidas sanitarias destinadas a la prevención, reducción de contagios y atención a población enferma. En tercer lugar, medidas económicas cuyo objetivo es combatir la falta de empleo la reducción de la demanda agregada y el cierre de pequeñas y medianas empresas, de las cuales dependen económicamente miles de familias.

Las medidas sanitarias, como el aislamiento, el cierre de comercios e incluso de fronteras, si bien protegen la salud de la población, a su vez han puesto en riesgo su economía y medios de subsistencia. En este sentido, las medidas económicas están destinadas a mitigar los efectos adversos de las medidas sanitarias que en algunos casos, se presentan de tal forma que, para algunos gobiernos, los medios y objetivos de ambos tipos de estrategias son contradictorios. Las capacidades e intereses de cada país, así como la percepción que los tomadores de decisiones tienen sobre la pandemia, pueden ser algunos de los factores que expliquen la variación entre las medidas adoptadas por distintos países y ponen en evidencia las prioridades de sus gobiernos.

Actualmente, a casi cuatro meses de la declaración por estado de emergencia, es posible apreciar los resultados surgidos de la adopción de ciertas estrategias. El tiempo en el que se actuó y el momento en el que se adoptan acciones destinadas a atender las necesidades sociales, sanitarias y económicas de las poblaciones, también han determinado el estado actual de los países. Por ello es relevante analizar los casos de éxito más prominentes en la actualidad y cuál fue el camino que gobiernos y sociedades recorrieron para llegar a pocos decesos por COVID-19, bajos niveles de contagios y una reapertura económica efectiva que no ponga en riesgo la salud de las personas.

*Japón.* Japón es un país insular del este asiático. Su sistema político es denominado como monarquía parlamentaria constitucional y sus demarcaciones territoriales lo dividen en 47 prefecturas. Cuenta con 125 507 472 habitantes en una extensión terrestre de 364 485 kilómetros cuadrados. En consecuencia, es un país con alta densidad poblacional, de alrededor de 344 habitantes por kilómetro cuadrado. Poco más de 40% de su población se encuentra en el rango de edad que va de los 55 años en adelante.

A la fecha, Japón ha reportado 35 836 casos (menos de 0.028% de su población), de los cuales 1 011 han resultado en muerte del paciente. Su tasa de fatalidad es de alrededor de 2.8% de casos positivos; muy baja para un país con tal densidad y edad

poblacional. Esto se debe a las medidas adoptadas por el gobierno japonés, así como a la respuesta temprana y positiva de la población ante las primeras acciones para controlar el brote infeccioso.

El 25 de febrero de 2020 el gobierno emitió las primeras políticas en respuesta a casos aislados de pacientes positivos para COVID-19 en distintas regiones del país. A pesar de que, para entonces, los casos no habían derivado en clústeres de infección, el gobierno decidió fortalecer el sistema de salud de manera preventiva y para atender a los pacientes existentes. A grandes rasgos, las medidas sociales adoptadas fueron las siguientes:

Difundir información clara entre la población, sector privado, turistas y gobiernos subnacionales y extranjeros; promover el trabajo a distancia y el descanso obligatorio para personal con síntomas de fiebre, gripa o similares; proveer de información y apoyo a la población japonesa en países donde la infección iba en ascenso; fortalecer el sistema de vigilancia temprana y pruebas en pacientes en riesgo; mantener un flujo constante de comunicación entre autoridades de carácter global como la OMS, gobiernos subnacionales y población; solicitar a las comunidades con pacientes infectados evitar salir de sus hogares con el objetivo de controlar la infección; cerrar temporalmente las escuelas a cargo de los gobiernos locales; recibir a pacientes sospechosos en instituciones médicas y promover que pacientes con síntomas graves no dejen sus hogares; preparar los recursos necesarios para la atención de población en riesgo, incluyendo tercera edad y personas con enfermedades agravantes; suspender el ingreso de viajeros al país; y aumentar la producción de máscaras, desinfectante y otros materiales sanitarios.

Para finales de marzo de 2020, el ministro de Salud, Labor y Bienestar reportó a Shinzō Abe, primer ministro de Japón, un ascenso en el número de casos. Poco después, se estableció la Fuerza de Tareas basada en el Acta sobre Medidas Especiales contra la Pandemia por Influenza. Además de continuar con las medidas iniciales, se fortaleció la contención de clústeres de infección a través de aislamiento voluntario. También se redujo la incidencia de casos severos y muertes mediante la vigilancia y cuidado médico apropiado especializado para la tercera edad. Finalmente, el gobierno buscó minimizar el impacto social y económico promoviendo el trabajo a distancia y la movilidad por etapas para evitar congestión en transporte público; todo, en complemento a las medidas de protección obligatorias, como el uso de mascarillas, desinfectante y distanciamiento social.

El 7 de abril, la Fuerza de Tareas declaró estado de emergencia y las políticas aplicadas en marzo fueron revisadas y complementadas por nuevas medidas. Para entonces, las prefecturas de Saitama, Chiba, Tokyo, Kanagawa, Osaka, Hyogo y Fukuoka eran las zonas de mayor riesgo. Dichas prefecturas solicitaron a su población evitar salir de sus hogares en los siguientes días, hasta el 6 de mayo. Las únicas excepciones fueron la visita a hospitales, compra de alimentos, medicinas y necesidades diarias, ir al trabajo e incluso salir a ejercitarse. La necesidad de minimizar el impacto social y económico llevó al gobierno japonés a la decisión de no tomar medidas extremas, como el cierre de emergencia de ciudades, implementado en otras partes del mundo. Las acciones adoptadas aún permiten la continuidad de las actividades del personal médico, con consideraciones a sus derechos humanos, del personal gubernamental y otras instituciones públicas, así como de negocios esenciales para la estabilidad económica de las familias y de la nación en agregado.

El último comunicado del gobierno japonés describe la última revisión de las medidas y resultados al 25 de mayo. En este comunicado, el gobierno reconoce una reducción en el número de casos reportados diariamente desde la declaración de estado de emergencia. Esto inspiró un relajamiento de las medidas y un aumento gradual del nivel de actividades socioeconómicas. Las medidas sanitarias fueron adoptadas como un “nuevo estilo de vida” ampliamente aceptado. Se instó a los operadores comerciales a implementar pautas para la prevención de infecciones y, así, poder llevar a cabo sus actividades. El monitoreo mejoró con el desarrollo del sistema de vigilancia y el constante intercambio de información entre gobiernos locales y extranjeros. Finalmente, las autoridades reconocen y comunican que el riesgo de propagación de la infección persiste, por lo que las medidas adoptadas con anterioridad siguen en ejecución de la mano con la reapertura económica.

El énfasis de las medidas adoptadas por el gobierno ha estado constantemente en equilibrio entre las medidas económicas sociales y, en menor medida, sanitarias. El gobierno considera que las restricciones a las libertades y derechos de las personas deben ser mínimas, por lo que se dio prioridad al sostenimiento del comercio y empleo. Los gobiernos locales de las prefecturas cubiertas por la declaración de emergencia, al principio, solicitaron a los residentes que cooperen voluntariamente para evitar salir de casa. Esto es evidencia de que la prioridad gubernamental fue la difusión de información, los derechos de su población y su sostenimiento económico. Aunque las medidas de aislamiento no fueron forzosas, el estado tomó las prevenciones para asegurar el abasto de materiales de cuidado necesarios para que los trabajadores y comerciantes pudiesen continuar con sus

actividades con todas las precauciones. Si bien, la responsabilidad del cuidado sanitario se dejó mayormente en manos de la población, los habitantes de Japón demostraron un alto grado de compromiso con las medidas recomendadas por su gobierno.

*Nueva Zelanda.* Al sudeste de Australia, en el continente oceánico, se encuentra un grupo de islas que conforman Nueva Zelanda. Es un país con monarquía constitucional parlamentaria perteneciente al Commonwealth británico. Sus divisiones administrativas componen al país de 16 regiones con una extensión terrestre de 264 537 kilómetros cuadrados. Su población está compuesta por 4 925 477 habitantes, de los cuales solo 27.4% es mayor a 55 años. Su densidad poblacional es baja, de tan solo 18.6 personas por kilómetro cuadrado.

Al primero de agosto se han reportado 1 562 casos que representan 0.03% de la población total. De estos casos, 22 han derivado en muerte del paciente, por lo que la tasa de fatalidad por COVID-19 en el país es de alrededor de 1.4%. De acuerdo con el Departamento de Vigilancia Sanitaria de Nueva Zelanda, actualmente hay solo 25 casos activos en todo el país. Un primer vistazo a las características de Nueva Zelanda sugiere que tres factores son determinantes para la relativa estabilidad del país durante la pandemia: bajo número de habitantes, la poca densidad poblacional y, sobre todo, el hecho de que Nueva Zelanda, al igual que Japón, es un país insular y no cuenta con fronteras terrestres. Para estos países, el cierre de fronteras es más sencillo que para países que comparten fronteras terrestres. No obstante, no deja de ser relevante analizar la respuesta del gobierno y sus estrategias adoptadas.

A grandes rasgos, el gobierno ha adoptado acciones enfocadas en el cuidado de la salud de sus habitantes centradas en controles fronterizos, la realización constante de pruebas y vigilancia epidemiológica, respuesta y aislamiento rápidos ante nuevos casos y el apoyo público para prevenir futuros contagios. Estas últimas consisten en medidas de higiene y control de movilidad poblacional.

Las personas dentro de Nueva Zelanda pueden viajar y mezclarse dentro del país con mayor libertad. Sin embargo, el gobierno mantiene las fronteras controladas para evitar el ingreso de nuevos contagiados. Las personas que pretendan ingresar al país deben permanecer en aislamiento controlado durante al menos dos semanas además de completar una evaluación de salud que incluye una prueba por COVID-19. Solamente pueden ingresar residentes de Nueva Zelanda, incluyendo a familiares, socios y ciudadanos de países de la mancomunidad, las Islas Cook, Niue, Tokelau y Australia. Personas de cualquier otro país no pueden ingresar, a menos que tengan

motivos específicos para solicitar su exención, como ser trabajadores esenciales o por razones médicas. Al recibir repatriados, se les aloja en instalaciones de aislamiento administradas por el gobierno. En estas instalaciones se mantiene en cuarentena a personas que presenten síntomas de forma separada a aquellas sin síntomas. Para poder abandonar las instalaciones, es necesario que se dé aval médico que demuestre que el paciente no ha dado positivo por COVID-19 o no es un caso probable, no tiene síntomas y no presenta una temperatura superior a 38 grados centígrados.

El plan de vigilancia epidemiológica es el segundo pilar de la estrategia general de eliminación de la enfermedad. Este plan establece metas y objetivos que se adaptan a las capacidades de respuesta y prioridades emergentes en el país. De junio a agosto de 2020 se implementó un sistema nacional para detectar y eliminar nuevos casos. Los objetivos de este enfoque de prueba son: identificar rápidamente todos los casos de COVID-19 para aislarlos; rastrear y ponerlos en cuarentena; garantizar que el acceso a las pruebas sea equitativo para la población maorí y del Pacífico, además de otros grupos prioritarios; identificar cualquier propagación comunitaria no detectada previamente, y monitorear a las personas con mayor riesgo de exposición al virus para ayudar a garantizar que los sistemas de seguridad estén funcionando. Este enfoque de prueba es llevado a cabo por el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda y el grupo All-Of-Government con la cooperación de la sociedad civil.

Afortunadamente, las comunidades neozelandesas han aceptado ampliamente las medidas de control, identificación y aislamiento para restringir la propagación del virus. Estas incluyen el distanciamiento físico, prácticas de higiene, quedarse en casa en caso de presentar síntomas leves, entre otras. Todas estas medidas son voluntarias y, hasta la fecha, solo ha habido un número relativamente pequeño de incumplimiento. Este logro se debe a la práctica continua de estrategias de comunicación claras con el objetivo de informar a las diversas comunidades, grupos sociales y etnias del país.

*Dinamarca.* Al norte de Europa central se encuentra la península de Dinamarca y un archipiélago en el mar Báltico que forma parte del país. Se trata de una monarquía constitucional parlamentaria dividida en cinco demarcaciones territoriales con una extensión de 42 434 kilómetros cuadrados. Su población actual es de 5 869 410 habitantes, de los cuales, 32.54% es mayor a 55 años. Su densidad poblacional es media, con 138.3 personas por kilómetro cuadrado. Comparte frontera con Alemania en su borde sur a lo largo de 140 kilómetros. Al este, comparte frontera marítima con Suecia en el Báltico y al oeste colinda con el mar del Norte.

Se han reportado 14 028 casos al primero de agosto de 2020. Esto representa 0.23% de la población total. De estos casos, 615 han derivado en muerte del paciente, por lo que la tasa de fatalidad por COVID-19 en el país es de alrededor de 4.4%. La estrategia de Dinamarca consideró en un principio prevenir la propagación de la infección a través del aislamiento de las personas con síntomas, el rastreo de casos de contacto cercanos y la emisión de recomendaciones generales de higiene adecuada y distanciamiento físico.

El gobierno danés reconoce que no es posible erradicar por completo el virus. Aunque en este último mes parece que la curva de contagios se ha aplanado, las medidas de rastreo, aislamiento e higiene siguen siendo implementadas, al tiempo que toman prevenciones para un eventual repunte en los contagios. Para romper las cadenas de infección, el gobierno continúa realizando pruebas para rastrear a quienes han estado cerca de alguien infectado con un nuevo coronavirus.

Las autoridades reconocen el estancamiento en los contagios como una oportunidad para revisar sus estrategias, modificarlas y proponer acciones más sostenibles, efectivas y en el largo plazo para tratar con el COVID-19. Una vez alcanzada esta relativa estabilidad, el gobierno está adoptando un enfoque de apertura gradual, manteniendo las medidas de seguridad, pero sin comprometer el bienestar y la salud mental de la población. No obstante, esta nueva generación de medidas no se ha delineado por completo, y las autoridades danesas sugieren que continuarán ajustando su respuesta y el manejo de la situación a medida que surjan nuevas necesidades y conocimientos para combatir la pandemia.

## Mejores prácticas y recomendaciones de política pública en el contexto del COVID-19

A pesar de que existían motivos y alertas que hacían urgente la preparación para una potencial pandemia, las características no predecibles del COVID-19 ocasionaron que la atención no fuera la óptima –bajo estándares elaborados para otros patógenos y enfermedades no necesariamente compatibles–. Gobiernos nacionales y la OMS han tenido que modificar las estrategias propuestas sobre la marcha ante nuevos hallazgos y situaciones y, en la mayoría de los casos, la respuesta ha resultado insuficiente y las victorias han sido momentáneas. Hoy por hoy, por ejemplo, a pesar de una disminución y contención inicial, se registra un segundo brote de la pandemia en Europa. Para mediados de septiembre la OMS registraba un incremento de casos de más de 10% en varios países europeos, entre estos España que registraba más casos en septiembre que en los puntos más álgidos de mediados de marzo.

Actualmente resulta imposible afirmar que hay un único camino o una serie de prácticas o planes de acción, dicho de otra manera, no existe un consenso respecto de la atención del COVID-19. Además, la crisis aún continúa, la pandemia no ha terminado por lo que no se han podido evaluar a cabalidad las políticas públicas propuestas por gobiernos, expertos y organismos internacionales para hacerles frente. Se recomiendan distintas líneas de acción o prácticas específicas como utilizar tapabocas, comprar respiradores o destinar un porcentaje determinado del PIB a las medidas de contingencia sanitaria o de apoyo a la población que fue afectadamente económicamente por la recesión causada por la crisis. Sin embargo, más allá de recomendaciones concretas para cada caso, conviene tener claro algunos aspectos generales en función del desempeño gubernamental en el contexto de esta crisis que pueden servir para enfrentarla.

A partir de la experiencia en Reino Unido, The Health Foundation (Dunn, Allen Cameron y Alderwick, 2020) recomienda poner atención en los siguientes aspectos para el diseño e implementación de políticas nacionales frente al COVID-19:

1. *Narrativa de política pública.* Se tiene que establecer de forma clara el desarrollo de la estrategia de gobierno frente al COVID-19, las políticas o programas que se están llevando a cabo; específicamente, cómo se han implementado y cuáles son sus resultados parciales y cómo se ha presentado la información a la población y mediante qué medios se ha difundido (redes sociales, medios de comunicación tradicionales, plataformas digitales).
2. *Mediciones para contener el contagio.* Debe haber un enfoque en políticas específicas para contener y restringir el contagio del COVID-19, desde el uso de tapabocas hasta medidas de distanciamiento o sanitarias, restricciones de transporte, pruebas de diagnóstico, rastreo de contagios y la respuesta general del sistema de salud para contenerlo.
3. *Respuesta del sistema de salud y de seguridad social.* Se trata de establecer una serie de lineamientos sobre la respuesta de las instituciones encargadas del sector salud y de seguridad social; en ese sentido, se subraya la información sobre cómo se está llevando a cabo la atención, cambios de políticas, de financiamiento o recursos para la atención, capacidad, trabajadores del sector y regulación. Más allá de evaluar y atender las consecuencias de la crisis sanitaria en estos sistemas, se busca mejorar las condiciones actuales con base en un aprendizaje constante.
4. *Promoción de la investigación y el desarrollo.* Se busca que las intervenciones de gobierno apoyen la investigación y desarrollo de políticas frente al COVID-19;

incluye destinar recursos al desarrollo de tratamientos, vacunas y terapias para curar la enfermedad, o de guías, manuales, programas y políticas que guíen el actuar del gobierno.

5. *Intervenciones económicas, sociales y de gobierno.* Los gobiernos deben atender las consecuencias económicas y sociales del COVID-19; es decir, deben poner en marcha medidas para apoyar la economía, las personas, y el incremento de servicios públicos y atenciones sociales por medio de cambios a la legislación y ampliación del papel que desempeña el Estado en la economía y sociedad.

En ese sentido, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas (2020) recomienda poner atención en cinco aspectos sobre el papel de los funcionarios públicos frente al COVID-19:

1. *Fortalecimiento de las instituciones públicas.* Desarrollo integral de las capacidades del servicio público en el contexto de la pandemia. Los gobiernos tienen que asegurarse que haya cobertura suficiente del servicio público en el contexto de la crisis sanitaria; es decir, que no haya reducciones de sueldo, de áreas de gobierno o disminución de funcionarios. Asimismo, se deben ofrecer incentivos para la productividad y equipo de protección adecuado para que continúen llevando a cabo sus funciones, sean estas en las oficinas gubernamentales o a distancia por medio de herramientas tecnológicas. En suma, los gobiernos deben invertir en una gestión pública que funcione adecuadamente en el contexto, así como en las condiciones que permitan que haya funcionarios públicos que realicen sus tareas de forma efectiva.
2. *Prevención y preparación en contextos de crisis.* Institucionalizar las alertas tempranas, la planificación de emergencias, y la preparación y rápida respuesta del servicio público frente al COVID-19. Los gobiernos deben establecer y operar de manera efectiva y permanente marcos institucionales coordinados que permitan llevar a cabo planes que permitan auxiliar a los funcionarios públicos a anticiparse y prepararse en el contexto de la actual pandemia: buscar señales de crisis, encontrar soluciones oportunas y responder adecuadamente para aminorar las consecuencias de la crisis y evitar efectos severos.
3. *Cooperación y aprendizaje institucional.* Trabajar en red o en equipo, colaborar, compartir, aprender de las mejores prácticas y de los errores para construir mejores y más efectivos servicios públicos, para la actual y para posteriores crisis y pandemias. El Estado debe ofrecer las condiciones y facilitar mecanismos

para que los servidores públicos cooperen entre sí, con otras áreas, y con otros ámbitos de gobierno local y estatal; de esta forma, se pueden compartir mejores prácticas y llevar a cabo un proceso de aprendizaje continuo que permita encontrar soluciones rápidas frente a la pandemia y en el futuro en contextos de otras crisis sanitarias.

4. *Liderazgo flexible.* Mantener el desarrollo de un liderazgo receptivo, responsable y centrado en las personas que conforman las instituciones del sector público. La pandemia de COVID-19 ha demostrado que en tiempos inciertos se requiere de un liderazgo ecuánime, creíble, legítimo, centrado y confiable en la administración pública; esto significa reconocer la necesidad de adaptarse y cambiar constantemente frente a la pandemia, tanto en políticas como en acciones concretas para contenerla –ya sea por nueva información respecto de los resultados de ciertas prácticas o nuevas e innovadoras herramientas para contener riesgos sanitarios.
5. *Presupuesto orientado a la crisis.* Proporcionar recursos financieros para las pandemias y crisis antes de que ocurran. Los gobiernos deben proporcionar recursos presupuestarios preventivos suficientes para atender emergencias y crisis sanitarias. Por la pandemia de COVID-19 se ha tenido que reorientar el presupuesto de muchos Estados de forma repentina, probablemente más de lo que habrían gastado si ya lo hubieran previsto en sus presupuestos de prestación de servicios públicos.

En el caso de América Latina y el Caribe, la ONU (2020a) recomienda implementar un plan ambicioso que permita construir y consolidar sistemas de bienestar y protección social que contribuyan a la recuperación económica. Esto debe estar sustentado, a su vez, en un fortalecimiento de las políticas industriales y tecnológicas para promover la productividad, trabajos decentes, y las capacidades para el crecimiento sustentable y de adaptación a circunstancias de crisis. Por ese motivo, consideran necesario evaluar la aprobación de reformas fiscales que garanticen políticas progresivas y contra la evasión fiscal. También es necesario robustecer las herramientas de transparencia y rendición de cuentas, así como un correcto ejercicio del Estado de derecho que fortalezca la democracia y la presencia del Estado en territorios controlados por grupos armados u organizaciones criminales. Finalmente, recomiendan relanzar una agenda multilateral basada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015-2030. Adicionalmente, sugieren una serie de políticas concretas durante la crisis sanitaria:

- Evitar la polarización política, privilegiar el trabajo conjunto.
- Participación igualitaria entre mujeres y hombres en el proceso de toma de decisiones.
- Adaptar el marco normativo nacional a las medidas de emergencia de manera que las políticas y programas que se implementen sean legales, y posibles de evaluar y fiscalizar.
- Las respuestas de los Estados deben privilegiar el respeto por los derechos humanos.
- Las instancias de control interno, auditoría y afines deben supervisar las medidas frente al COVID-19 para identificar riesgos potenciales en las políticas implementadas.
- En ese sentido, debe instaurarse un sistema de información y de datos desagregados que permitan un adecuado ejercicio de rendición de cuentas sobre las decisiones del gobierno durante la pandemia.
- Se debe promover la inclusión y la transparencia por medio de la publicación oportuna y continua sobre la pandemia, contagios y muertes del COVID-19 en formatos de fácil y libre acceso por medio de distintos canales, considerando la necesidades de ciertos grupos poblacionales vulnerables o en riesgo.
- Las decisiones sobre elecciones, incluyendo la alteración de calendarios electorales o del proceso electoral, tienen que basarse en proceso de consulta amplio que garanticen participación e inclusión y credibilidad en sus resultados.
- Se deben fortalecer las capacidades locales y de coordinación entre niveles de gobierno para enfrentar la crisis.
- En lugares con conflictos armados debe procurarse un armisticio o cese momentáneo del enfrentamiento que permita implementar de forma adecuada las políticas de mitigación frente al COVID-19 sobre todo en poblaciones vulnerables.

En ese sentido, *Open Government Partnership* (2000) considera que la actual crisis sanitaria ha puesto en entredicho los valores del gobierno abierto, la transparencia y la rendición de cuentas; sin embargo, defiende la idea de que incluso en contextos de crisis estos principios contribuyen a que las políticas frente a la pandemia tengan mejores resultados. En ese sentido, recomiendan poner atención a los siguientes puntos:

- Respuestas desde la ciudadanía, incluyendo grupos comunitarios, voluntarios y asociaciones vecinales, sindicatos, asociaciones, maestros, entre otros. Estos informan sobre los riesgos y pasos a seguir frente a la pandemia.

- Estrategias participativas frente a la crisis sanitaria, incluyendo un trabajo de la mano de la ciudadanía y sociedad civil.
- Construir confianza entre el gobierno y los ciudadanos, incluyendo una comunicación social clara y exhaustiva que se enfoque en ofrecer a la población vulnerable por la pandemia la información que requiere.
- Promover la transparencia y el acceso a datos sobre las estrategias de gobierno y los efectos de la pandemia.
- Creación de plataformas digitales o aplicaciones que permitan que los ciudadanos estén informados y participen en las decisiones públicas.
- Provisión o pago de servicios públicos por medio de plataformas digitales.
- Promover el derecho de acceso a la información y la protección de datos personales.
- Evitar la desinformación y la difusión de noticias falsas, sobre todo en redes sociales.
- Publicar información proactiva sobre la pandemia y medidas de prevención del contagio para las comunidades afectadas por la pandemia y para la población vulnerable, incluyendo información sobre programas de apoyo económico y social.

El Banco Interamericano de Desarrollo (2020) recomienda una serie de acciones orientadas a los países de la región:

1. Proteger los hogares más afectados por la crisis por medio de: a) fortalecer y ampliar programas e instrumentos existentes, b) utilizar nuevos instrumentos focalizados –moratoria a impuestos de la canasta básica o a medicamentos, equipo médico, electricidad, gas, agua; también se pueden establecer extensiones de pago de servicios, acuerdos con bancos e instituciones de seguro para evitar los desalojos por atrasos en pago de hipotecas, ofrecer seguros de desempleo, garantizar el abasto de mercancías, y políticas para proteger poblaciones vulnerables como migrantes.
2. Proteger a los trabajadores y a las empresas, y minimizar los efectos sistemáticos de la pandemia en la economía. Evitar que la crisis genere un colapso en el sistema financiero y de pagos, proteger el empleo y el crecimiento del sector informal, impedir la bancarrota de empresas usualmente solventes pero sin liquidez por la pandemia (préstamos, extensión de impuestos) y promover una rápida reactivación después de la crisis.

3. Fomentar una visión pragmática y flexible que se ajuste a una realidad cambiante. Para atender los efectos sociales, económicos y sanitarios de la crisis se tienen que implementar distintas medidas desde diferentes sectores y adecuar las respuestas a la evolución de la crisis sanitaria y económica para aminorar el cierre de negocios y el desempleo, y tomar en cuenta que tanto el presupuesto como la información sobre la crisis es limitada.
4. Asegurar una respuesta coordinada que permita gestionar la crisis. Los gobiernos tienen que establecer instancias de coordinación de alto nivel con objetivos y cronogramas claros, así como reglas para destinar recursos materiales, humanos y presupuesto a las medidas para contener la crisis.
5. Continuar políticas de transparencia respecto de las decisiones gubernamentales durante la pandemia. Se tiene que garantizar, sobre todo durante la crisis, que los recursos y las medidas del gobierno sean eficientes, y que estas cuenten con legitimidad y apoyo de la ciudadanía; ofrecer información clara sobre adjudicaciones directas y contratos, así como en otros aspectos del gasto público durante la pandemia.
6. Garantizar comunicación constante coherente e integral. La comunicación del gobierno hacia la ciudadanía respecto de las medidas de confinamiento, distanciamiento y sanitarias, así como de vuelta a la libertad de esparcimiento, es fundamental. Se tiene que evitar y contener información falsa, de manera que el gobierno se convierta en una fuente de información confiable sobre la pandemia y los riesgos inherentes a esta.
7. Continuar con la provisión de servicios públicos y programas sociales. La provisión y calidad de los servicios de agua potable y energía eléctrica, por ejemplo, deben continuar y en los casos que se requiera, el Estado debe auxiliar a los proveedores privados de estos servicios para que no haya interrupciones.



# Modelo de rendición de cuentas y combate a la corrupción



### De los resultados de la investigación al modelo de rendición de cuentas

Esta investigación permitió identificar recomendaciones y mecanismos para la instrumentación de cursos de acción, dirigidos a optimizar las respuestas gubernamentales a situaciones de emergencia. No solo en el entorno del COVID-19, sino en cualquier otro semejante que sobrevenga. Gracias a la literatura revisada en materia de gestión de crisis, se entiende que estas implican un reto sustantivo para las administraciones públicas, no solo por la condición de exigencia que establecen y el entorno complejo –a veces caótico– en el que deben atenderse, sino también porque, dependiendo de la naturaleza de la emergencia, suelen exigir que los espacios de decisión se restrinjan a criterios técnicos muy concretos respecto del problema que se afronta. No obstante, la complejidad de la toma de decisiones en este tipo de escenarios no debería ser obstáculo para la transparencia y rendición de cuentas sino, por el contrario, incorporarse como uno de los criterios más relevantes para el manejo de la crisis. Si se considera que las decisiones públicas, de cualquier tipo y momento, deben estar sujetas y ancladas a la información pública, la puesta a disposición de todos los elementos vinculados con cada paso no debería implicar esfuerzos excepcionales para los gobiernos, más allá del orden administrativo.

Un elemento adicional para considerar, que también se ha discutido en el ámbito de la literatura especializada, es aquel que tiene que ver con la dificultad de adaptación de las administraciones públicas a circunstancias que alteran el estado de cosas en el que funcionan. Teniendo en cuenta esa complejidad –que es en realidad la expresión habitual del comportamiento administrativo– los ajustes institucionales para los momentos de atención de crisis deben asumir no solo la dificultad de las rutinas administrativas para adaptarse al cambio, sino también

la relevancia de los mecanismos ya establecidos para garantizar la transparencia y la rendición de cuentas. Esta idea prefigura la aceptación de un conjunto de desafíos institucionales como parte del contexto que ha de afrontarse, pero también la aceptación y el conocimiento pleno de las limitaciones administrativas. Es a partir de las restricciones reconocidas en la administración desde donde los gobiernos deben reaccionar frente a la crisis. Dada la situación excepcional, los Estados deben actuar excepcionalmente.

La respuesta a una crisis estará determinada, a su vez, por un lapso de emergencia, en función del cual la administración debe adaptar sus rutinas y procesos habituales para responder con sentido de urgencia a las nuevas condiciones. De otra parte, la adaptación debe ocurrir potenciando los medios disponibles para reaccionar con eficacia. Es en esa doble condición –el reconocimiento de las restricciones y la optimización de los medios disponibles con sentido de urgencia– donde los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas durante una emergencia se constituyen en las mejores herramientas para reconocer, organizar y trascender los momentos de mayor riesgo.

Que haya sentido de urgencia no significa, empero, que las acciones y las decisiones públicas que articulen la respuesta gubernamental omitan el marco normativo. Es cierto que, desde el diseño legislativo, es imposible la previsión de todas las situaciones que en el futuro puedan suceder y establecer exigencias extraordinarias para las administraciones públicas. Sin embargo, conviene subrayar que buena parte de las prácticas recomendadas para la gestión de crisis y, en particular, de la pandemia de 2020, tienen bases suficientes en el marco jurídico nacional mexicano. Además, debe considerarse que las buenas prácticas de transparencia, rendición de cuentas y combate a la corrupción que se incorporan en este informe, tienen sustento en los cambios normativos que han venido sucediendo en los últimos lustros y que ya están establecidos como obligaciones de las administraciones públicas. De ahí la viabilidad de las recomendaciones contenidas en este trabajo, pues ninguna de ellas se opone al marco constitucional y legal existente en México. Por el contrario, la tesis que debe combatirse es la que sostiene que la urgencia justifica todo, incluyendo el desconocimiento de la ley, el desorden administrativo o la opacidad en el registro de las decisiones.

De hecho, las prácticas recomendadas para establecer un método exitoso de respuesta a una crisis tienen que ver sobre todo con ajustes de prácticas, rutinas y procesos administrativos, no legislativos. En tal sentido, como se ha evidenciado en cada uno de los capítulos de este libro, los impedimentos para la transparencia

plena y la rendición de cuentas sobre las decisiones públicas en situaciones críticas atañen a la capacidad de imprimir orden a la información que se va produciendo sobre la marcha. Ninguna decisión pública, por su propia naturaleza, debe obviar la información suficiente para decidir, actuar y dar cuenta de las acciones y los resultados. El cimiento del recurso estratégico de la transparencia es la generación ordenada y sistemática de información, no solo para garantizar que las decisiones se puedan explicar y justificar, sino para ofrecer certeza a la sociedad, asegurar la comprensión colectiva de las decisiones adoptadas y producir, a un tiempo, confianza y colaboración. En este sentido, es fundamental entender que la transparencia –basada en el manejo inteligente de la información– no es un obstáculo sino uno de los principales recursos estratégicos de los gobiernos para conducir con éxito la salida de una crisis.

Los resultados sobre las áreas identificadas en la gestión de crisis, en los tres niveles de gobierno de México, permiten formular sugerencias derivadas de la experiencia internacional, en tres vertientes: a) análisis de las adquisiciones y contrataciones públicas con recursos federales en la atención a la crisis por COVID-19; b) análisis de acciones estatales y municipales en la atención a la crisis por COVID-19, con énfasis en buenas prácticas; c) análisis con información del INAI sobre transparencia y derecho de acceso a la información en la emergencia por COVID-19.

La primera permitió observar las carencias de información que, eventualmente, podrían convertirse en un problema adicional. En principio, la base de datos utilizada, que se encuentra publicada en el portal de Compranet, evidenció dificultades de diseño que reclaman trabajo experto para el tratamiento de su contenido: lo opuesto a las recomendaciones básicas de accesibilidad y facilidad para que cualquier persona conozca y comprenda las decisiones del gobierno. En otro sentido, el análisis de la información ya depurada evidenció problemas de calidad de la información publicada, relacionados con la falta de medios para explicar y justificar las decisiones especialmente delicadas, como las compras. Y con más razón, cuando la emergencia ha exigido emplear la adjudicación directa como el principal medio de contratación y a sabiendas de que mientras mayor sea el sentido de urgencia, mayor debe ser la capacidad de los gobiernos para justificarlo. La información debe complementarse con detalles técnicos específicos derivados del registro de las compras y de los contratos otorgados, a fin de conjurar el riesgo de la desconfianza pública durante el manejo de la crisis. Y lo mismo puede decirse sobre los criterios de selección y distribución de los productos adquiridos entre unidades médicas y aún entre pacientes. La ausencia de información propicia

no puede interpretarse como una evidencia de prácticas negligentes o corruptas, pero tampoco permite negarlas de manera inequívoca. Y en todo caso, impide una evaluación rigurosa sobre la forma en que se emplean los recursos destinados a enfrentar la crisis sanitaria.

Una de las fuentes elegidas para construir un modelo de rendición de cuentas y combate a la corrupción, es la iniciativa llamada: “Gobernanza de las emergencias en las ciudades y las regiones” (EGI, por sus siglas en inglés), liderada por Ciudades y Gobiernos Locales Unidos (CGLU), Metropolis y LSE Cities, de la London School of Economics and Political Science. Como se verá enseguida, sus resultados se vinculan en más de un sentido con los de esta investigación y, sin duda, con el modelo que se propone en este apartado final.

### *Vértientes de la estrategia gubernamental frente al COVID-19*

La iniciativa “Gobernanza de las emergencias en las ciudades y las regiones” (CGLU, 2020) considera a las crisis como oportunidad para la innovación gubernamental. Frente a las necesidades planteadas por las situaciones de emergencia, los gobiernos tienen la oportunidad de responder adaptándose a esos retos y aprovechándolos para desarrollar estrategias en tres rubros:

1. Liderazgo y autoridad, que en este informe se ha caracterizado como “liderazgo gubernamental”, reforzado con la mejora de la capacidad de los gobiernos para comunicar información clara, verdadera y sencilla sobre la crisis y las respuestas gubernamentales a esta. Como ejemplo de este tipo de estrategia, que tiene anclaje en nuevas formas de comunicación gubernamental, se señala el caso de Bogotá, que:

(...) ha enmarcado su estrategia de acción sobre el COVID-19 en torno de un nuevo enfoque de política pública conocido como “cultura ciudadana”, que pretende capacitar a los ciudadanos para que formen parte de la solución de los problemas públicos. Este enfoque se centra en el intercambio de información y datos de un modo transparente y accesible, a la vez que prioriza el dar voz y aprender de los ciudadanos (...). Esto ha generado un sentimiento de corresponsabilidad en cuanto a las medidas de confinamiento entre el gobierno y la población. Asimismo, se ha fortalecido la confianza en el gobierno mediante la centralización de los canales de comunicación y mostrando honestidad acerca de los éxitos y los fracasos de la respuesta a la emergencia (rendición de cuentas) (CGLU, 2020).

2. Cooperación y colaboración de actores clave, como el conjunto de mecanismos que permiten la vinculación de la estrategia gubernamental frente a la emergencia con aquellos otros actores que podrían estar interesados en invertir recursos y esfuerzos institucionales en la atención de la crisis. Como ejemplo de este tipo de estrategia se señala a Barcelona, que:

(...) experimentó con un nuevo método de toma de decisiones basado en el consenso para orientar su estrategia de recuperación del COVID-19, mediante un mecanismo de gobernanza informal que no requirió ninguna adaptación de la legislación municipal existente. El Pacto por Barcelona pretende obviar las divisiones partidistas y las diferencias ideológicas para reunir a más de 200 actores urbanos en torno a la mesa para establecer un proceso co creativo y participativo sobre temas transversales, en lugar de hacerlo desde un enfoque más sectorial (...) Barcelona ha demostrado que la voluntad política y la adopción del valor del compromiso puede ofrecer oportunidades para la creación de nuevas herramientas participativas de toma de decisiones, incluso en tiempos de crisis (gobiernos en una lógica de *responsiveness* o receptividad de las demandas y expectativas de las personas) (CGLU, 2020).

3. Tecnología de la información y gestión de datos, que en esta investigación se ha vinculado con los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas no solo sobre la emergencia, sino también sobre las respuestas gubernamentales a esta. Como ejemplo de este tipo de estrategia se menciona a Seúl, que

(...) ha aprovechado la flexibilidad institucional y la ausencia de burocracia excesiva para adaptar las capacidades y estructuras tecnológicas existentes y desarrollar una estrategia de seguimiento rápida, precisa y transparente como respuesta a la emergencia del COVID-19. Con el uso del big data, la estrecha colaboración con otras esferas de gobierno y la participación pública a través de tecnologías innovadoras, Seúl ha logrado mantener la transmisión del virus bajo control. Proteger a los usuarios de posibles violaciones de su derecho a la privacidad sigue representando una cuestión clave para la siguiente fase en las ciudades que utilicen el análisis del big data (CGLU, 2020).

Debe enfatizarse que el modelo propuesto a continuación, como resultado de este proyecto, se enfoca únicamente en la mejora de la gestión gubernamental durante un momento de emergencia y presupone que el entramado institucional diseñado para

la vigilancia, control interno y externo y la evaluación de las decisiones y políticas públicas mantiene su acción durante la emergencia. Es decir, el modelo se considera como una estrategia para optimizar el desempeño de las administraciones públicas, tanto en materia de generación de datos claros y útiles, como para concitar la mayor colaboración posible de otros actores. A la par, se espera que las instituciones públicas que tienen funciones de vigilancia, control y asignación de responsabilidades mantengan su acción de alerta y contrapeso. Y, como elemento adicional, el modelo permite la incorporación de la participación, vigilancia y acompañamiento ciudadanos a la gestión de la emergencia.

### *Sustento conceptual del modelo de rendición de cuentas y combate a la corrupción*

En principio, debe decirse que el modelo tiene sustento conceptual en tres definiciones: a) transparencia, b) rendición de cuentas y c) corrupción y su combate. Estas bases conceptuales se entienden como criterios transversales en las líneas de acción sugeridas en este informe.

En primer término conviene puntualizar que la transparencia como criterio obligatorio para las administraciones públicas en México ha tenido una larga trayectoria, desde la publicación de la primera legislación en la materia, a principios de la primera década de este siglo. En ese sentido, los marcos normativos sobre transparencia y derecho de acceso a la información en México han evolucionado en sentido incremental; es decir, ampliando los medios para el acceso a la información pública, a la vez que aumentando la estructura de obligaciones a las que deben responder las instituciones públicas. Pero, más allá de la idea según la cual la transparencia articula una estrategia que se traduce en obligaciones de los entes públicos, también debe asimilarse como elemento de base para un mejor ejercicio de la gestión pública. Significa que en cualquier escenario, sea problemático o no, las administraciones públicas deberían desarrollar sus actividades con la transparencia como elemento transversal, a riesgo de producir efectos adversos en la calidad de los resultados que ofrecen a los ciudadanos, generar espacios administrativos en los que se encuentra ausente la vigilancia y producir tensión y desconfianza innecesarias; además, la opacidad auspicia que se generen contextos administrativos en los que se incrementan los incentivos para eludir responsabilidades, actuar con negligencia o cometer actos de corrupción. Si en circunstancias no críticas es fundamental que el ejercicio gubernamental suceda a la luz del día y con la más plena comprensión de los ciudadanos, en situaciones de emergencia esta multiplica su importancia.

Al margen de las obligaciones legales de transparencia, que dan un marco suficiente para la respuesta ordenada y rutinaria de las administraciones públicas a la generación y publicación de información, los mecanismos de transparencia se consideran buenas prácticas para la construcción del primer escalón de la rendición de cuentas. Es decir, la transparencia es una condición sin la cual no puede existir la rendición de cuentas. En otro sentido, la transparencia permite la disponibilidad, accesibilidad y publicidad de la información gubernamental, pero estas tres características no se cumplen por sí mismas. De tal suerte que las políticas de transparencia, aunque parezca redundante, deben establecer las condiciones básicas para que la información efectivamente reúna los elementos necesarios para garantizar que esté disponible, accesible y pública.

En escenarios de emergencia, en los cuales las decisiones públicas deben tomarse con mayor rapidez y sus traducciones administrativas también deben suceder con sentido de urgencia, la transparencia exige que cada proceso produzca evidencia documental para asegurar que llegue a la ciudadanía la información sobre cada paso de las decisiones públicas y su implementación. A lo expuesto debe añadirse un criterio adicional: la transparencia no puede limitarse al cumplimiento de lo mínimo, sino adquirir una lógica de proactividad que favorezca su uso inteligente y estratégico. La proactividad de la transparencia supone el reconocimiento explícito de la esfera pública en la que se toman decisiones y aconseja la focalización, sobre la base de la materia que se emplea: claridad absoluta en el uso de los dineros públicos, nitidez en las razones empleadas para construir las decisiones y precisión en la entrega de los resultados. La condición de proactividad reclama el uso de tecnologías de la información, así como de las herramientas propias del gobierno abierto, no solo para garantizar que la información esté disponible y sea accesible, sino que su actualización sea cotidiana.

Al mismo tiempo, dado el espacio que se abre para la participación ciudadana, la transparencia es también un recurso sin el cual no es posible afirmar la confianza ciudadana en un periodo largo. Como se ha dicho, si este tipo de líneas de acción tienen relevancia en momentos no críticos, durante periodos de atención a emergencias son esenciales, pues no solo se vinculan con la provisión suficiente de información a la población afectada o susceptible de ser afectada, respecto de los pormenores de la crisis y de las respuestas de los gobiernos a esta, sino también con la disposición de los insumos que permitan evaluar la evolución y el tratamiento de la crisis.

El segundo de los sustentos conceptuales del modelo que, como se ha dicho, se consideran criterios transversales a las respuestas gubernamentales a cualquier

tipo de emergencia, es el de la rendición de cuentas. Entendida como el ejercicio permanente de informar y justificar las decisiones públicas, la rendición de cuentas se basa, como se ha dicho, en el manejo inteligente de la información. Pero la rendición de cuentas supone además un conjunto de buenas prácticas en materia de gestión documental, uso de la información en los procesos de asignación presupuestaria, contabilidad gubernamental, adquisiciones y contrataciones públicas invariablemente abiertas a la sanción pública, monitoreo y evaluación, fiscalización, responsabilidades públicas bien asignadas y capacidades profesionales inequívocas.

La transparencia y la rendición de cuentas se consideran elementos imperativos para la gestión pública, sin importar las circunstancias en que se ejerza. Pero como se ha reiterado, la respuesta a emergencias configura situaciones en las que revisten todavía mayor importancia, pues, como lo ha evidenciado la pandemia por COVID-19 o el proceso de reconstrucción posterior a los terremotos de 2017, la población requiere información confiable y clara sobre lo que está sucediendo, cuáles son las respuestas de los gobiernos y cuáles son las vías posibles para acceder a los beneficios de esas respuestas.

En tercer lugar, la idea a partir de la cual se construye el concepto de combate a la corrupción es la que entiende a este problema como la apropiación ilegítima de lo público. Es decir, la relación entre este concepto y los dos imperativos mencionados –transparencia y rendición de cuentas– es una suerte de vínculo virtuoso, pues ambos permiten que sea posible advertir las circunstancias en las que el poder se ejerce más allá de los mandatos otorgados, cada vez que alguien hace suyo lo que es de todos, cada vez que alguien cierra lo que debería ser abierto y cada vez que alguien produce una exclusión deliberada. Estas circunstancias permiten aclarar que la corrupción no solo tiene manifestaciones económicas, sino también en el mal uso de los medios institucionales disponibles para afrontar situaciones de emergencia. De modo que la corrupción se manifiesta también cuando se abusa de la autoridad otorgada, sea rompiendo o no la legalidad. Y si, en general, la corrupción añade costos excesivos y vulnera la capacidad de los estados para cumplir sus cometidos, en el manejo de las crisis puede convertirse en el obstáculo más relevante para afrontarlas y resolverlas de manera exitosa, tanto por las desviaciones que produce respecto de los cursos de acción indispensables, cuanto por la disminución de los medios ya de suyo escasos para responder a la emergencia y, finalmente, por el bloqueo de las posibilidades de potenciar la cooperación y la confianza con la sociedad.

*Elementos básicos para la gestión de crisis frente al COVID-19.* El modelo que se propone toma en cuenta que durante la respuesta a una situación de emergencia los gobiernos se enfrentan a exigencias que no son comunes, pues tienen que ver con la articulación de respuestas inmediatas, eficientes y eficaces respecto de problemas apremiantes. Los elementos básicos para la gestión de la crisis se pueden resumir en:

1. *Prevención o capacidad instalada.* En un escenario ideal, los gobiernos deberían estar en condiciones de echar mano de recursos institucionales y presupuestales considerados como herramientas para la prevención de crisis. En el caso de que estos no existan o que sean limitados o de que la prevención no haya sido posible, es necesario que el gobierno conozca con detalle la capacidad instalada que tiene para hacer frente al problema que lo desafía. Es decir, es fundamental que el gobierno tenga claridad de cuáles son los medios que tiene a su disposición para emprender una respuesta: diseñar cursos de acción que rebasan esos medios, puede generar problemas mucho mayores.
2. *Planeación y preparación.* Los elementos a que se hace referencia tienen que ver con el diseño de un plan rector que trace la ruta hacia la cual se dirigirán las acciones gubernamentales para paliar o resolver los problemas que están provocando la emergencia. Aun cuando no haya tiempo suficiente para la preparación, debe hacerse un esfuerzo de planeación: imprimir orden a la tarea, asignar roles, y coordinar esfuerzos y entregables. El ajuste de tiempos necesario para planear podría obligar a que, a la par del diseño del plan rector, se lleven a cabo las acciones de atención inmediata y se diseñen también las acciones de mediano plazo, pero sin perder de vista la combinación de orden, producción de información, roles y entregables. Esto implica un reto importante para los gobiernos, pues si la planeación es un proceso complejo en circunstancias no críticas, en momentos de emergencia la complejidad aumenta. De ahí que las respuestas gubernamentales deban ordenarse por prioridad, con la finalidad de evitar el caos en las acciones instrumentadas. La existencia de un plan rector es fundamental para mantener la lógica de política pública en las respuestas a la emergencia, evitando desde el primer momento los traslapes de autoridad, la confusión de roles, los gastos redundantes o la duplicidad de acciones. Conviene recordar que sin la existencia de un registro pormenorizado de información sobre la forma en que se va enfrentando la emergencia (como una bitácora y una memoria) no solo es imposible la rendición de cuentas posterior, sino mantener la dirección coherente de la respuesta.

3. *Mantenimiento de la mentalidad de crisis.* En el ámbito público, mantener la mentalidad de crisis en la gestión de una emergencia significa la articulación de todas las acciones gubernamentales con urgencia. Dicho de otra manera, esto implica que, durante el periodo de duración de la crisis, los gobiernos enfoquen todos sus recursos disponibles y todas las actividades a la prioridad establecida. Cuando se enfrenta a un enemigo común que amenaza a la sociedad en su conjunto, nadie debe titubear. Esto implica la adaptación de todos los espacios de la administración pública para responder a la emergencia. El Estado debe procurar el mantenimiento de las actividades rutinarias anteriores a la crisis, pero sin perder de vista que las situaciones extraordinarias reclaman respuestas extraordinarias.
4. *Lógica de política pública en las respuestas gubernamentales a la crisis.* Esto implica que las acciones específicas, de corto y mediano plazo, que se instrumenten deberán estructurarse en función de la lógica del enfoque de políticas públicas; es decir, tener anclaje en la identificación precisa del problema público que se afronta e instrumentarse conforme a criterios que busquen atacar las causas y atajar sus consecuencias, con el mismo ahínco. Es un error frecuente de las administraciones públicas tratar de paliar efectos negativos en la percepción mediática, distraendo para ese propósito tiempo y recursos indispensables para atender las tareas fundamentales. Por eso es necesario establecer responsabilidades, objetivos y metas claramente definidas que sean, además, susceptibles de evaluarse día a día. A esto debe añadirse que cada tarea específica debe ser coherente con el plan rector. La metáfora es la guerra: cualquier desviación en la asignación de roles y entregables obra a favor del enemigo.
5. *Comunicación.* No obstante, una estrategia de comunicación clara, sencilla y directa es uno de los criterios más importantes para la gestión de crisis, pues produce confianza ciudadana y un discurso homogéneo del gobierno sobre la forma en que se está enfrentando la emergencia. Es fundamental que la información que generan las administraciones públicas, encuentre salida franca en las ventanas de transparencia y rendición de cuentas. La confianza se basa en la verdad y en la generación de medios públicos para que cualquiera pueda constatarla. Por esta misma razón, la comunicación clara y abierta al escrutinio público es necesaria para evitar la proliferación de información falsa en torno del problema que se está atendiendo y las interpretaciones hostiles al gobierno. En el caso de gobiernos con altos márgenes de legitimidad, es muy posible que las respuestas a una crisis generen confianza de origen; empero, si esas estrategias no van acompañadas de

los elementos para confrontar lo que se dice con lo que se hace, la legitimidad de inicio podría verse truncada. Como se sabe, de acuerdo con el aforismo acuñado por Carlos Pereyra, la confianza se construye por micras, mientras que la desconfianza avanza por kilómetros.

6. *Coordinación.* Este elemento se refiere a la vinculación con todos los actores que puede o deben tener participación en la respuesta a la emergencia. Las decisiones gubernamentales que intentarán responder a la situación crítica deben tomarse considerando los apoyos que pueden ofrecer los actores externos interesados en la resolución de la crisis. Este acompañamiento y trabajo coordinado podría favorecer el fortalecimiento del liderazgo gubernamental en la gestión de la crisis, a la vez que aumentar los recursos disponibles para la atención de la emergencia.

### Propuesta de modelo de rendición de cuentas y combate a la corrupción

El modelo se articuló a partir de los análisis que contienen los informes de resultados del proyecto y responde a la necesidad de solucionar los problemas de ausencia de información en procesos de atención a la emergencia. En otro sentido, el modelo se dirige al establecimiento de procesos que garanticen la generación de información de manera permanente, su actualización en el tiempo y su permanencia posterior, para, a su vez, lograr que las ventanas públicas de transparencia sean alimentadas con veracidad. El modelo incorpora la lógica del cumplimiento de obligaciones de transparencia, rendición de cuentas y combate a la corrupción, pero no se limita a esos parámetros, sino a la introducción de una lógica de gestión que sencilla, clara y eficiente, en consonancia con las exigencias que plantea una circunstancia crítica.

Las recomendaciones que contiene este modelo se dirigen a cumplir con el objetivo de simplificar los procesos de gestión durante la atención de la emergencia, a la vez que garantizar la producción de toda la información indispensable para orquestar las decisiones, su explicación y su justificación a la ciudadanía. Y como se ha dicho repetidamente, ambas estrategias constituyen la base para la disminución de los riesgos de impericia, negligencia y corrupción. Las vertientes del modelo se dirigen a la instrumentación de modificaciones administrativas, para las cuales no es necesario llevar a cabo cambios legales.

El modelo propone una estructura eficiente de organización de las decisiones, la información y la salida pública de los datos generados por los gobiernos sobre sus respuestas a una situación de crisis. Los supuestos para la implementación del modelo no buscan sustituir los mecanismos de vigilancia, control y fiscalización ya existentes en el entramado institucional; más bien significan un complemento

que permite desarrollar y consolidar la vertiente de vigilancia y acompañamiento ciudadano a las respuestas gubernamentales a una crisis. En este sentido, el modelo plantea recomendaciones para la adaptación provisional –en el tiempo que dure la atención a la emergencia– de las administraciones públicas, con la finalidad de que respondan exitosamente a las exigencias extraordinarias.

El modelo se enfoca en la sistematización de los flujos de información sobre las respuestas gubernamentales a la emergencia, pero también sobre el diagnóstico y el monitoreo sobre la evolución del problema o los problemas que articulan la situación crítica. De acuerdo con este mecanismo, las decisiones se vigilan tanto por los medios habituales de contrapeso institucional, como en el ámbito de una instancia superior de planeación y control (como es el caso del CSG y/o un Comité Rector en el que participan todas las instituciones públicas involucradas en la gestión de la crisis), pero también desde la vigilancia ciudadana. Los sistemas de información se enfocan en la generación permanente de información y datos sobre el estado que guardan los problemas generados por la crisis. En el mismo sentido, introducen un tamiz a toda la información que generan las instituciones públicas para identificar aquella relacionada con la atención de la emergencia. Finalmente, el portal unificado de información en internet responde a las necesidades de información de la ciudadanía, además de tener anclaje normativo. Los elementos técnicos de la plataforma deben permitir que la información sea reutilizable, se encuentre en formato de datos abiertos y se actualice cotidianamente, además de estar clasificada por ámbitos temáticos, para facilitar su disponibilidad y accesibilidad.

### *Toma de decisiones*

Esta vertiente del modelo plantea líneas de acción para aumentar la claridad sobre las decisiones públicas, su explicación y justificación. Al mismo tiempo, el modelo reclama la aclaración de roles, mandatos y atribuciones de los funcionarios públicos para que sea claro quién es responsable de cada una de las decisiones. No se propone la concentración de decisiones ni la alteración del orden previo, sino, hasta donde sea posible, el mantenimiento de la estructura normal de decisión puesta en sintonía con el sentido de urgencia que plantea la crisis y anclada en la generación de toda la información que se vaya generando (como si se tratara de un diario: una bitácora y una memoria) sobre cada proceso decisional, para mantener el control interno y estar en condiciones de identificar responsabilidades. No se trata de imprimirle rigidez a esos procesos sino de conservar la dirección intacta, justamente para flexibilizar las estructuras que deben cumplir tareas, seguir instrucciones y entregar resultados oportunos.

## Líneas de acción

1. *Conformación de una instancia superior de planeación y control.* Esta instancia debería adquirir la condición de comité rector de respuesta a la emergencia. No implica que estará a cargo de todas las decisiones, sino de ejercer la función de “gabinete de crisis”; es decir, de la adopción del plan rector para la atención de la emergencia y la vigilancia permanente de las decisiones y acciones que toman las diferentes áreas del gobierno, de acuerdo con la lógica según la cual todas estas deberán contribuir a alcanzar los objetivos y ceñirse a su lógica de planeación. En la instancia superior de planeación y control deben participar todas las áreas del gobierno involucradas en la gestión de la crisis, pues, por ejemplo, en el caso de la pandemia, los problemas que se deben atender no son únicamente sanitarios, sino también sociales y económicos. De ahí la pertinencia de un comité rector multidisciplinario que, además, sea permanente, en tanto “gabinete de crisis”. En la instancia superior de planeación y control concurrirán todos los proyectos y propuestas de acciones que habrán de llevarse a cabo durante la atención de la crisis. También se allegará la información necesaria para sustentar dichas propuestas y proyectos, y justificar las decisiones que se tomen, a la vez que para dar seguimiento y evaluar los resultados de las decisiones para corregir en cada punto que resulte necesario.
2. *Identificación de liderazgos temáticos.* A la par de la conformación de una instancia superior de dirección, se debe desarrollar una estrategia rápida de identificación de liderazgos en los diferentes temas que tienen relación con la gestión de la emergencia. En el caso de la pandemia por COVID-19, los liderazgos temáticos a que se hace referencia no únicamente serán aquellos cuyas actividades y mandatos tengan relación con el ámbito sanitario, sino con otro tipo de espacios institucionales entre las dependencias y entidades de los gobiernos federal, estatales o municipales. Es muy importante subrayar que estos liderazgos no son autónomos ni ajenos a la dirección superior de la estrategia. Jamás debe olvidarse que el liderazgo es un bien colectivo, no individual. Sin embargo, en la medida en que el tiempo es una variable fundamental durante la gestión de crisis, la asignación inequívoca de roles y entregables por tema resulta crucial para la organización de las tareas.
3. *Simplificación de flujos de información.* Los liderazgos identificados estarán a cargo de la coordinación de equipos temáticos que se enfoquen en dos líneas de trabajo:

- Acopio y análisis de información sobre la emergencia: tiene por objetivo proveer de la mayor información posible a la instancia superior de decisión sobre los temas implicados, de modo que el “gabinete de crisis” esté siempre informado de los avances de los problemas generados por la emergencia y de las mutaciones de estos, así como de la inevitable interrelación entre cuestiones que, en situaciones de normalidad, corren por caminos paralelos. En la crisis, en cambio, todos los temas están sistémicamente vinculados en función del resultado.
  - Generación de proyectos y propuestas de acciones y políticas públicas para la atención de la emergencia: desarrollará tanto las propuestas y proyectos de acciones de atención inmediata, como aquellas de mediano plazo. La pertinencia de que ambas actividades estén a cargo de los líderes de los equipos temáticos tiene que ver con que las acciones tengan bases empíricas que justifiquen la adopción de las alternativas elegidas y que estas, a su vez, no bloqueen ni interfieran en las demás. Las propuestas y proyectos que se generen no solo deberán: a) tener sustento empírico, sino también b) un diseño lógico que permita identificar los objetivos de la intervención pública, c) las metas que se pretenden alcanzar, d) los cursos de acción que se tomarán en cada caso, e) el arco temporal y su calendario de implementación, f) el modelo de monitoreo y g) los indicadores para la medición de resultados.
4. *Identificación de nodos de decisión.* Esta línea de acción tiene por objetivo que la instancia superior de dirección tenga claridad acerca de quién o quiénes toman las decisiones específicas durante la gestión de la emergencia. Esto no solo permitirá que dicha instancia ponga atención sobre los procesos de decisión que se dirigen a atender la crisis, sino también que vigile puntualmente la pertinencia, el sustento y la justificación de esas decisiones. Debe tenerse en cuenta que los nodos de decisión se tornan riesgosos cuando los cursos de acción, cuyas consecuencias son cruciales en el ámbito organizacional o presupuestal, dependen de un solo individuo o un grupo cerrado. Es decir, aquellos nodos en los que la decisión pública recae solo sobre una persona pueden ser más propicios para la desviación de los fines o, sencillamente, susceptibles de que se tomen decisiones poco justificadas, poco eficientes o sin sustento. Los nodos de decisión se llaman de esa manera, porque no están solos sino conectados con otros que, en conjunto, alimentan un sistema. Si alguno de esos nodos se interrumpe, el sistema en su conjunto corre el riesgo

de apagarse. Y de otra parte, vale la pena repetir que el liderazgo es siempre un bien colectivo.

5. *Anclaje normativo.* En esta línea de acción se trabajará para garantizar que las decisiones que se toman y las acciones derivadas de ellas deben tener siempre un sustento normativo, en términos de las facultades de los gobiernos (federal, estatales o municipales). Esta línea de acción es de importancia sustantiva, si se tiene en cuenta que, en el escenario de una crisis, las decisiones públicas deben tomarse con rapidez, pero sin abandonar el principio de legalidad. Ningún país (y ninguna organización) puede prevalecer siempre en situación de crisis. Por el contrario, como se ha demostrado en este estudio, la crisis es una anomalía que quiere superarse para volver a la normalidad.
6. *Adquisiciones y contrataciones públicas.* El ámbito de las contrataciones públicas es uno de los de mayor complejidad decisional en todos los órdenes de gobierno en México, pues no solo es exigible que las decisiones tengan fundamento, sino que deben tomarse atendiendo el criterio de eficiencia en el ejercicio del gasto público y, en el momento de emergencia, deben hacerse con celeridad y enmarcándose en el plan rector de la estrategia de atención. Todos estos elementos subrayan la relevancia del área de adquisiciones. De aquí que la vigilancia de las decisiones tomadas para comprar bienes y servicios requeridos para la implementación de las respuestas gubernamentales a una crisis, se considere como una línea inexorable. Para garantizar la optimización de los recursos limitados y producir confianza en la ciudadanía, esta línea de acción reclama que la instancia superior de dirección, conozca: a) quiénes son los funcionarios responsables de tomar las decisiones de comprar y contratar, b) cuáles son los flujos de dichas decisiones, c) quiénes son los proveedores contratados, d) cuáles son los bienes y servicios que proveerán, e) cómo se justifica cada asignación de los contratos, en términos de eficiencia y oportunidad, f) cuáles son los estudios de mercado que dan base a las contrataciones y g) de qué manera contribuye cada contrato a los objetivos y metas del plan rector.

En suma, en esta vertiente las líneas de acción propician que:

- Se garantice que el gobierno atienda la crisis conforme a una lógica única, basada en un diagnóstico del problema, en objetivos y metas determinados, siguiendo la implementación y evaluando los resultados finales.

- La estrategia general o plan rector se determina desde una instancia de planeación y control superior, que es la que vigila las decisiones que toman las áreas del gobierno, da seguimiento y evalúa los resultados para decidir mantener o modificar los cursos de acción.
- Las áreas especializadas en diferentes temas en el gobierno trabajan bajo la coordinación de liderazgos específicos.
- Las áreas especializadas en diferentes temas acopian, analizan, producen información para sustentar los proyectos y propuestas que elaboran para acciones y políticas públicas de atención a la crisis.
- La información especializada que generan los equipos temáticos mantienen actualizados los datos sobre la emergencia a la instancia superior de dirección.
- Las decisiones que toman los funcionarios públicos y las acciones que se ponen en marcha se insertan en el plan rector definido por la instancia superior de planeación y control.
- Los nodos de decisión están identificados. Se sabe quién decide qué, cómo y cuándo, así como las justificaciones de las decisiones.
- Los nodos de decisión problemáticos estén vigilados, tanto por la instancia superior de planeación y control, como por los órganos de control interno y externo y la ciudadanía.
- Las decisiones públicas tienen sustento legal pleno y ejercen las facultades de los gobiernos.
- Las decisiones públicas, que se traducen en el ejercicio inminente de recursos públicos, se vigilan desde que se toman y hasta que se evalúan sus resultados.
- Las decisiones sobre adquisiciones y contrataciones públicas, concentradas todas en el área especializada, son transparentes, justificadas, acordes con los criterios de eficiencia y oportunidad, apegadas a la legalidad y consecuentes con los objetivos y metas del plan rector y de los planes específicos de las políticas públicas y acciones para la atención de la emergencia.

### *Sistemas de información*

La vertiente de sistemas de información se enfoca en la generación y actualización permanente de datos sobre el problema que se atiende, las modificaciones y efectos de las acciones públicas sobre este, además de los datos añadidos sobre las intervenciones de las instituciones públicas para modificar la situación emergente.

La vertiente tiene como objetivo establecer parámetros de regularidad para alimentar los productos de información públicos sobre los problemas que se enfrentan.

## Líneas de acción

1. *Tablero de control.* Esta línea de acción supone asignar a un área especializada de la administración el manejo, gestión y análisis de las bases de datos generadas por los sistemas de información. El ejemplo del gobierno de la Ciudad de México, con la Agencia Digital de Innovación Pública es destacable. Pero jamás debe perderse de vista que esa área organiza y otorga sentido a la información que producen todas las demás. Es imperativo conjurar el doble error que se comete con frecuencia en las administraciones públicas: de un lado, el de suponer que la existencia de un área especializada en la información exime de responsabilidades a quienes la producen, y de otro, el de asumir que toda la información es patrimonio del área especializada y que solo esta determina su frecuencia, su presentación y su manejo. Como se ha dicho reiteradamente, todas las áreas involucradas en la gestión de crisis deben mantener un diario de control de información (una bitácora, una memoria), todas deben asumir su responsabilidad respecto de la pertinencia de esa información, sin omitir ningún detalle, y todas son corresponsables de su apertura y su distribución. Producir información no es una carga adicional sino una condición de principio y una estrategia inexcusable: si alguno de los nodos decisionales considera que no debe producirla o prefiere demorarla en aras de la opacidad, el consejo de dirección de la emergencia debe corregir o modificar la operación de ese nodo, inmediatamente.
2. *Sistema especial de gestión documental.* Durante el periodo de la situación crítica, se habilitará un sistema especial de documentación que permita crear un fondo documental de identificación temática, el cual incorpore todas las evidencias documentales que den sustento y establezcan la trayectoria de las decisiones tomadas durante el periodo de emergencia. Esto implica el diseño de criterios básicos de identificación de la información para que el sistema especial de gestión documental procese toda la evidencia generada en el periodo crítico y seleccione toda la que se vincule explícitamente con decisiones y acciones derivadas de la crisis, con la finalidad de analizarla, elaborar síntesis en lenguaje ciudadano, clasificarla por tema y trasladarla a la plataforma unificada de información para su publicación, en formato de datos abiertos.
3. *Sistema de gestión de bases de datos.* Responderá a la necesidad de construir bases de datos sobre los diferentes temas de relevancia en la atención de la crisis. El ejemplo de la pandemia por COVID-19 permite distinguir todos los temas en los que deben generarse. En el caso de la Ciudad de México, la Agencia

Digital de Innovación Pública está a cargo de este tipo de sistema de gestión, en el que se unifican los criterios de las bases de datos a construir. Cada decisión pública y sus consecuencias presupuestales debe consignarse en una agrupación que sea susceptible de ser reutilizada al ponerse a disposición del público. Esto significa que el Sistema de Gestión de Bases de Datos será la instancia concentradora que gestione, con base en las directrices técnicas definidas por el tablero de control, toda la información generada por la administración durante el arco temporal que abarque la atención de la emergencia. En ese sentido, todas las áreas de la administración deberán reportar cifras al sistema de gestión de bases de datos, en formatos especialmente diseñados, para garantizar el vaciado ordenado, rutinario y permanente de la información que genera la administración.

4. *Sistema de compras y contrataciones públicas.* En materia de contrataciones públicas, al igual que el resto de las áreas administrativas, se reunirá la información generada para reportarla en los formatos establecidos al Sistema de Gestión de Bases de Datos. Sin embargo, el sistema de compras públicas tendrá el cometido de acopiar la información que dé sustento y motivación a las asignaciones de contratos durante todo el periodo de atención a la pandemia, de acuerdo con un mecanismo de clasificación y gestión de la información sobre contrataciones que permita seguir la ruta de las decisiones públicas desde que se toman, hasta que se convierten en adquisiciones pagadas, pasando por: a) el registro detallado de los tipos de bienes adquiridos, b) las cantidades, c) los montos de las adquisiciones, d) las justificaciones y descripciones de las órdenes de compra, e) los tipos de adquisiciones y, de ser el caso, f) los informes justificatorios exigidos por la legislación para las adjudicaciones directas, además de g) los estudios de mercado y los expedientes de los procesos de licitación, de ser este el tipo de adquisiciones. El sistema de compras y contrataciones al que se hace referencia es un sistema de gestión de información. Los procesos de contratación deberán seguir gestionándose conforme a lo establecido en la legislación, aunque, en consonancia con la lógica de este modelo, dichos procesos generarán los insumos de información que sustenten las contrataciones, así como la información detallada que se incluirá en las bases de datos de contrataciones públicas.
5. *Sistema especial de comunicación pública.* El sistema especial de comunicación pública será la instancia coordinadora que traduzca la información publicada en la plataforma unificada, así como la información generada por la instancia superior de dirección, para ofrecerla a la ciudadanía. La pertinencia de un sistema especial tiene que ver con las condiciones de urgencia bajo las cuales debe

actuar un gobierno en la atención de una circunstancia de crisis. La comunicación gubernamental no puede seguir operando bajo la lógica de los momentos no críticos, sino que debe adaptarse al sentido de emergencia y responder con mensajes sencillos, que ofrezcan información completa a la ciudadanía sobre las acciones y decisiones que toman los gobiernos en relación con la crisis. Empero, este sistema no debe confundirse con una suerte de filtro o maquillaje de la información. Su misión no es limitar sino facilitar; no es cortar sino interpretar; no es hacer propaganda sino producir confianza. En una crisis, el gobierno debe ser la fuente privilegiada de información de toda índole, debe conjurar las noticias falsas y las lecturas dolosas, pero no debatiendo sino proveyendo el dato exacto y la interpretación precisa.

### *Portal unificado de información en internet*

La vertiente que se refiere al portal unificado tiene como cometido la presentación pública y plenamente accesible de toda la información referente a la respuesta gubernamental a la emergencia. Se parte de la idea según la cual una ventana única evitará la dispersión de información, profusión de información falsa y permitirá la sistematicidad y homogeneidad de los criterios con los que se genera, gestiona y presenta la misma a la ciudadanía.

1. El portal unificado de información sobre la atención a la emergencia debe diseñarse conforme a los siguientes criterios:
  - Responder a los principios de máxima publicidad de la información y buena fe. El primero de ellos tiene que ver con la garantía, mediante criterios técnicos, de que toda la información es pública, no sujeta a criterios de reserva más allá de los establecidos por la legislación general, por lo cual la plataforma debe garantizar también que toda la información publicada sea localizable, accesible, reutilizable, abierta y comprensible. El segundo principio tiene que ver con la confianza ciudadana en la información generada y publicada por los gobiernos. La puesta a disposición de los datos públicos sobre los procesos de atención a momentos de emergencia debe considerarse un medio para fortalecer institucionalmente la confianza ciudadana en la estrategia gubernamental de respuesta a los problemas emergentes y a sus consecuencias.
  - Incorporar los criterios de usabilidad, accesibilidad, compatibilidad, encontrabilidad y navegación, con el objetivo de que la experiencia de usuario sea sencilla y, al mismo tiempo, que la información se encuentre clasificada en

función de los criterios determinados por el Sistema Especial de Gestión Documental.

- Disposición de la información de acuerdo con un diseño de interfaz que sea amigable a cualquier tipo de usuario, además de una arquitectura de información que se adapte a la lógica de clasificación establecida por el Sistema Especial de Gestión Documental.
  - Establecimiento de esquemas de alimentación de la información que permitan, al menos, mantener dichos procesos de renovación en periodos de 15 días. El objetivo sería que la información se pudiera actualizar en tiempo real o cada tercer día, siguiendo otros modelos, como el Missouri Accountability Portal.
  - Diseño acorde con los volúmenes de información gestionados por la administración. Esto implica que la inversión presupuestal para el diseño y puesta en marcha del portal se adaptará a la magnitud de la información que se publicará.
2. El portal unificado debe ser la ventana en la que confluya la información gestionada por los sistemas de información sobre la atención a la emergencia. Debido a esta condición, su diseño y la lógica de clasificación de la información deben ser consecuentes con los criterios de clasificación de los sistemas de información a que hace referencia la vertiente de sistemas de información, pues se requiere que los procesos de actualización de la información sean eficientes, de modo que no se ralenticen por necesidad de homologación entre las etapas de generación de información y la de publicación.

Como puede verse, el modelo propuesto reclama orden, dirección, información precisa y sentido común. Pese a todo, las crisis ofrecen una ventaja sobre las situaciones de normalidad: el consenso indiscutible sobre las causas de la emergencia. Sobre esa base, nadie debe poner en duda el sentido de urgencia ni la obligación de responder con los recursos disponibles. Ninguna otra situación ofrece más oportunidades para afirmar la legitimidad de quienes afrontan la emergencia y ninguna es, al mismo tiempo, tan desafiante ante los resultados que deben entregarse. En este sentido –como se ha explicado desde todos los ángulos posibles a lo largo de este informe– la transparencia entendida como la producción constante de información sobre las decisiones y los cursos de acción determinados, así como la rendición de cuentas, asumida como la vigilancia y el control públicos sobre los tomadores de decisiones y sobre sus resultados, no son recursos optativos ni secundarios, sino la columna vertebral de la gestión de crisis.

## Principales siglas y abreviaturas

AEFCM: Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México.

ANUIES: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior.

API-Guaymas: Administración Portuaria Integral de Guaymas.

API-Manzanillo: Administración Portuaria Integral de Manzanillo.

ASF: Auditoría Superior de la Federación.

BIENESTAR: Secretaría de Bienestar.

CCINSHAE: Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Cenace: Centro Nacional de Control de Energía.

Cenaprece: Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

Cenotec: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica de Salud.

CHIH: Chihuahua.

CIAD: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C.

CICESE: Centro de Investigación Científica y de Educación Superior de Ensenada, Baja California.

CIDE: Centro de Investigación y Docencia Económicas.

CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Cimtra: Ciudadanos por Municipios Transparentes.

Cinvestav: Centro de Investigación y de Estudios Avanzados, Instituto Politécnico Nacional (IPN).

CIQA: Centro de Investigación en Química Aplicada.

CJF: Consejo de la Judicatura Federal.

Cofepris: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Comimsa: Corporación Mexicana de Investigación en Materiales, S. A. de C. V.  
Conacyt: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.  
Conade: Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte.  
Conagua: Comisión Nacional del Agua.  
Conaliteg: Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuito.  
Coneval: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.  
Conago: Conferencia Nacional de Gobernadores.  
COVID-19: Enfermedad de coronavirus 2019 causada por el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2).  
CPEUM: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
CSG: Consejo de Salubridad General.  
DESC: Derechos Económicos, Sociales y Culturales.  
SNDF: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.  
DOF: Diario Oficial de la Federación.  
ESSA: Exportadora de Sal, S. A. de C. V.  
FENSA: Framework of Engagement with Non-State Actors (Marco de Compromiso con Actores No Estatales).  
FGR: Fiscalía General de la República.  
FMI: Fondo Monetario Internacional.  
Fonatur: Fondo Nacional de Fomento al Turismo.  
GN: Guardia Nacional.  
HIMFG: Hospital Infantil de México Federico Gómez.  
HJM: Hospital Juárez de México.  
HRAEB: Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.  
HRAECV: Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”.  
HRAEI: Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.  
HRAEPY: Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.  
HRAEV: Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz.  
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.  
INAI: Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.  
INDRE: Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.  
INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.  
INER: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.  
INM: Instituto Nacional de Migración.

INP: Instituto Nacional de Pediatría.  
INPERIER: Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.  
INPRFM: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.  
INR-LGII: Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.  
Insabi: Instituto de Salud para el Bienestar.  
INSP: Instituto Nacional de Salud Pública.  
IPN: Instituto Politécnico Nacional.  
ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.  
LAASSP: Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
LAPP: Ley de Asociaciones Público Privadas.  
LOPSRM: Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.  
OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.  
OMS: Organización Mundial de la Salud.  
ONU: Organización de las Naciones Unidas.  
UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime (Oficina de las Naciones Unidas  
contra las Drogas y el Delito).  
OPS: Organización Panamericana de la Salud.  
Pemex: Petróleos Mexicanos.  
PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.  
PRS: Previsión y Readaptación Social.  
RELE: Relatoría Especial para la Libertad de Expresión, Comisión Interamericana de  
Derechos Humanos (CIDH).  
SAI: Solicitudes de acceso a la información.  
SALUD: Secretaría de Salud.  
SCT: Secretaría de Comunicaciones y Transportes.  
Sectur: Secretaría de Turismo.  
Sedena: Secretaría de la Defensa Nacional.  
Sedesol: Secretaría de Desarrollo Social.  
Segob: Secretaría de Gobernación.  
Semar: Secretaría de Marina.  
SENEAM: Servicios a la Navegación en el Espacio Aéreo Mexicano.  
SEP: Secretaría de Educación Pública.  
SFP: Secretaría de la Función Pública.  
SHCP: Secretaría de Hacienda y Crédito Público.  
Sinave: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.  
SPF: Servicio de Protección Federal.

SRE: Secretaría de Relaciones Exteriores.

SSA: Secretaría de Salud.

SSJ: Secretaría de Salud Jalisco.

SSPC: Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana.

SSPC: Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana.

STPS: Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Telecomm: Telecomunicaciones de México.

TFJA: Tribunal Federal de Justicia Administrativa.

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México.

UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime (Oficina de Naciones Unidas  
contra la Droga y el Delito).

VER: Veracruz.

## Bibliografía

- Alink, F., Boin, A. y t'Hart, P. (2001). Institutional crises and reforms in policy sectors: The case of asylum policy in Europe. *Journal of European Public Policy*, 8 (2), 286-306.
- Argentina abandona las futuras negociaciones del Mercosur por el coronavirus. (2020, 25 de abril). *El Financiero*. Recuperado de <https://www.eleconomista.com.mx/economia/Argentina-abandona-las-futuras-negociaciones-del-Mercosur-por-el-coronavirus-20200425-0010.html>
- Argentina anuncia cierre de fronteras y suspensión de clases por coronavirus. (2020, 15 de marzo). *El Universal*. Recuperado de <https://www.eluniversal.com.mx/mundo/coronavirus-argentina-anuncia-cierre-de-fronteras-y-suspension-de-clases>
- Argentina inicia aislamiento “obligatorio” contra el Covid-19. (2020, 20 de marzo). *La Jornada*. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/ultimas/mundo/2020/03/20/argentina-inicia-aislamiento-201cobligatorio201d-contra-el-covid-19-6037.html>
- Argentina, la economía más golpeada por la Covid-19 en América Latina, según OCDE. (2020, 10 de junio). *Notimérica*. Recuperado de <https://www.notimerica.com/economia/noticia-argentina-argentina-economia-mas-golpeada-covid-19-america-latina-ocde-20200610123705.html>
- Argentina registra 145 muertos por COVID-19 en la última jornada. (2020, 9 de septiembre). *Expansión/Datosmacro.com*. Recuperado el 13 de septiembre de 2020, de <https://datosmacro.expansion.com/otros/coronavirus/argentina>
- Arteta, I. (2020, 14 de mayo). Solo un estado ha iniciado fiscalización para gastos de COVID-19. *Animal Político*. Recuperado de <https://www.animalpolitico.com/2020/05/estado-fiscalizacion-gastos-covid-19/>

- Auditoría Superior del Estado de Jalisco. (2020). *Gasto público por COVID-19. Áreas de oportunidad y recomendaciones para disminuir riesgos*. Recuperado de [https://asej.gob.mx/covid19/sites/default/files/2020-07/Gasto\\_publico\\_por\\_COVID-19\\_Areas\\_de\\_Oportunidad%202.pdf](https://asej.gob.mx/covid19/sites/default/files/2020-07/Gasto_publico_por_COVID-19_Areas_de_Oportunidad%202.pdf)
- Auster, R., Leveson, I. y Study, I. (1972). The production of health, an exploratory study. En V. R. Fuch (ed.), *Essays in the economics of health and medical care* (pp. 135-158). Nueva York: National Bureau of Economic Research.
- Ayuntamiento de Colima. (2020a). Transparencia. H. Ayuntamiento de Colima 2018-2021. Recuperado de <https://www.colima.gob.mx/portal/transparencia/>
- Ayuntamiento de Colima. (2020b, julio 30). Proceso de adquisición de bienes y servicios. H. Ayuntamiento de Colima 2018-2021. Recuperado de <https://www.colima.gob.mx/portal2016/proceso-de-adquisicion-de-bienes-y-servicios/>
- Ayuntamiento de Mérida. (2020a). COVID-19. Recuperado de <https://www.merida.gob.mx/covid19/>
- Ayuntamiento de Mérida. (2020b). Herramienta CIMTRA COVID-19. Recuperado de <https://www.merida.gob.mx/covid19/cimtra.php>
- Ayuntamiento de Tlajomulco. (2020). Los Balances Generales, Estados Financieros y Cuenta Pública. Recuperado de <https://transparencia.tlajomulco.gob.mx/node/166>
- Ayuntamiento de Xalapa. (2020). CIMTRA COVID-19. Recuperado de <https://ayuntamiento.xalapa.gob.mx/web/cimtra/cimtra-covid-19>
- Banco Interamericano de Desarrollo-BID. (2020). *Public Policy to tackle Covid-19: Recommendations for Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: Autor.
- Banerjee, S. y Ewing, R. (2004). Risk, wellbeing and public policy. *Economic Roundup* (2), 21-44. Canberra: The Treasury.
- Battersby, B., Lam, W. R. y Ture, E. (2020). Tracking the \$9 trillion global fiscal support to fight COVID-19. Recuperado de <https://blogs.imf.org/2020/05/20/tracking-the-9-trillion-global-fiscal-support-to-fight-covid-19/>
- Bermúdez, I. (2020, 1 de abril). Los números de la ayuda. Coronavirus en Argentina: cómo pagará la ANSeS todos los subsidios que anunció por la cuarentena. *Clarín*. Recuperado de [https://www.clarin.com/economia/economia/coronavirus-argentina-pagara-anses-subsidios-anuncio-cuarentena\\_0\\_O8fJntc8L.html](https://www.clarin.com/economia/economia/coronavirus-argentina-pagara-anses-subsidios-anuncio-cuarentena_0_O8fJntc8L.html)
- Bernstein, J. y Bonafede, B. (2011). *Manager's guide to crisis management*. Nueva York: McGraw Hill Professional.
- Berridge, V., Gorsky, M. y Mold, A. (2011). *Public health in history*. Londres: McGraw-Hill Open University Press.

- Bigley, G. A. y Roberts, K. H. (2001). The incident command system: High-reliability organizing for complex and volatile task environments. *Academy of Management Journal*, 44 (6), 1281-1299.
- Boin, A., McConnell, A. y 't Hart, P. (Eds.). (2008). *Governing after crisis: The politics of investigation, accountability and learning*. Cambridge: University Press.
- Boin, A. y 't Hart, P. (2000). Institutional crises and reforms in policy sectors. En H. Wagenaar (ed.), *Government institutions: Effects, changes and normative foundations* (pp. 9-32). Países Bajos: Kluwer Academic Publishers.
- Boin, A. y 't Hart, P. (2012). Aligning executive action in times of adversity: The politics of crisis coordination. En M. Lodge y K. Wegrich (coords.), *Executive politics in times of crisis* (pp. 179-196). Londres: Palgrave Macmillan.
- Boin, A. y 't Hart, P. (2016). Public leadership in times of crisis: Mission impossible? *Public Administration Review*, 63 (5), 544-553.
- Boin, A., 't Hart, P., Stern, E. y Sundelius, B. (2016). *The politics of crisis management: Public leadership under pressure*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Bolsonaro asegura que gestión de coronavirus en Argentina es un “camino al socialismo”. (2020, 14 de mayo). *Milenio*. Recuperado de <https://www.milenio.com/internacional/brasil-jair-bolsonaro-critica-gestion-coronavirus-argentina>
- Broekema, W. (2015). Crisis-induced learning and issue politicization in the EU: The Braer, Sea Empress, Erika, and Prestige oil spill disasters. *Public Administration*, 94 (29), 381-398.
- Bruckner, T. (2019). The ignored pandemic. How corruption in healthcare service delivery threatens Universal Health Coverage. Recuperado de <http://ti-health.org/wp-content/uploads/2019/03/IgnoredPandemic-WEB-v3.pdf>
- Bundy, J. y Pfarrer, M. D. (2015). A burden of responsibility: The role of social approval at the onset of a crisis. *Academy of Management Review*, 40 (3), 345-369.
- Bundy, J., Pfarrer, M. D., Short, C. E. y Coombs, W. T. (2016). Crises and crisis management: Integration, interpretation, and research development. *Journal of Management*, 43 (6), 1661-1692.
- Buzan, B., Waever, O. y De Wilde, J. (1998). Security analysis: Conceptual apparatus. *Security: A new framework for analysis* (pp. 21-47). Londres: Lynne Rienner.
- Cámara de Diputados. (2016, 13 de enero). Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas. Recuperado el 12 de septiembre de 2020, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/56\\_130116.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/56_130116.pdf)

- Cámara de Diputados. (2020a, 8 de mayo). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado el 12 de septiembre de 2020, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1\\_080520.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_080520.pdf)
- Cámara de Diputados. (2020b, 11 de agosto). Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público. Recuperado el 12 de septiembre de 2020, de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/14\\_110820.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/14_110820.pdf)
- Canik, M. E. (2020, 26 de abril). Argentina extends virus restrictions to May 10. *Anadolu Agency*. Recuperado de <https://www.aa.com.tr/en/americas/argentina-extends-virus-restrictions-to-may-10/1818754>
- Casos de coronavirus avanzan a su pico máximo en México: OPS. (2020, 9 de junio). *El Economista*. Recuperado de <https://www.economista.com.mx/politica/Casos-de-coronavirus-avanzan-a-su-pico-maximo-en-Mexico-OPS-20200609-0064.html>
- Cejudo, G. M., Gómez-Álvarez, D., Michel, C. L., Lugo, D., Trujillo, H., Pimienta, C. y Campos, J. (2020). *Federalismo en COVID: ¿Cómo responden los gobiernos estatales a la pandemia?* Recuperado de <https://lnppmicrositio.shinyapps.io/FederalismoEnCovid/>
- Central Intelligence Agency-CIA. (s.f.). The World Factbook. Recuperado de <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/ar.html>
- Centre for Law and Democracy. (2020). Maintaining the right of information during health emergencies. Recuperado de <https://www.law-democracy.org/live/maintaining-the-right-to-information-during-health-emergencies/>
- Christensen, T. y Lægred, P. (2007). The whole-of-government approach to public sector reform. *Public Administration Review*, 67 (6), 1059-1066.
- Christensen, T., Lægred, P. y Rykkja, L. H. (2016). Organizing for crisis management: Building governance capacity and legitimacy. *Public Administration Review*, 76 (6), 887-897.
- Ciudades y Gobiernos Locales Unidos-CGLU. (2020). Iniciativa “La gobernanza de las emergencias” (Informe de política 1). La gobernanza de las emergencias en las ciudades y las regiones. [https://issuu.com/uclgclglu/docs/informe\\_de\\_politicas\\_01\\_julio\\_2020\\_](https://issuu.com/uclgclglu/docs/informe_de_politicas_01_julio_2020_)
- Claeys, A. S. y Cauberghe, V. (2012). Crisis response and crisis timing strategies: Two sides of the same coin. *Public Relations Review*, 38 (1), 83-88.
- Clarke, D., Wierzynska, A., DiBiase, M. y Timilsina, A. (2020, 9 de junio). Promoting accountability and transparency during COVID-19. Recuperado de <https://www.undp.org/content/undp/en/home/blog/2020/promoting-accountability-and-transparency-during-covid-19.html>

- Clarke, T. (2004). Cycles of crisis and regulation: The enduring agency and stewardship problems of corporate governance. *Corporate Governance: An International Review*, 12 (2), 153-161.
- Cogan, C. G. (1994). Intelligence and crisis management: The importance of the pre-crisis. *Intelligence and National Security*, 9 (4), 633-650.
- Collier, D. y Collier, R. B. (1991). *Shaping the political arena*. Princeton: Princeton University Press.
- Collins, D. (2020, 24 de mayo). Peru's coronavirus response was 'right on time' – so why isn't it working? *The Guardian*. Recuperado de <https://www.theguardian.com/global-development/2020/may/20/peru-coronavirus-lockdown-new-cases>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos-CIDH. (2020, 10 de abril). *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas* (Resolución 1/2020). Washington D.C.: Autor.
- Consejo de Salubridad General-CSG. (2009). Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. Recuperado de [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/Reglamento\\_Interior\\_del\\_CSG-2013.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/Reglamento_Interior_del_CSG-2013.pdf)
- Consejo de Salubridad General-CSG. (2020). 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). Recuperado de [http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion\\_relevante/acuerdo-covid19-csg.pdf](http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/index/informacion_relevante/acuerdo-covid19-csg.pdf)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social-Coneval. (2010). Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos 2010-2015. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-municipal.aspx>
- Coombs, W. T. (2007). Protecting organization reputations during a crisis: The development and application of situational crisis communication theory. *Corporate Reputation Review*, 10 (3), 163-176.
- Coronavirus Argentina: ¿Por qué están estabilizados los contagios en Capital Federal? (2020, 20 de agosto). TyC Sports. Recuperado de <https://www.tycsports.com/tendencia/coronavirus-argentina-por-que-estan-estabilizados-los-contagios-en-capital-federal-20200820.html>
- Coronavirus. Cómo hace frente al COVID-19 cada país de América Latina. (2020). *BBC News Mundo*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51881075>
- Covid-19: Argentina extends mandatory lockdown until June 7. (2020, 24 de mayo). *France 24*. Recuperado de <https://www.france24.com/en/20200524-covid-19-argentina-extends-mandatory-lockdown-until-june-7>

- COVID-19 – Crisis del coronavirus. (2020). *Expansión/Datosmacro.com*. Recuperado el 13 de septiembre de 2020, de <https://datosmacro.expansion.com/otros/coronavirus>
- Covid-19: The impact on healthcare expenditure. (2020, 27 de mayo). *The Economist*. Recuperado de <http://www.eiu.com/industry/article/609621044/covid-19-the-impact-on-healthcare-expenditure/2020-05-27>
- Crabtree, J. (2020, 28 de junio). COVID-19 Global Roundup: Argentina, “Worse is to come”. *GCTN*. Recuperado de <https://news.cgtn.com/news/2020-06-27/Argentina-extends-coronavirus-lockdown-Worse-is-to-come--RFbpRU3I8o/index.html>
- Deister, R. (2008). *Como enfrentar una crisis empresarial*. Ciudad de México: Trillas.
- Deister, R. (2011). Etapas del rescate de empresas en crisis. En M. Mena (comp.), *Gestión de crisis* (pp. 93-114). Ciudad de México: Siglo XXI.
- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas. (2020). *The role of public service and public servants during the COVID-19 pandemic* (Policy Brief 79). Nueva York: Autor.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estados Unidos. (2017). *Pandemic Influenza Plan: 2017 Update* (pp. 13-14). Washington, D.C.: Autor.
- Desenclos, J. C. y De Valk, H. (2004). Emergent infectious diseases: Importance for public health, epidemiology, promoting factors, and prevention. *Medecine et Maladies Infectieuses*, 35 (2), 49-61.
- Detectan primer caso de coronavirus en Perú. (2020, 6 de marzo). *Milenio*. Recuperado de <https://www.milenio.com/internacional/coronavirus-peru-presidente-confirma-caso-covid19>
- Dezenhall, E. y Weber, J. (2011). *Damage control: The essential lessons of crisis management*. Westport: Prospecta Press.
- Diario Oficial de la Federación-DOF*. (2020a, 16 de marzo). Acuerdo número 02/03/20 por el que se suspenden las clases en las escuelas de educación preescolar, primaria, secundaria, normal y demás para la formación de maestros de educación básica del Sistema Educativo Nacional, así como aquellas de los tipos medio superior y superior dependientes de la Secretaría de Educación Pública. Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5589479&fecha=16/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5589479&fecha=16/03/2020)
- Diario Oficial de la Federación-DOF*. (2020b, 20 de marzo). Acuerdo general 4/2020 del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, relativo a las medidas de contingencia en los órganos jurisdiccionales por el fenómeno de salud pública derivado

del virus COVID-19. Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5589993&fecha=20/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5589993&fecha=20/03/2020)

*Diario Oficial de la Federación-DOF.* (2020c, 20 de marzo). Acuerdo general 5/2020 del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, relativo a las medidas de contingencia en las áreas administrativas del propio Consejo por el fenómeno de salud pública derivado del virus COVID-19. Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5589994&fecha=20/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5589994&fecha=20/03/2020)

*Diario Oficial de la Federación-DOF.* (2020d, 20 de marzo). Acuerdo por el que se establece la suspensión de plazos y términos legales en la Secretaría de la Función Pública, como medida de prevención y combate de la propagación del coronavirus COVID-19. Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590059&fecha=20/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590059&fecha=20/03/2020)

*Diario Oficial de la Federación-DOF.* (2020e, 20 de marzo). Acuerdo por el que se establece la suspensión de plazos y términos a que hace referencia la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal con motivo de las medidas de prevención y contención de la propagación del coronavirus COVID-19. Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590060&fecha=20/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590060&fecha=20/03/2020)

*Diario Oficial de la Federación-DOF.* (2020f, 20 de marzo). Acuerdo por el que se suspenden los plazos y términos legales en la Auditoría Superior de la Federación, como medida preventiva frente al coronavirus (COVID-19). Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5589962&fecha=20/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5589962&fecha=20/03/2020)

*Diario Oficial de la Federación-DOF.* (2020g, 23 de marzo). Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) en México, como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia. Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020)

*Diario Oficial de la Federación-DOF.* (2020h, 24 de marzo). Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberían implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020)

*Diario Oficial de la Federación-DOF.* (2020i, 27 de marzo). Decreto por el que se declaran 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). Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590673&fecha=27/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590673&fecha=27/03/2020) *Diario Oficial de la Federación-DOF*. (2020j, 27 de marzo). Decreto por el que se declaran 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-CoV2 (COVID-19). Recuperado el 12 de septiembre de 2020, de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590673&fecha=27/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590673&fecha=27/03/2020)
- Diario Oficial de la Federación-DOF*. (2020k, 30 de marzo). Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30/03/2020)
- Diario Oficial de la Federación-DOF*. (2020l, 31 de marzo). Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2. Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590914&fecha=31/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590914&fecha=31/03/2020)
- Dunn, P., Allen, L., Cameron, G. y Alderwick, H. (2020). COVID-19 policy tracker. *The Health Foundation*. Recuperado de <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/covid-19-policy-tracker>
- El coronavirus es un invitado que no nos hará temblar: Jorge Alcocer. (2020). *Publimetro*. Recuperado de <https://www.publimetro.com.mx/mx/nacional/2020/03/06/coronavirus-invitado-no-nos-hara-temblar-jorge-alcocer.html>
- Encinas, D. (2016). Los escudos de la democracia en Argentina y Perú: la crisis como ruta hacia el autoritarismo competitivo. *Revista de Ciencia Política*, 36 (3), 631-654.
- Enemark, C. (2009). Is pandemic flu a security threat? *Survival*, 51 (1), 191-214.
- Ernst, C. y López Mourelo, E. (2020, 20 de abril). *La COVID-19 y el mundo del trabajo en Argentina: impacto y respuestas de política*. Buenos Aires: Oficina de País de la OIT para la Argentina.
- Estrada, L., Garibaldi, F. y Aguirre, C. (2020). Evaluación de Transparencia. Herramienta Cimtra-Covid-19. Presentación de Resultados. México: Ciudadanos por Municipios Transparentes.
- Fetene, G. T. y Dimitriadis, G. (2010). Globalization, public policy, and “knowledge gap”: Ethiopian youth and the HIV/AIDS pandemic. *Journal of Education Policy*, 25 (4), 425-441.

- Fierros Hernández, A. (2014). Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX). *Gaceta Médica de México* (150), 195-199.
- Fink, S. (2000). *Crisis management: Planning for the inevitable*. Bloomington: iUniverse.
- Frandsen, F. y Johansen, W. (2020). Advice on communicating during crisis: A study of popular crisis management books. *International Journal of Business Communication*, 57 (2), 260-276.
- Fondo Monetario Internacional-FMI. (2020). Policy responses to COVID-19. *Policy tracker*. Washington, D.C: Autor. Recuperado el 13 de septiembre de 2020, de <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19>
- Galaz, V., Moberg, F., Olsson, E. K., Paglia, E. y Parker, C. (2010). Institutional and political leadership dimensions of cascading ecological crises. *Public Administration*, 89 (2), 361-380.
- Gamba, L. (2020, 28 de mayo). COVID-19 accelerates in Brazil, Peru, Chile and Mexico. *Anadolu Agency*. Recuperado de <https://www.aa.com.tr/en/americas/covid-19-accelerates-in-brazil-peru-chile-and-mexico/1855718>
- Gersovitz, M. y Hammer, J. S. (2003). Infectious diseases, public policy, and the marriage of economics and epidemiology. *The World Bank Research Observer*, 18 (2), 129-157.
- Gérvás, J. y Hernández-Aguado, I. (2007). Grupo Jornada Situaciones de Crisis. Aciertos y errores en la gestión de las crisis de salud pública en España. *Gaceta Sanitaria*, 23 (1), 67-71.
- Gérvás, J. y Meneu, R. (2010). Las crisis de salud pública en una sociedad desarrollada. Aciertos y limitaciones en España. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24 (1), 33-36.
- Ghanchi, A. (2020). Adaptation of the National Plan for the Prevention and Fight Against Pandemic Influenza to the 2020 COVID-19 Epidemic in France. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness, First View*, 1-3.
- Gillespie, N. y Dietz, G. (2009). Trust repair after an organization-level failure. *Academy of Management Review*, 34 (1), 127-145.
- Gilpin, D. R. y Murphy, P. J. (2008). *Crisis management in a complex world*. Nueva York: Oxford University Press.
- Gobierno de Colima. (2020). Portal Salud Colima. Recuperado de [http://www.saludcolima.gob.mx/transparencia/index\\_proactiva\\_covid19.php#ver-adquisiciones](http://www.saludcolima.gob.mx/transparencia/index_proactiva_covid19.php#ver-adquisiciones)

- Gobierno de Zapopan. (2020, junio). Deuda pública. Gobierno Municipal de Zapopan. Recuperado de <https://www.zapopan.gob.mx/transparencia/articulo-8/deudapublica/>
- Gobierno de la Ciudad de México. (2020a). Afluencia preliminar en transporte público. Recuperado de <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/afluencia-preliminar-en-transporte-publico>
- Gobierno de la Ciudad de México. (2020b). Histórico de Capacidad hospitalaria ZMVM. Recuperado de <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/capacidad-hospitalaria>
- Gobierno de la Ciudad de México. (2020c). Covid-19 SINAVE Ciudad de México. Recuperado de <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/base-covid-sinave>
- Gobierno de la Ciudad de México. (2020d). Inventario de medidas por contingencia COVID-19. Recuperado de <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/inventario-medidas-contingencia-covid19>
- Gobierno del Estado de Jalisco. (2020a, 24 de julio). *Ejercicio del gasto*. Coronavirus Jalisco. Recuperado de <https://coronavirus.jalisco.gob.mx/ejercicio-del-gasto/>
- Gobierno del Estado de Jalisco. (2020b, 30 de junio). Mil 47 personas recuperadas de COVID-19 reporta Jalisco. Recuperado de <https://www.jalisco.gob.mx/es/prensa/noticias/106887>
- Gobierno del Estado de Jalisco. (s.f.). Boletines de prensa. Recuperados de <https://www.jalisco.gob.mx/es/prensa>
- Gobierno de México. (2020a). Nueva normalidad. Reactivación de la economía mexicana segura y responsable. Recuperado de <https://www.gob.mx/covid19medidaseconomicas/acciones-y-programas/nueva-normalidad-244196>
- Gobierno de México. (2020b). *Algoritmos interinos para la atención del COVID-19*. Recuperado de [http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/system/files/Algoritmos\\_interinos\\_COVID19\\_CTEC.pdf](http://educacionensalud.imss.gob.mx/es/system/files/Algoritmos_interinos_COVID19_CTEC.pdf)
- Gobierno de Nuevo León. (2020a). Informe Financiero de Nuevo León por COVID-19. Recuperado de <https://www.nl.gob.mx/informefinanciero-covid-19>
- Gobierno de Nuevo León. (2020b, julio). Licitaciones adjudicaciones y contratos. Sistema Estatal de Transparencia Nuevo León. Recuperado de <https://transparencia.nl.gob.mx/site/consulta?fi=MjAyMCM0wNS0wNg%3D%3D&ff=MjAyMCM0wOS0wMw%3D%3D&concepto=Nw%3D%3D&page=32>
- Gobierno de Zacatecas. (2020, 29 de julio). Transparencia Proactiva. Servicios de Salud Zacatecas. Recuperado de <https://www.saludzac.gob.mx/home/index.php/covid-19/transparencia-proactiva>

- Gobierno y hospitales privados extienden por un mes más convenio de salud. (2020). *El Financiero*. Recuperado de <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/gobierno-y-hospitales-privados-extienden-union-de-sistemas-de-salud-por-un-mes-mas>
- Goñi, U. (2020, 21 de abril). Lockdowns leave por Latin Americans with impossible choice: Stay home or feed families. *The Guardian*. Recuperado de <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/21/latin-america-coronavirus-lockdowns-low-income>
- Gottschalk, J. (2002). *Crisis management*. Capstone: Express Exec.
- Greve, H., Palmer, D. y Pozner, J. E. (2010). Organizations gone wild: The causes, processes, and consequences of organizational misconduct. *Academy of Management Annals*, 4 (1), 53-107.
- Griffin, A. (2014). *Crisis, issues and reputation management*. Londres: Kogan Page.
- Guerra Vásquez, R. (2020, 8 de septiembre). A 6 meses del primer caso COVID-19: ¿Cuánto dinero se transfirió para contener la pandemia y cómo va el gasto? *El Comercio*. Recuperado de <https://elcomercio.pe/economia/peru/tablets-a-6-meses-del-primer-caso-covid-19-cuanto-dinero-se-transfirió-para-contener-la-pandemia-y-como-va-el-gasto-atu-mtc-minedu-ncze-noticia/>
- Häkkinen, U. (2002). The production of health and the demand for healthcare in Finland. *Social Science & Medicine*, 33 (3), 225-237.
- Hammond, T. H. (2007). Why is the intelligence community so difficult to redesign? Smart practices, conflicting goals, and the creation of purpose-based organizations. *Governance*, 20 (3), 401-422.
- Head, B. W. (2008). Wicked problems in public policy. *Public Policy*, 3 (2), 101-118.
- Hevia, C. y Neumeyer, A. (2020). *Un marzo conceptual para analizar el impacto económico del COVID-19 y sus repercusiones en las políticas* (Serie de documentos de política pública 1). Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Holmes, A. (2009). *Managing through turbulent times*. Hampshire: Harriman House.
- Informal employment reached 73% in Peru. (2020, 14 de enero). Staffing America Latina. Recuperado de <https://staffingamericalatina.com/en/el-empleo-informal-alcanza-el-73-en-peru/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social-IMMS. (2020). Presenta IMMS Plan de Preparación y Respuesta Institucional COVID-19. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/171>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (2015a). *Encuesta Intercensal 2015*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/default.html#Publicaciones>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (2015b). Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015 Jalisco. Recuperado de [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvnegi/productos/nueva\\_estruc/702825078966.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvnegi/productos/nueva_estruc/702825078966.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-INEGI. (2019). Características de las defunciones registradas en México durante 2018. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>
- International Monetary Fund-IMF. (Ed.). (2020, 31 de julio). *Policy Tracker*. EE. UU.: Autor.
- Jaramillo, M. y Ñopo, H. (2020, marzo). *Covid-19 y el shock externo: impactos económicos y opciones de política en el Perú* (COVID-19. Serie de Documentos de Política Pública 5). Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-América Latina y el Caribe.
- Johns Hopkins University and Medicine. (2020, 1 de agosto). Mortality analyses. Recuperado de <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>
- Johnson, T. (2018). *Crisis leadership: How to lead in times of crisis, threat and uncertainty*. Londres: Bloomsbury.
- Kahn, W. A., Barton, M. A. y Fellows, S. (2013). Organizational crises and the disturbance of relational systems. *Academy of Management Review*, 38 (3), 377-396.
- Kamradt-Scott, A. (2012). Changing perceptions of pandemic influenza and public health responses. *American Journal of Public Health Policy*, 102 (1), 90-98.
- Kamradt-Scott, A. y McInnes, C. (2012). The securitisation of pandemic influenza: Framing, security and public policy. *Global Public Health*, 7 (2), 95-110.
- Kickbusch, I. (1997). New players for a new era: Responding to the global public health challenges. *Journal of Public Health Medicine*, 19 (2), 171-178.
- Kilbourne, E. D. (2006). Influenza Pandemics of the 20th Century. *Emerging Infectious Diseases*, 12 (1), 9- 14.
- Kurtz, M. J. (2013). *Latin American State-Building in Comparative Perspective*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Lamata Cotanda, F. (2006). Crisis sanitarias y respuesta política. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 4 (3), 401-406.

- La triple crisis de Perú: sanitaria, económica y ahora también política. (2020, 14 de septiembre). Infobae. Recuperado de <https://www.infobae.com/america/america-latina/2020/09/14/la-triple-tesis-de-peru-sanitaria-economica-y-ahora-tambien-politica/>
- Lee, K. (2009). Understandings of global health governance: The contested landscape. En A. Kay y O. Williams (eds.), *Global health governance* (International Political Economy Series; pp. 27-41). Londres: Palgrave Macmillan.
- Lerbinger, O. (1997). *The crisis manager: Facing risk and responsibility*. Mahwah: Erlbaum.
- Lerbinger, O. (2012). *The crisis manager: Facing disasters, conflicts, and failures*. Nueva York: Routledge.
- Lin, Z., Zhao, X., Ismail, K. y Carley, K. M. (2006). Organizational design and restructuring in response to crises: Lessons from computational modeling and real-world cases. *Organization Science*, 17 (5), 598-618.
- Lukaszewski, J. E. y Noakes-Fry, K. (2013). *Lukaszewski on crisis communication: What your CEO needs to know about reputation risk and crisis management*. Brookfield: Rothstein Associates.
- Magnusson, R. (2017). Chapter 10: Controlling the spread of infectious diseases. *Advancing the right to health: The vital role of law* (pp. 151-164). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- McKibbin, W. J. y Sidorenko, A. A. (2006, febrero). Global macroeconomic consequences of pandemic onfluenza. *CAMA Working Papers* (pp. 7-9). Australia: Universidad Nacional de Australia-Centro de Análisis de Macroeconomía Aplicada.
- Mehr, M. K. y Jahanian, R. (2016). Crisis management and its process in organization. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 7 (5), 143-148
- Mena, M. (2011). Gestión de crisis. Panorama y lecturas introductorias. En M. Mena (comp.), *Gestión de crisis* (pp. 17-52). Ciudad de México: Siglo XXI.
- México suma 5 muertes y 405 casos confirmados de COVID-19. (2020). *Animal Político*. Recuperado de <https://www.animalpolitico.com/2020/03/mexico-suma-5-muertes-y-405-casos-confirmados-de-covid-19/>
- Meyer, G. (2017). *Corporate smokejumper. Crisis management: Tools, tales and techniques*. Newark: Blue Blaze Books.
- Millán Valencia, A. (2020, 12 de junio). Coronavirus en Perú | La escasez de oxígeno por el Covid-19 que puso en alerta al gobierno. *BBC News Mundo*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53025355>.

- Mitroff, I., Pauchant, T. C. y Shrivastava, P. (1988). The structure of man-made organizational crises: Conceptual and empirical issues in the development of a general theory of crisis management. *Technological Forecasting and Social Change*, 33 (2), 83-107.
- Molteni, M. (2020, 23 de marzo). How Argentina's strict Covid-19 lockdown saved lives. *Wired*. Recuperado de <https://www.wired.com/story/how-argentinans-strict-covid-19-lockdown-saved-lives/>
- Mongoven, A. (2006). The war on disease and the war on terror: A dangerous metaphorical nexus? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 15 (4), 403-416.
- Moore, K. A., Lipsitch M., Barry J. M. y Osterholm, M. T. (2020). Part 1: The future of the COVID-19 pandemic: Lessons learned from pandemic influenza. *COVID-19: The CIDRAP Viewpoint* (pp. 3-4). EE. UU.: University of Minnesota.
- Newman, B. y Mejía, M. (2009). *Organizaciones en la mira: comunicación estratégica para prevenir y manejar las crisis*. México: Fondo de Cultura Económica.
- “No podemos pagar nada”, Argentina se hunde en crisis económica por Covid-19. (2020, 16 de abril). *El Sol de México*. Recuperado de <https://www.elsoldemexico.com.mx/finanzas/no-podemos-pagar-nada-argentina-se-hunde-en-crisis-economica-por-covid-19-5110682.html>
- O'Malley, P., Rainford, J. y Thompson, A. (2009). Transparency during public health emergencies: From rhetoric to reality. *Bulletin of the World Health Organization*, 87 (8), 565-644. Recuperado de <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/8/08-056689/en/>
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2001). *El Reglamento Sanitario Internacional como Instrumento de Gestión de los riesgos de Importancia Internacional Apremiante Relacionados con la Salud Pública*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2004). *Informal consultation on influenza pandemic preparedness in countries with limited resources*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2005a). *Reglamento Sanitario Internacional*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2005b). *WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning (Global Influenza Program)*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2007). *A safer future: Global public health security in the 21st century. World Health Report 2007*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2018). *SMVRG Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe*. Ginebra: Autor.

- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2019). Global spending on health: a world in transition. Geneva: (WHO/HIS/HGF/HF(WorkingPaper/19.4).
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2020). *COVID-19 Strategy Update*. Ginebra: Autor.
- Organización de las Naciones Unidas-ONU. (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado en agosto de 2020, de <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Organización de las Naciones Unidas-ONU. (2020a). *Policy brief. The Impact of COVID-19 on Latin America and the Caribbean*. Nueva York: Autor.
- Organización de las Naciones Unidas-ONU. (2020b). *Análisis inicial de las Naciones Unidas, COVID-19 en Argentina: impacto socioeconómico y ambiental*. Actualizado al 19/06/2020. Argentina: Autor.
- Open Government Partnership. (2020). Collecting Open Government Approaches to COVID-19. Recuperado de <https://www.opengovpartnership.org/collecting-open-government-approaches-to-covid-19/>
- Organización de los Estados Americanos-OEA. (2020). La CIDH y su REDESCA instan a asegurar las perspectivas de protección integral de los derechos humanos y de la salud pública frente a la pandemia del COVID-19. Recuperado en agosto de 2020, de <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/060.asp>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico-OCDE. (2020). Transparency, communication and trust: The role of public communication in responding to the wave of disinformation about the new Coronavirus. Recuperado en agosto de 2020, de <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/transparency-communication-and-trust-bef7ad6e/>
- Orgaz, C. J. (2020, 8 de abril). Coronavirus: “Se perderán 195 millones de empleos en solo 3 meses” por la pandemia, el alarmante informe de la OIT (y cómo afectará a América Latina). *BBC*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52220090>
- Paquet, C., Coulombier D., Kaiser, R. y Ciotti, M. (2006). Epidemic intelligence: A new framework for strengthening disease surveillance in Europe. *Euro Surveill*, 11 (12), 212-214.
- Paragassu, L., Brito, R. y Fonseca, P. (2020, 30 de marzo). Brazil’s Bolsonaro urges no more quarantine, says Jobs being lost. *Reuters*. Recuperado de <https://uk.reuters.com/article/us-health-coronavirus-brazil-bolsonaro/brazils-bolsonaro-urges-no-more-coronavirus-quarantine-says-jobs-being-lost-idUSKBN21H3I3>

- Paredes Ramírez, D. (2019, 16 de abril). Moving towards formality: The case of the informal sector in Lima, Peru. *Change Magazine*. Recuperado de <http://www.changemag-diinsider.com/blog/moving-towards-formality-the-case-of-the-informal-sector-in-lima-peru>
- Pauchant, T. y Mitroff, I. (1992). *Transforming the crisis prone organization*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Pereira, G. (2020, 11 de marzo). El coronavirus ya es pandemia: qué significa y cómo afecta a la Argentina. *El Cronista*. Recuperado de <https://www.cronista.com/informaciongral/El-coronavirus-ya-es-pandemia-que-significa-y-como-afecta-a-la-Argentina-20200311-0042.html>
- Pérez Maldonado, R. (2020, 17 de junio). Aprobación del presidente de Perú cae a 70% tras 90 días de cuarentena por coronavirus. *La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.cl/aprobacion-del-presidente-de-peru-cae-a-70-tras-90-dias-de-cuarentena-por-coronavirus/>
- Perrow, C. (1984). *Normal accidents: Living with high-risk technologies*. Princeton: Princeton University Press.
- Perry, W. R. y Quarantelli, E. L. (2005). *What is a disaster?: New answers to old questions*. Philadelphia: Xlibris.
- Perú confirmó 71 casos de coronavirus, ordenó una cuarentena generalizada y el cierre total de fronteras. (2020, 15 de marzo). Infobae. Recuperado de <https://www.infobae.com/america/america-latina/2020/03/15/peru-confirmando-71-casos-de-coronavirus-y-evalua-una-cuarentena-generalizada/>
- Perú cumple cinco semanas con descenso de muertos por COVID-19. (2020, 16 de septiembre). Infobae. Recuperado de <https://www.infobae.com/america/agencias/2020/09/16/peru-cumple-cinco-semanas-con-descenso-de-muertos-por-covid-19/>
- Perú-Gasto público salud. (2020). *Expansión / Datosmacro.com*. Recuperado el 14 de septiembre de 2020, de <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/peru>
- Perú es el país con la mayor tasa de mortalidad por coronavirus. (2020, 27 de agosto). *dw Noticias*. Recuperado de <https://www.dw.com/es/perú-es-el-país-con-la-mayor-tasa-de-mortalidad-por-coronavirus/av-54722911>
- Petak, W. J. (1985). Emergency management: A challenge for public administration. *Public Administration Review*, 45, 3-7.
- Pighi, B. P. (2020, 28 de agosto). Coronavirus en Perú: 5 factores que explican por qué es el país con la mayor tasa de mortalidad entre los más afectados por la

- pandemia. *BBC News Mundo*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53940042>.
- ¿Por qué crece la informalidad laboral de Perú? (2020, 27 de agosto). *Gestión*. Recuperado de <https://gestion.pe/economia/trabajo-informal-economia-peruana-por-que-crece-la-informalidad-laboral-de-peru-noticia/>
- Porter, J., Odgen, J. y Pronyk, P. (1999). Infectious disease policy: Towards the production of health. *Health Policy and Planning*, 14 (4), 322-328.
- Potter, C. (2001). A history of influenza. *Journal of Applied Microbiology*, 91 (4), 572-579.
- Propuesta: Principios de AIP en situaciones de emergencias sanitarias. (2020). Alianza Regional. Recuperado de <http://www.alianzaregional.net/blog/2020/05/27/propuesta-principios-de-aip-en-situaciones-de-emergencias-sanitarias/>
- Quigley, J. (2020, 14 de abril). Perú ya es el segundo país de AL con más casos de COVID-19, ¿por qué? Porque aumentó las pruebas. *El Financiero*. Recuperado de <https://www.elfinanciero.com.mx/mundo/aumentan-casos-de-covid-19-en-peru-por-mayor-numero-de-pruebas>
- Rechel, B. y McKee, M. (2014). Facets of public health in Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Bruselas: Open University.
- Rhee, M. y Valdez, M. E. (2009). Contextual factors surrounding reputation damage with potential implications for reputation repair. *Academy of Management Review*, 34 (1), 146-168.
- Roberts, K. H., Madsen, P. y Desai, V. (2007). Organizational sensemaking during crisis. En C. M. Pearson, C. Roux-Dufort y J. A. Clair (eds.), *International handbook of organizational crisis management* (pp. 107-122). Thousand Oaks: Sage.
- Rodríguez, L. (2020, 16 de junio). Inegi ubica a hospitales que atienden coronavirus. *El Diario, NTR*. Recuperado de [https://www.ntrguadalajara.com/post.php?id\\_nota=150252](https://www.ntrguadalajara.com/post.php?id_nota=150252)
- Rosenthal, M., Charles, T. y 't Hart, P. (1989). *Coping with crises: The management of disasters, riots and terrorism*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Rosenthal, U. y Kouzmin, A. (1997). Crises and crisis management: Toward comprehensive government decision making. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 7 (2), 277-304.
- Roux-Dufort, C. (2007). Is crisis management (only) a management of exceptions? *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 15 (2), 105-114.

- Ruiz Caro, A. (2020, 2 de julio). Contrastes entre las estrategias para derrotar el COVID-19 en Sudamérica. *Americas Program*. Recuperado de <https://www.americas.org/es/contrastes-entre-las-estrategias-para-derrotar-al-covid-19-en-sudamerica/>
- Santillana Santos, M. E. (2006). *La importancia de la actividad minera en la economía y sociedad peruana* (Series CEPAL Recursos Naturales y Desarrollo, pp. 13-15). Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe-División de Recursos Naturales e Infraestructura.
- Secretaría de Salud-SSA. (2019). Sistema de Información de la Secretaría de Salud. Recuperado de <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>
- Secretaría de Salud-SSA. (2020a, 22 de enero). 015. Acciones de preparación y respuesta ante nuevo coronavirus (2019-nCoV) para la protección de la salud en México. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/015-acciones-de-preparacion-y-respuesta-ante-nuevo-coronavirus-2019-ncov-para-la-proteccion-de-la-salud-en-mexico?idiom=es>
- Secretaría de Salud-SSA. (2020b, 30 de enero). 033. México está preparado para enfrentar coronavirus (2019-nCoV). Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/033-mexico-esta-preparado-para-enfrentar-coronavirus-2019-ncov?idiom=es>
- Secretaría de Salud-SSA. (2020c, 30 de enero). Se reúne de forma extraordinaria el Comité Nacional para la Seguridad en Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/se-reune-de-forma-extraordinaria-el-comite-nacional-para-la-seguridad-en-salud?idiom=es#:~:text=El%20Comit%C3%A9%20Nacional%20para%20la%20Seguridad%20en%20Salud%20es%20la,materia%20de%20seguridad%20en%20salud>
- Secretaría de Salud-SSA. (2020d, 11 de febrero). 054. México cuenta con lineamientos para vigilancia epidemiológica, diagnóstico y atención por coronavirus COVID-2019. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/mexico-cuenta-con-lineamientos-para-la-vigilancia-epidemiologica-diagnostico-por-laboratorio-y-atencion-medica-de-personas-con-sospecha-o-confirmacion-al-nuevo-coronavirus-covid-2019?idiom=es>
- Secretaría de Salud-SSA. (2020e, 28 de febrero). 077. Se confirma en México caso importado de coronavirus COVID-19. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/077-se-confirma-en-mexico-caso-importado-de-coronavirus-covid-19?idiom=es>
- Secretaría de Salud-SSA. (2020f, 4 de marzo). 080. Se contará con insumos necesarios para pruebas de laboratorio para coronavirus COVID-19: Alcocer Varela.

Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/080-se-contara-con-insumos-necesarios-para-pruebas-de-laboratorio-para-coronavirus-covid-19-alcocer-va-rela?idiom=es>

Secretaría de Salud-SSA. (2020g, 13 de marzo). 089. Secretaría de Salud llama a la población a mantenerse informada y en calma sobre evolución de COVID-19. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/089-secretaria-de-salud-llama-a-la-poblacion-a-mantenerse-informada-y-en-calma-sobre-evolucion-de-covid-19?idiom=es>

Secretaría de Salud-SSA. (2020h, 19 de marzo). 092. Se declara en sesión permanente el Consejo de Salubridad General. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/092-se-declara-en-sesion-permanente-el-consejo-de-salubridad-general>

Secretaría de Salud-SSA. (2020i, 6 de abril). 099. Disposiciones para la adquisición y fabricación de ventiladores, durante la emergencia de salud pública por coronavirus (COVID-19). Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/disposiciones-para-la-adquisicion-y-fabricacion-de-ventiladores-durante-la-emergencia-de-salud-publica-por-coronavirus-2019-covid-19-239783?idiom=es>

Secretaría de Salud-SSA. (2020j, 7 de abril). 101. México acelera acciones para enfrentar casos graves por virus SARS-CoV-2. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/101-mexico-acelera-acciones-para-enfrentar-casos-graves-por-virus-sars-cov-2?idiom=es>

Secretaría de Salud-SSA. (2020k, 8 de abril). 102. Agiliza Cofepris emisión de permisos de importación y exportación para todos los insumos para la salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/102-agiliza-cofepris-emision-de-permisos-de-importacion-y-exportacion-para-todos-los-insumos-para-la-salud?idiom=es>

Secretaría de Salud-SSA. (2020l, 13 de abril). 105. Sector Salud suscribe convenio con hospitales privados para hacer frente a la pandemia de COVID-19. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/105-sector-salud-suscribe-convenio-con-hospitales-privados-para-hacer-frente-a-la-pandemia-de-covid-19?idiom=es>

Secretaría de Salud-SSA. (2020m, 21 de abril). 110. Inicia la fase 3 por COVID-19. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/110-inicia-la-fase-3-por-covid-19?idiom=es>

Secretaría de Salud-SSA. (2020n, 21 de abril). 111. Hospitales privados atenderán a pacientes del sector salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/111-hospitales-privados-atenderan-a-pacientes-del-sector-salud?idiom=es>

- Secretaría de Salud-SSA. (2020o, 9 de mayo). 116. Estrategia para atender salud emocional del personal en hospitales COVID-19. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/116-estrategia-para-atender-salud-emocional-del-personal-en-hospitales-covid-19?idiom=es>
- Secretaría de Salud-SSA. (2020p, 17 de mayo). 120. Estrategia contra Covid-19: Inicia Insabi distribución de 1,226 camas para hospitales. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/estrategia-contra-covid-19-inicia-insabi-distribucion-de-1-226-camas-para-hospitales?idiom=es>
- Secretaría de Salud-SSA. (2020q, 19 de junio). 136. Expertos de México, OPS y el CDC participan en seminario sobre vigilancia epidemiológica y pruebas de diagnóstico. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/136-expertos-de-mexico-ops-y-el-cdc-participan-en-seminario-sobre-vigilancia-epidemiologica-y-pruebas-de-diagnostico?idiom=es>
- Secretaría de Salud-SSA. (2020r, 18 de marzo). Reunión de trabajo sobre COVID-19 entre comités nacionales de Emergencias y de Seguridad en Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/091-reunion-de-trabajo-sobre-covid-19-entre-comites-nacionales-de-emergencias-y-de-seguridad-en-salud?idiom=es>
- Secretaría de Salud-SSA. (2020s). Comunicado Técnico Diario COVID-19 MÉXICO. Recuperado de <https://coronavirus.gob.mx/2020/06/30/conferencia-30-de-junio/>
- Secretaría de Salud-SSA. (s.f.a). Datos en Salud. Recuperado de <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>
- Secretaría de Salud-SSA. (s.f.b). Defunciones/Causas de defunción. Recuperado de <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>
- Secretaría de Salud-SSA. (s.f.c). Servicios otorgados/Salud en el adulto y en el anciano. Recuperado de <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>
- Secretaría de Salud de Jalisco-SSJ. (2019a). Boletín Epidemiológico 2019. Recuperado de <https://ssj.jalisco.gob.mx/estadisticas-e-indicadores/8878>
- Secretaría de Salud de Jalisco-SSJ. (2019b). Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Recuperado de <https://ssj.jalisco.gob.mx/estadisticas-e-indicadores/8878>
- Secretaría de la Función Pública-SFP. (2017, 14 de marzo). 1.3.3 Adjudicación directa (LOPSRM y LAASSP). Recuperado de <https://www.gob.mx/sfp/acciones-y-programas/1-3-3-adjudicacion-directa>
- Simón Soria, F. y Guillén Enríquez, F. J. (2008). Amenazas para la salud y crisis sanitarias. Aproximación a la alerta y respuesta. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22 (1), 65-70.

- Smink, V. (2020, 21 de agosto). Coronavirus en Argentina: los efectos que está teniendo la cuarentena más larga del mundo sobre los argentinos. *BBC*. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53857858>
- Smith, R. S. (1979). How to plan for crisis communications. *Public Relations Journal*, 35 (3), 17-18.
- Stanwell-Smith, R. (2001). Public health medicine in transition. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94 (7), 319-321.
- Stokes, S. (2001). *Mandates and democracy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strosberg, M. A. (2006). Allocating scarce resources in a pandemic: Ethical and public policy dimensions. *Virtual Mentor*, 8 (4), 241-244.
- Sturges, D. L. (1994). Communicating through crisis: A strategy for organizational survival. *Management Communication Quarterly*, 7 (3), 297-316.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación-SCJN. (2020, 17 de marzo). Acuerdo General número 3/2020, de diecisiete de marzo de dos mil veinte, del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, por el que se suspenden actividades jurisdiccionales y, por ende, se declaran inhábiles los días que comprenden del dieciocho de marzo al diecinueve de abril de dos mil veinte, y se habilitan los días que resulten necesarios para proveer sobre la admisión y suspensión de controversias constitucionales urgentes. Recuperado de [https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/acuerdos\\_generales/documento/2020-03/3-2020%20%28COVID-19%29%20FIRMA.pdf](https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/acuerdos_generales/documento/2020-03/3-2020%20%28COVID-19%29%20FIRMA.pdf)
- Taj, M. y Kurmanaev, A. (2020, 16 de junio). El virus exhibe las debilidades de la historia de éxito de Perú. *The New York Times*. Recuperado de <https://www.nytimes.com/es/2020/06/12/espanol/america-latina/peru-coronavirus-corrupcion-muertes.html>
- Tegel, S. (2020, 17 de septiembre). Peru's president faces impeachment vote amid lethal coronavirus outbreak. *The Washington Post*. Recuperado de [https://www.washingtonpost.com/world/the\\_americas/peru-vizcarra-impeachment-vote/2020/09/16/d45829c6-f78b-11ea-a275-1a2c2d36e1f1\\_story.html](https://www.washingtonpost.com/world/the_americas/peru-vizcarra-impeachment-vote/2020/09/16/d45829c6-f78b-11ea-a275-1a2c2d36e1f1_story.html)
- Transparencia Mexicana. (2020a, julio 15). Deuda pública en tiempos de COVID-19. Recuperado de <https://www.tm.org.mx/susanavigilancia-deudapublica-covid19/>
- Transparencia Mexicana. (2020b, julio 29). (In)cumplimiento de las obligaciones de transparencia en contrataciones por COVID-19. Recuperado de <https://www.tm.org.mx/susanavigilancia-cumplimientoleytransparenciacontrataciones-covid19/>

- United Nations Office on Drugs and Crime-UNODC. (2020). La rendición de cuentas y la prevención de la corrupción en la asignación y distribución de paquetes de rescate económico de emergencia en el contexto de la pandemia COVID-19 y sus repercusiones. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/Advocacy-Section/COVID-19\\_and\\_Anti-Corruption-ES.pdf](https://www.unodc.org/documents/Advocacy-Section/COVID-19_and_Anti-Corruption-ES.pdf)
- Veil, S. R., Buehner, T. y Palenchar, M. J. (2011). A work-in-process literature review: Incorporating social media in risk and crisis communication. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 19 (2), 110-122.
- Vogus, T. J. y Welbourne, T. M. (2003). Structuring for high reliability: HR practices and mindful processes in reliability-seeking organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 24 (7), 877-903.
- Waugh, W. L. (Ed.). (2006). Shelter from the storm: Repairing the National Emergency Management System after Hurricane Katrina. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 604 (1), 10-25.
- Weyland, K. (2002). *The politics of market reform in fragile democracies*. Princeton: Princeton University Press.
- Winslow, C. E. A. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51 (1306), 23-33.
- World Health Organization-WHO. (2019). *Global spending on health: A world in transition* (WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/19.4). Geneva: Autor.
- World Health Organization-WHO. (2020a, 1 de agosto). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Recuperado de <https://covid19.who.int/table>
- World Health Organization-WHO. (2020b, 16 de diciembre). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Recuperado de <https://covid19.who.int/>
- Xantomila, J. (2020, 16 de julio). Se dispara tasa de desempleo en México en 2º trimestre, reportan. *La Jornada*. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/ultimas/economia/2020/07/16/en-el-2deg-trimestre-13-millones-800-mil-perdieron-su-empleo-en-mexico-1348.html>
- Zahra, S. A. y George, G. (2002). Absorptive capacity: A review, reconceptualization, and extension. *Academy of Management Review*, 27 (2), 185-203.
- Zuniga Quiroga, J. (2020, 7 de abril). La deuda pública en América Latina. *Panorámica*. Recuperado de <https://www.panoramical.eu/columnas/44148/>

*Rendir cuentas en situaciones de emergencia:  
un modelo basado en la evidencia*

se terminó de editar en mayo de 2021

Epígrafe. Diseño editorial

Parque de las Estrellas 2696, Jardines del Bosque  
Guadalajara, Jalisco. México

La edición consta de 1 ejemplar.

*Diseño y diagramación*

Verónica Segovia González

*Corrección*

Norma Atilano Casillas