

LIBRO BLANCO DEL 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”

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS (CIDE)

**PROYECTO 313594 FINANCIADO POR EL CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y
TECNOLOGÍA (CONACYT)**

Equipo de trabajo: Mauricio Merino Huerta (Responsable técnico), Jaime Hernández Colorado y Lourdes Morales Canales (Dirección), 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.

Fecha de entrega del informe técnico: 1 de octubre de 2020

Principales siglas y abreviaturas

AEFCM. Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México
API-Guaymas. Administración Portuaria Integral de Guaymas.
API-Manzanillo. Administración Portuaria Integral de Manzanillo.
BIENESTAR. Secretaría de Bienestar
Ccinshae. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CDMX. Ciudad de México
CENACE. Centro Nacional de Control de Energía
Cenaprece. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
Cenetec. 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 del Instituto Politécnico Nacional (IPN)
CIQA. Centro de Investigación en Química Aplicada
Cofepris. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
COMIMSA. Corporación Mexicana de Investigación en Materiales, S.A. de C.V.;;
Compranet. o CompraNet es el sistema electrónico de información pública gubernamental en materia de contrataciones públicas
CONACYT. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
CONADE. Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte
CONAGUA. Comisión Nacional de Agua
CONALITEG. Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuito.
CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
Copago. 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
DESCA. Derechos económicos, sociales y culturales
DIF. 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. 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.
HIM. Hospital Infantil de México Federico Gómez
HRAEPY. Hospital Regional de Alta Especialidad 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
INP. Instituto Nacional de Pediatría
INSABI. Instituto de Salud para el Bienestar
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
OECD. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OMS. Organización Mundial de la Salud
ONU. Organización de las Naciones Unidas
OPS. Organización Panamericana de la Salud.
PEMEX. Petróleos Mexicanos
PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RELE. Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
RSI. Reglamento Sanitario Internacional
SAI. Solicitudes de acceso a la información
SALUD. Secretaría de Salud
SEDENA. Secretaría de la Defensa Nacional
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
STPS. Secretaría del Trabajo y Previsión Social
TELECOMM. Telecomunicaciones de México
TFJA. Tribunal Federal de Justicia Administrativa
UNODC. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
VER. Veracruz

I. 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 2020) como respuesta a los problemas generados por la pandemia. Finalmente, se incorporó también un análisis de buenas prácticas identificadas no sólo 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.

Este informe integrado, se ha denominado *Libro Blanco* del proyecto, por contener todos los resultados de la investigación, al margen de que los materiales expresamente generados para capacitación y divulgación se encuentran en el micrositio (www.covid19.rendiciondecuentas.org.mx) construido expresamente con esa finalidad y que contiene el resto de los elementos obtenidos de las diversas vertientes de la investigación.

II. 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 sólo 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 sólo 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 cuatro vertientes de trabajo:

- a) *Parámetros conceptuales*. Esta vertiente 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 sólo 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.
- b) *Mecanismos normativos e institucionales*. Esta vertiente 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.

- c) *Acciones de política*. Esta vertiente se enfocó 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.
- d) *Buenas prácticas*. Esta vertiente se enfocó 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, 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: (1) 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; (2) 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 (3) aquellos establecidos por la legislación nacional, federal y estatal, es decir, 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 sólo 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 la entrega de información a la ciudadanía.

III. CONTENIDO

En términos de lo establecido en la propuesta aprobada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, el proyecto 313594 “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” se acordó la elaboración de varios productos de investigación. En este *Libro Blanco* se incluyen los resultados de la investigación. El resto de los productos, que tienen que ver con capacitación y divulgación, se encuentran en el micrositio www.covid19.rendiciondecuentas.org.mx diseñado al efecto. Esa plataforma tendrá la misión de poner a disposición permanente de los gobiernos estatales y municipales los materiales derivados de este proyecto, respondiendo a los objetivos de la convocatoria en la que se enmarca.

Este *Libro Blanco* contiene los siguientes productos:

1. Informe sobre parámetros conceptuales para la gestión de crisis.
2. Informe de herramientas constitucionales, legales e institucionales para la atención de la crisis por COVID-19.
3. Informe de problemas (áreas de mejora) identificados en la gestión de crisis en los tres niveles de gobierno en México.
 - 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.

4. Informe de buenas prácticas para la gestión de crisis por COVID-19.
5. Modelo de rendición de cuentas y combate a la corrupción en la situación de crisis por COVID-19.

En anexos, se incluyen los siguientes productos:

6. Guía para la implementación del modelo de rendición de cuentas y combate a la corrupción en la situación de crisis por COVID-19.
7. Cuaderno “Rendición de cuentas y combate a la corrupción en situaciones de crisis”.
8. Cuaderno “Reducción de riesgos de corrupción en gobiernos municipales”.

ÍNDICE DEL CONTENIDO DEL LIBRO BLANCO

A. INFORME SOBRE PARÁMETROS CONCEPTUALES PARA LA GESTIÓN DE CRISIS	9
I. GOBIERNOS EN CONTEXTOS DE CRISIS	10
El concepto de crisis	10
Distintos tipos de crisis.....	11
La gestión de crisis	15
La gestión de crisis en la administración pública	20
II. ATENCIÓN DE CRISIS SANITARIAS.....	24
Salud pública y políticas de enfermedades infecciosas.....	24
Situaciones de riesgo, amenaza a la salud pública y crisis sanitaria	27
Las crisis sanitarias como riesgo de seguridad	30
Aprendizaje institucional en la atención de crisis sanitarias.....	33
B. INFORME DE HERRAMIENTAS CONSTITUCIONALES, LEGALES E INSTITUCIONALES PARA LA ATENCIÓN DE LA CRISIS POR COVID-19	38
I. MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19.....	39
II. MARCO INTERNACIONAL DE NORMAS Y RECOMENDACIONES PARA LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA ...	61
Recomendaciones internacionales.....	64
Estrategias en ejecución.....	76
C. INFORME DE PROBLEMAS (ÁREAS DE MEJORA) IDENTIFICADAS EN LA GESTIÓN DE CRISIS EN LOS TRES NIVELES DE GOBIERNO EN MÉXICO	78
I. ANÁLISIS DE LAS ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES PÚBLICAS CON RECURSOS FEDERALES EN LA ATENCIÓN A LA CRISIS POR COVID-19	79
Análisis de las adquisiciones y contrataciones públicas vinculadas con la atención a la pandemia por COVID-19	82
Instituciones del sector salud	83
Instituciones distintas al sector salud	86
Contrataciones específicas asociadas con COVID-19	89
Compra y reparación de ventiladores.....	89
Compra de medicamentos para atender a pacientes con COVID-19.....	94
Material de protección	97
Pruebas por COVID-19.....	105
Análisis de las adquisiciones y contrataciones de las instituciones del Sector Salud registradas en Compranet	112
Análisis de los tipos de contrataciones	117
Licitación pública	120
Invitación a cuando menos tres personas	123
Adjudicación directa	124
Adjudicación directa LAASSP	124
Adjudicación directa LOPSRM.....	126
Contrato entre entes públicos	127
Análisis de las adquisiciones públicas y contrataciones de Unidades Hospitalarias en la Ciudad de México.....	128

Criterios metodológicos.....	128
Hallazgos.....	129
II. ANÁLISIS DE ACCIONES ESTATALES Y MUNICIPALES EN LA ATENCIÓN A LA CRISIS POR COVID-19	136
Caso Ciudad de México	143
Caso Jalisco	157
Acciones de política pública implementadas para atender la emergencia sanitaria.....	166
Capacidad instalada y datos COVID-19.....	168
IV. ANÁLISIS CON INFORMACIÓN DEL INAI SOBRE TRANSPARENCIA Y DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN LA EMERGENCIA POR COVID-19	171
Estadística	171
D. INFORME DE BUENAS PRÁCTICAS DE GESTIÓN DE CRISIS POR COVID-19	176
I. POLÍTICAS FRENTE AL COVID-19: DISTINTAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES	177
Medidas frente a la pandemia en América Latina	178
La respuesta a la crisis COVID-19 en Argentina.....	178
La respuesta a la crisis COVID-19 en Perú.....	183
Perspectivas desde otros casos no regionales	188
Estrategias.....	189
Japón.....	190
Nueva Zelanda.....	193
Dinamarca.....	195
II. MEJORES PRÁCTICAS Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA EN EL CONTEXTO DEL COVID-19	196
E. MODELO DE RENDICIÓN DE CUENTAS Y COMBATE A LA CORRUPCIÓN	204
I. DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN AL MODELO DE RENDICIÓN DE CUENTAS	205
Vertientes de la estrategia gubernamental frente al COVID-19	208
Sustento conceptual del modelo de rendición de cuentas y combate a la corrupción	210
Elementos básicos para la gestión de crisis frente al COVID-19.....	213
II. PROPUESTA DE MODELO DE RENDICIÓN DE CUENTAS Y COMBATE A LA CORRUPCIÓN	216
[1] Toma de decisiones.....	218
[2] Sistemas de información.....	223
[3] Portal unificado de información en internet.....	226
BIBLIOGRAFÍA	229

A. INFORME SOBRE PARÁMETROS CONCEPTUALES PARA LA GESTIÓN DE CRISIS

I. 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

Quizá 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 un enfoque de comunicación social pensado en las situaciones que enfrentan las empresas privadas (Frandsen y Johansen, 2020). En este sentido, Fink 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 ésta (Fink, 2000). 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 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 (Mehr y Jahanian, 2016; Gottshalk, 2002). 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 Uriel Rosenthal *et. al* (1989; 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.

De acuerdo con Arjen Boin, *et. al.* (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 éstos, 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 ésta; 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 *et. al.*,

1988). Otto Lerbinger (1997; 2012) y W. Timothy Coombs (2007) las dividen en tres dimensiones generales y varios subtipos de acuerdo con las atribuciones de la crisis.

Tipología de crisis de Lerbinger (1997, 2012) y Coombs (2007)

	A. Víctimas	B. Accidente	C. Suceso intencional
Dimensión de crisis	<i>Definición.</i> 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.	<i>Definición.</i> 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.	<i>Definición.</i> 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 éstas 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	A.1. <i>Crisis por desastres naturales, enfermedades o pandemias (sanitarias)</i>	B. 1. <i>Crisis por desafíos</i> por un comportamiento inadecuado dentro de la organización	C. 1. <i>Crisis por errores y accidentes humanos</i> por una acción, política o producto específico de la organización
	A.2. <i>Crisis por rumores falsos</i> sobre la organización	B.2. <i>Crisis por errores y accidentes técnicos</i> por una acción, política o producto específico de la organización	C.2. <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.
	A.3 <i>Crisis por violencia</i> en el espacio de trabajo de la organización		
	A.4. <i>Crisis por malevolencia</i> (manipulación) de actores externos a la organización		

Johnson (2018) y Griffin (2014) clasifican las crisis dependiendo de si éstas son internas o externas, por el tipo de riesgos e incidentes que provocan, y respecto a 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

Bonfide (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. Estos elementos permiten diferenciar a las crisis y diferenciar el tipo de desafíos que enfrentan los tomadores de decisiones, sean públicos o privados (Pauchant y Mitroff, 1992).

Tomando 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, 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 (Boin y T'Hart 2000; Alink, *et.al.* 2001). 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.

Tipología de crisis de Arjen Boin, *et. al.* (2016)

Elementos esenciales de las crisis		A. Amenaza	B. Urgencia	C. Incertidumbre	
Tipo de crisis	Locus. Organizaciones o actores afectados	A.1. Crisis por desastres naturales, enfermedades emergentes o pandemias (sanitarias)			
	Lugar de ocurrencia	A.2. Crisis institucional			
	Nivel de atención	Bajo o Medio		B.1. Crisis progresiva	
		Alto		B.2. Crisis inminente	
	Nivel de conocimiento	Alto			C.1. Crisis conocida
		Bajo o inexistente			C.2. Crisis desconocida

Además, si se toma el elemento de urgencia se pueden distinguir las crisis por su nivel de atención, es decir, de acuerdo 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 concretar 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, *et.al.* 2010). Este tipo de respuestas gubernamentales suelen requerir mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, pues 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, éstas 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 sólo 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 (Smith, 1979; Newman y Mejía, 2009). 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 (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, 2003). 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 utilizaban 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 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 del 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 ésta; 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 *et.al*, 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 a 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 (Perrow, 1984; Bigley *et. al.*, 2001).

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 análisis 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 *et.al.* 2010; Lin *et. al.* 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 *et. al.*, 2013; Roberts *et. al.* 2007). De nuevo, este elemento se vincula directamente con la identificación de mecanismos que permitan no sólo 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 que las percepciones negativas sobre la organización se reducen si esta se anticipa y comunica de forma clara y honesta la información sobre la crisis. Esto va de la mano de la importancia de reconocer las debilidades o problemas internos que permitieron que

la crisis ocurriera o que impidieron lidiar con ésta 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 et.al. , 2011).

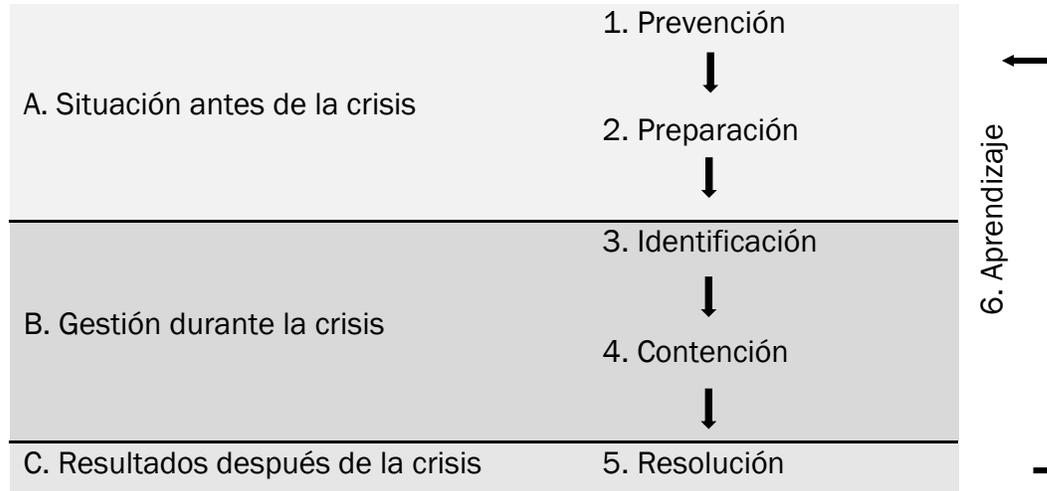
En ese sentido, David L. Sturges (1994) considera que hay tres categorías de información que deben atenderse en el ciclo de vida de las crisis: primero, *información instructiva*, dicho de otra forma, guías sobre cómo deben comportarse las víctimas (personas afectadas por la crisis); segundo, *información flexible* que le permita a las víctimas lidiar psicológicamente con la magnitud y consecuencias de la crisis; y, finalmente, *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 éstas 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 un proceso 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 (Fink, 2000; Deister 2008), no obstante, sugieren que hay más de tres etapas en la gestión de crisis y proponen pasos similares al proceso de políticas públicas: **primero**, hay una etapa de prevención en la que se busca evitar que ocurra la crisis con acciones concretas y donde se identifican riesgos y amenazas para la organización; **segundo**, existe un lapso de preparación, en la 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 de acuerdo con su nivel de riesgo (alto, medio, bajo); **tercero**, hay un momento

de identificación, en la que la organización se percató de la existencia de una crisis, se intenta identificar el origen y su magnitud, y se inicia un plan de acción sopesando distintas alternativas para hacerle frente; **cuarto**, 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. En la **quinta** 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; y finalmente, en la **sexta** y última etapa, hay un proceso de aprendizaje resultado de la evaluación de las acciones implementadas, el impacto de la crisis, el desempeño de la organización durante ésta, así como el de sus integrantes y, por tanto, se adapta la organización a las nuevas condiciones post-crisis de manera que pueda prevenirse y contenerse mejor en situaciones similares en el futuro (Mena, 2011; Deister 2011).

Etapas de la crisis (Fink, 2000, Deister 2008, y Bundy *et.al*, 2016)



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 las responsabilidades 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 al 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 (Petak, 1985; Christensen y Lægreid, 2007).

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 (Hammond, 2007; Cogan, 1994). 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 (Waughn, 2006).

Otra característica de las crisis en gobierno es la incapacidad de adaptarse a éstas, 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 sólo 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 éstas que amerita respuestas multidisciplinarias y de varios actores e instituciones— resulta necesario encontrar puntos de acuerdos entre distintas percepciones, posiciones y tareas diferentes. 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 (Head, 2008; Boin *et.al.*, 2008).

Finalmente, a diferencia de las crisis en el sector privado, el elemento de legitimidad es esencial, pues se tienen que atender no sólo 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 confianza y legitimidad 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 ésta finalice. En suma, una buena gestión de crisis en gobierno pone atención tanto en las capacidades como en la legitimidad de la gobernanza (Christensen *et. al.* 2016).

II. 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 (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 *et.al*, 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. En 1920, por ejemplo, Charles-Edward Amory Winslow 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 [...]” (Winslow, 1920). Esta primera aproximación tiene amplias coincidencias con la definición de salud pública que propuso Donald Acheson en 1988 y que más adelante adoptó la Organización Mundial de la Salud (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 que se invierte en el sector. Si bien Kickbusch 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 *et. al.*, 1972). Recientemente, también se han propuesto otros indicadores relacionados al 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 a corto plazo como eliminación de enfermedad concreta sin visualizar las consecuencias que éstas 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, 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, Odgen y Pronyk (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.

Propuesta de cambio de paradigma (Porter *et.al.*, 1999)

Modelo actual	Modelo propuesto
Tendencia de la salud pública contemporánea	Cambio de paradigma: política de enfermedades infecciosas
1. Especifica por enfermedad y verticalidad	1. Vínculos horizontales
2. Intervenciones estandarizadas	2. Flexibilidad y sensibilidad por contexto
3. Orientación al corto plazo	3. Objetivos a largo plazo / sustentabilidad
4. Énfasis en el producto/metás	4. Énfasis en los procesos

Modelo actual	Modelo propuesto
Tendencia de la salud pública contemporánea	Cambio de paradigma: política de enfermedades infecciosas
5. Limitado al sector salud	5. Vinculado a múltiples sectores
6. Enfocado en el riesgo individual	6. Entendimiento de la vulnerabilidad social; riesgo en el contexto de la vida cotidiana
7. Operación sin referencias a los procesos globales	7. Tomar la globalización como referente y contexto
8. Trabajo en representación de la población	8. Trabajo en colaboración con las comunidades

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 podría erradicar enfermedades contagiosas (Desenclos y De Valk, 2004). Desafortunadamente, año tras año se identifican enfermedades con impacto sanitario relevante. Tan sólo en los últimos cuarenta 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 a algún agente infeccioso (hepatitis C hasta antes de su descubrimiento); (d) una infección conocida que incrementa su incidencia regular (brotes de enfermedad), y; (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 específicos

(Simón y Guillén, 2008). En la última edición del Reglamento Sanitario Internacional (OMS, 2005) 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 ésta, 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 trece pandemias desde 1590, incluida la de 1918 a 1920, conocida popularmente como la gripe española del virus influenza A subtipo H1N1 (Potter, 2008). Además, como bien han documentado Fetene y Dimitriadis (2008), 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 a las decisiones detrás de esta clasificación; (c) *la percepción no lineal 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 dependiendo de dónde proviene la incertidumbre, a veces se prefiere un riesgo sobre otros porque se considera justo; y, finalmente, (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 (Gérvas 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 un 25 por ciento de la población o aproximadamente mil 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 (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 *et.al.* (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 (OMS, 2005b): (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; por ejemplo, en Estados Unidos el Plan de Influenza Pandémica (HHS-US, 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 nacionales 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 *et.al.*, 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 (A.) o por evento (B.).

A. Componente basado en **indicadores** (Paquet *et.al.*, 2006)

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

Fuente	Motivos	Método
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

B. Componente basado en **eventos** (Paquet *et.al*, 2006)

Fuente	Motivos	Método
Vigilancia científica	Hallazgos científicos relacionados a 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

La importancia de mantener una lista enunciativa, más no limitativa, de posibles riesgos de salud radica en que éstas no siempre suelen ser las que se esperan por motivos históricos. Gérvas y Meneu (2010) explican que, en países desarrollados, éstas “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 este motivo que Gévas y Meneu 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 sólo 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, éste 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).

Gérvas 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 ésta 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 el noventa y seis por ciento 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, aún 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 condiciones 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 pueden estar 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 mil 900 millones de dólares para prevenir la pandemia de influenza. De éstos, 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 por contagio.

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 ésta 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, 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 (2014) 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 a 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.

**B. INFORME DE HERRAMIENTAS CONSTITUCIONALES, LEGALES
E INSTITUCIONALES PARA LA ATENCIÓN DE LA CRISIS POR
COVID-19**

I. 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 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 sospechosos en México y las medidas de prevención pertinentes, que consistía 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 las secretarías del Trabajo y Previsión Social, Turismo, Educación Pública, Comunicaciones y Transportes, IMSS, ISSSTE, servicios médicos de SEDENA, SEMAR, Pemex, así como representantes de instituciones universitarias, privadas de salud y los secretarios de salud integrantes de la Comisión de Salud Pública del Consejo Nacional de Salud. La integración de este comité varía en función de las invitaciones que realice el presidente del Comité, en este caso, el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, las cuales se hacen teniendo en cuenta el o los temas que estén provocando la situación epidémica específica, así como las consecuencias de ésta.

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 RSI, 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 RSI.

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 a 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:
 - o 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 Instituto Mexicano del Seguro Social; Titular del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Director General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

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 del 2020 firmado por el Secretario de Salud, se

sumaron como vocales titulares: Titular de la Secretaría de Gobernación; Titular de la Secretaría de Relaciones Exteriores; Titular de la Secretaría de la Defensa Nacional; Titular de la Secretaría de Marina; Titular de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana y el Titular de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

- Vocales invitados: Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional; Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina; Coordinador General de Protección Civil, de la Secretaría de Gobernación; Subdirector Corporativo de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos.

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; Director General del Instituto Politécnico Nacional; Secretario General Ejecutivo de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior; 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 su equivalente de las entidades federativas que representen a las cuatro regiones del país. Además de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México¹.

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 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 SAR-CoV2, COVID-19 en México como una enfermedad grave de atención prioritaria.

¹ 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 y

IV. Región sureste, que se integrará por los estados de: Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.

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.

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 Secretaría de Salud 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 CoV2 (COVID-19)* por parte del Consejo de Salubridad General. Este acuerdo reforzó el acuerdo anterior con mayor especificidad al

estipular que la Secretaría de Salud 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 siguiente puede verse la cronología, desde los primeros casos reportados y los comunicados más relevantes que la Secretaría de Salud emitió, además de los Informes Técnicos diarios:

Fecha	Informe Técnico Diario COVID-19				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	

Fecha	Informe Técnico Diario COVID-19				Acuerdo publicado
	Confirmados	Sospechosos	Negativos	Defunciones	
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	
19.03.2020	164	448	921	No incorpora este apartado	
20.03.2020	203	606	1111	2	Acuerdos SFP Acuerdo ASF Acuerdo CJF
21.03.2020	251	697	1463	2	
22.03.2020	316	793	1667	2	

Fuente: elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud y Diario Oficial de la Federación.

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 uno de transmisión localizada a contactos y no generalizada.

Después, el 4 de marzo, la Secretaría de Salud comunicó lo abordado en la reunión de la Conferencia Nacional de Gobernadores (Conago) respecto a 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 (Publimetro, 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 Secretaría de Educación Pública (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 Instituto Politécnico Nacional) 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 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 Secretaría de Salud 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 Secretaría de Salud 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 mil 600 pacientes atendidos por 853 médicos especialistas y mil 603 enfermeras (IMSS, 2020).

En consecuencia, se emitieron acuerdos de suspensión temporal de actividades por parte de la Secretaría de la Función Pública, 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.

Pese a que los primeros casos se reportaron a finales de febrero, como ya se ha dicho, 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 de la siguiente forma:

Fecha	Informe Técnico Diario COVID-19				Acuerdo/decreto publicado
	Confirmados	Sospechosos	Negativos	Defunciones	
23.03.2020	367	826	1826	4	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
24.03.2020	405	1219	2161	5	La Secretaría de Salud 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	1656	2445	6	
26.03.2020	585	2156	2965	8	
27.03.2020	717	2475	3542	12	Presidencia de la República decreta acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio

Fecha	Informe Técnico Diario COVID-19				Acuerdo/decreto publicado
	Confirmados	Sospechosos	Negativos	Defunciones	
					nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV2.
28.03.2020	848	2623	4341	16	
29.03.2020	993	2564	4955	20	
30.03.2020	1094	2752	5635	28	El Consejo de Salubridad General emite la Declaración como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS CoV2 (COVID-19).
31.03.2020	1215	3511	6282	29	La Secretaría de Salud publica el ACUERDO por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2. Se suman como vocales titulares: Titular de la

Fecha	Informe Técnico Diario COVID-19				Acuerdo/decreto publicado
	Confirmados	Sospechosos	Negativos	Defunciones	
					Secretaría de Gobernación; Titular de la Secretaría de Relaciones Exteriores; Titular de la Secretaría de Defensa Nacional; Titular de la Secretaría de Marina; Titular de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana y el Titular de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social al Consejo General de Salubridad.

Fuente: elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud y Diario Oficial de la Federación.

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 del 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 Secretaría de Salud 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, menos de 5 años, personas con discapacidad, con enfermedades crónicas no transmisibles o con algún padecimiento o tratamiento que genere supresión del sistema inmunológico;
- Suspendir actividades escolares de todos los niveles hasta el 17 de abril;
- Suspendir 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;
- Suspendir temporalmente y 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 a la fase 2 de la epidemia de coronavirus debido a que había casos sin antecedentes identificables de importación (Animal Político, 2020). Para ello, el IMSS reportó que se contaría con 120 hospitales reconvertidos a nivel nacional para atender a 8 mil 59 pacientes en hospitalización y 2 mil 420 pacientes 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 éstas 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 a 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:

PUBLICACIÓN DOF	DECRETO O ACUERDO	PRINCIPALES ACCIONES
27.03.2020	<p>Presidencia de la República.</p> <p>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).</p>	<p>Faculta a la Secretaría de Salud:</p> <p>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;</p> <p>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;</p>
31.03.2020	<p>Secretaría de Salud</p> <p>ACUERDO por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2.</p>	<p>Se ordena la suspensión inmediata, del 30 de marzo al 30 de abril de 2020, de las actividades no esenciales, con la finalidad de mitigar la dispersión y transmisión del virus SARS-CoV-2 en la comunidad, para disminuir la carga de enfermedad, sus</p>

PUBLICACIÓN DOF	DECRETO O ACUERDO	PRINCIPALES ACCIONES
		<p>complicaciones y la muerte por COVID-19 en la población residente en el territorio nacional;</p> <p>Solamente podrán continuar en funcionamiento las siguientes actividades, consideradas esenciales:</p> <p>a) 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. 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;</p>
03.04.2020	<p>Secretaría de Salud.</p> <p>ACUERDO por el que se establecen acciones extraordinarias que se deberán de 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</p>	<p>ARTÍCULO SEGUNDO.- 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 Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en sus respectivos ámbitos de competencia y con sujeción a sus recursos disponibles, serán las unidades facultadas para adquirir y, en su caso, importar los bienes y servicios, así como las mercancías</p>

PUBLICACIÓN DOF	DECRETO O ACUERDO	PRINCIPALES ACCIONES
	<p>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>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, las unidades facultadas simplificarán los trámites del procedimiento de adjudicación directa previsto en las disposiciones jurídicas aplicables.</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. - Las unidades facultadas podrán contratar médicos y enfermeras, y demás personal médico que consideren necesario, de carácter eventual o por honorarios, 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, las unidades facultadas podrán</p>

PUBLICACIÓN DOF	DECRETO O ACUERDO	PRINCIPALES ACCIONES
		<p>otorgar los pagos y anticipos necesarios que les permitan obtener las mejores condiciones de oportunidad para el Estado, 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> <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 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, ello a fin de responder a la emergencia derivada de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). 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 Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de Economía, en el ámbito de sus respectivas competencias, darán seguimiento y asesorarán a las unidades facultadas respecto de</p>

PUBLICACIÓN DOF	DECRETO O ACUERDO	PRINCIPALES ACCIONES
		<p>las adquisiciones a que se refiere el presente Acuerdo.</p> <p>ARTÍCULO SÉPTIMO.- 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 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>

Respecto al decreto del 27 de marzo, durante los primeros días de abril, la Secretaría de Salud 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 asociados, 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 Secretaría de Relaciones Exteriores (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, éstas 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 y la Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS) publicaron las *Disposiciones para la adquisición y fabricación de ventiladores, durante la emergencia de salud pública por coronavirus 2019 (COVID-19)* 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 sólo durante la emergencia.

Respecto al acuerdo del 3 de abril, se informó que había 19 mil 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 fue del 23 de abril al 23 de mayo, sin embargo, se extendió hasta el 23 de junio (El Financiero, 2020); constó de 146 hospitales en 27 estados con disponibilidad de tres mil 115 camas que brindaron servicios de segundo nivel como atención a partos, embarazos, enfermedades de apéndice, úlceras gástricas, entre otros.

Enseguida, la Secretaría de Salud 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 mil 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 Secretaría de Salud, 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 sólo 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 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 responsabilidades 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 delinear 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.

II. 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 y 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 a 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” (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 responsable 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. De acuerdo con Naciones Unidas 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.”² (Alianza Regional, 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”. (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.

² Tomado de Alianza Regional (2020) Propuesta: *Principios de AIP en situaciones de emergencias sanitarias*. Recuperado de <http://www.alianzaregional.net/blog/2020/05/27/propuesta-principios-de-aip-en-situaciones-de-emergencias-sanitarias/>

Hay dos tipos de cifras que más urgentemente deben hacerse conocer a la población durante la gestión de la pandemia por COVID-19. En primer lugar, la estadística sobre el número de muertes relacionadas a 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. En segundo lugar, 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 Turkmenistan; 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). De acuerdo con estas plataformas, para agosto 2020, hay alrededor de 19 millones de casos confirmados y 700 mil muertes en todo el mundo.

En cuanto al gasto destinado al combate de la pandemia, son escasas las plataformas que llevan registro actualizado a nivel mundial. De acuerdo con la OMS, el gasto en salud ha aumentado 3.9 por ciento 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 del 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, de acuerdo con datos de *The Economist*, el gasto en atención médica en las 60 economías más grandes del mundo caerá un 1.1 por ciento (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 del 5.5 por ciento.

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 a 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 et al., 2020). Esta información es actualizada constantemente por el FMI a través del Monitor Fiscal. De la misma manera, las políticas públicas de cerca de ciento noventa países, incluidas las políticas fiscales, monetarias y financieras son registradas por el rastreador de políticas del Fondo (FMI, 2020). De acuerdo con el Fondo, de los 84 países que han recibido apoyos financieros por la institución, veinte 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 a 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, 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 períodos 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 compartarlos 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.

En el ámbito de las estrategias de comunicación, la Organización Mundial de la Salud alienta a los portavoces a utilizar el **Marco de Compromiso con Actores No Estatales** (FENSA en inglés) 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, y;
- 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 con respecto a 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 ésta, especialmente cuando el propósito de la solicitud es difundir dicha información al público. Una mejor práctica es priorizar las solicitudes relacionadas a 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 período 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 en relación con 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 sólo 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 et al., 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*. De acuerdo 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. Éstas 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 et al., 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 contra las Drogas y el Delito de las Naciones Unidas ha emitido **Recomendaciones para la situación inmediata (UNODC, 2020)** en el contexto de la pandemia por COVID-19. La UNODC 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 al 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, 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 administración 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 micrositios 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 de países que han implementado en cierto grado las buenas prácticas y recomendaciones que han emitido. Algunos de los ejemplos mencionados en sus reportes y artículos son Ucrania y Colombia (Clarke et al., 2020); Reino Unido, Italia y Australia (OECD, 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 con respecto a la pandemia a través de mecanismos de coordinación interministerial. España y Corea del sur, por su parte, implementa mecanismos de coordinación 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 Chanel, 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. Éstas 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 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.

C. INFORME DE 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.

ANÁLISIS DE ACCIONES ESTATALES Y MUNICIPALES EN LA ATENCIÓN A LA CRISIS POR COVID-19, CON ÉNFASIS EN BUENAS PRÁCTICAS

ANÁLISIS CON INFORMACIÓN DEL INAI SOBRE TRANSPARENCIA Y DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN EN LA EMERGENCIA POR COVID-19.

I. 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 del informe 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 Secretaría de Salud, 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 a la atención a la emergencia, a partir de la ausencia o presencias de determinadas palabras, y;
- 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 a COVID-19 para filtrar y quedarnos solo con aquellas instituciones que los tuvieron presentes. El segundo

filtro que se utilizó 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 del 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 \$22.00 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 con respecto al contenido del contrato. La cantidad de los artículos, por ejemplo, aparecía sólo 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 del 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, título 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 \$4,851,208,067.00, en lo que aquí llamamos compras COVID-19, de los cuales, el 95% correspondieron a instituciones del sector salud, mientras que el 5% restante a otras instituciones. Las siguientes dos gráficas muestran los montos y los porcentajes.

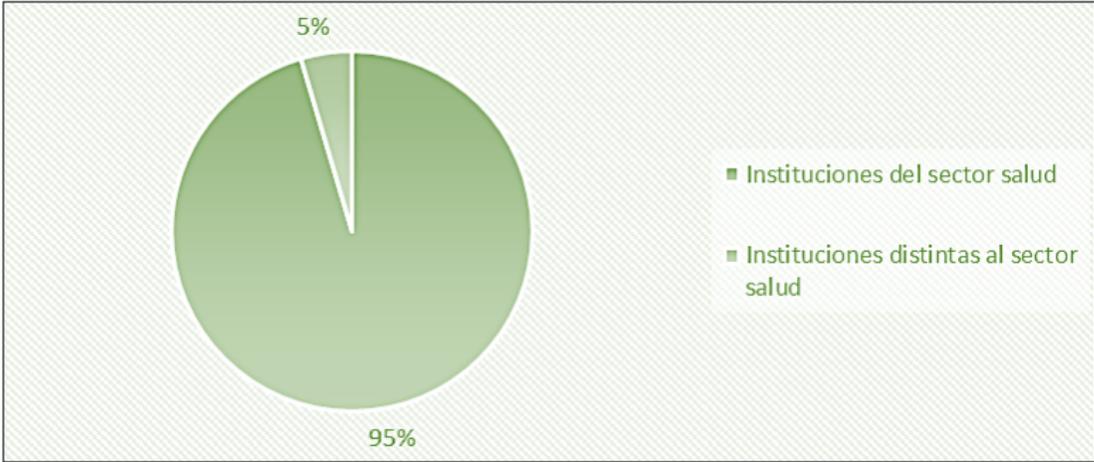
Gasto total en compras COVID-19 por tipo de institución (Período: marzo – junio, 2020).



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

Composición del gasto en compras COVID-19 por tipo de institución

Periodo: marzo a junio de 2020

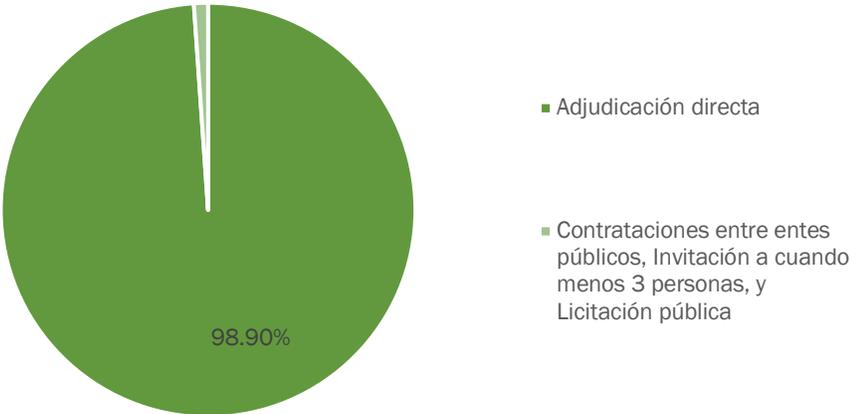


Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

Instituciones del sector salud

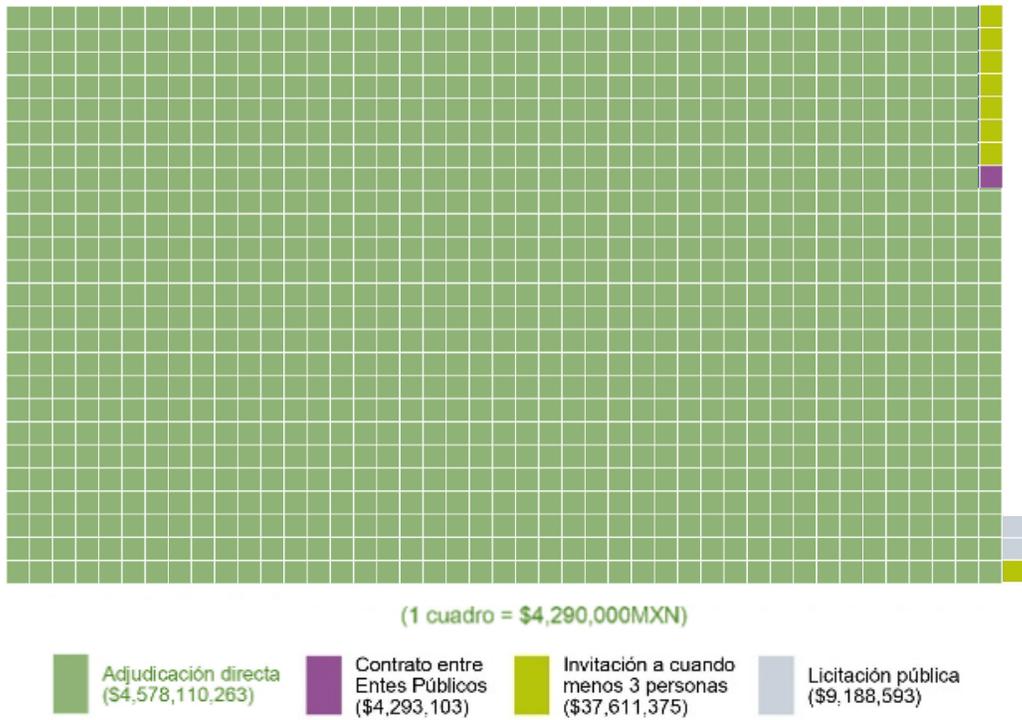
En las instituciones del sector salud, las compras se realizaron mediante cuatro tipos de procedimientos: adjudicación directa —que representó cerca del 99% de los \$4,629,203,334.00 que se ejercieron en total—, invitación a cuando menos tres personas; licitación pública y contrato entre entes públicos.

Composición del gasto en compras COVID-19 de instituciones del sector salud por tipo de procedimiento. Periodo: marzo-junio, 2020*



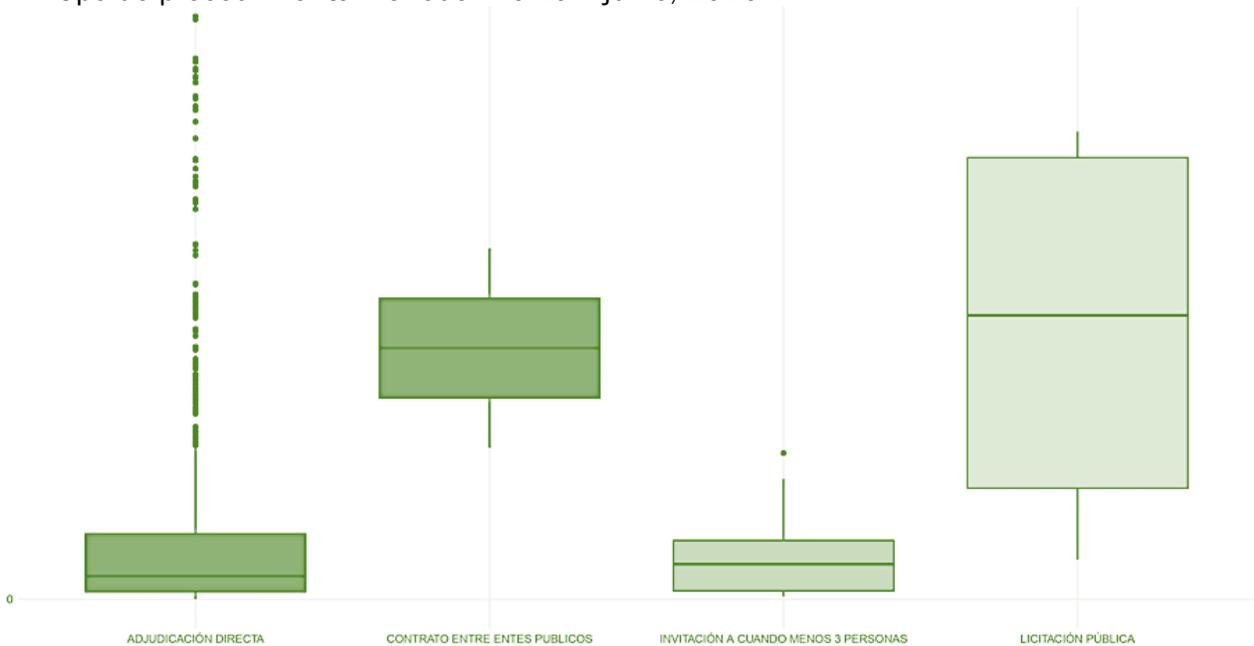
Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

Gasto total en compras COVID-19 de instituciones del sector salud por tipo de procedimiento. *Período: marzo – junio, 2020*



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

Importe de los contratos en compras COVID-19 de las instituciones del sector salud por tipo de procedimiento. *Periodo: marzo – junio, 2020.*



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

El siguiente gráfico 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.

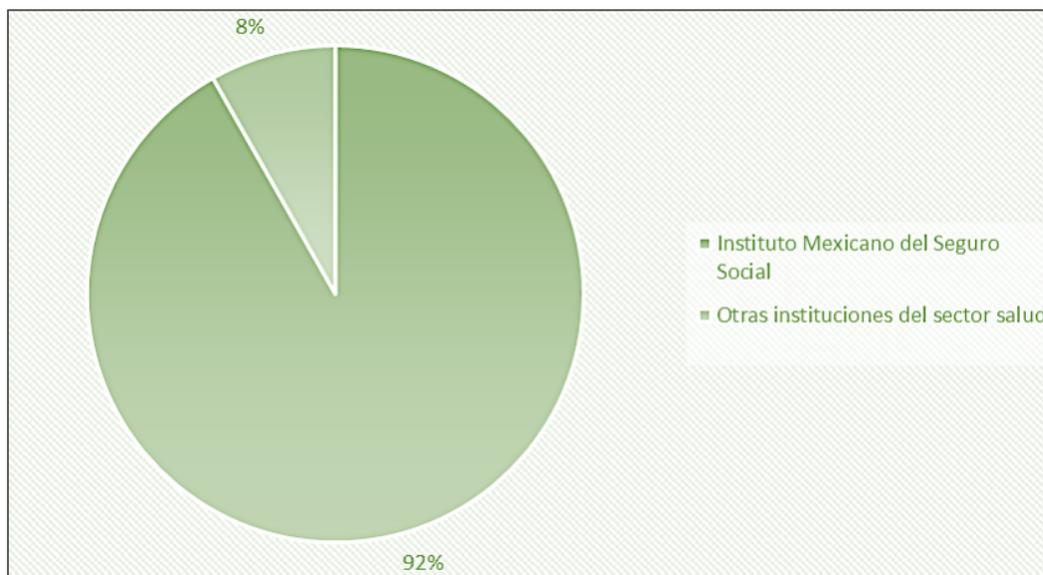
En general, el IMSS fue la institución que ejerció alrededor del 92% tanto del gasto total en compras COVID-19, como del apartado referente a las adjudicaciones directas.

Gasto de las instituciones del sector salud

Institución	Importe total de compras COVID-19	Importe por adjudicaciones directas	Porcentaje de las adjudicaciones directas
Instituto Mexicano del Seguro Social	\$4,251,864,150.00	\$4,202,064,183.00	98.83%
Secretaría de Salud	\$239,730,758.30	\$239,730,758.30	100.00%
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	\$119,112,411.50	\$117,819,308.00	98.91%
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío	\$6,366,294.00	\$6,366,294.00	100.00%
Instituto Nacional de Pediatría	\$5,076,000.00	\$5,076,000.00	100.00%
Hospital Juárez de México	\$1,559,790.07	\$1,559,790.07	100.00%
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	\$1,481,932.00	\$1,481,932.00	100.00%
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas	\$1,206,111.19	\$1,206,111.19	100.00%
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	\$1,009,735.80	\$1,009,735.80	100.00%
Hospital Infantil de México Federico Gómez	\$888,020.00	\$888,020.00	100.00%
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	\$397,519.38	\$397,519.38	100.00%
Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	\$328,775.00	\$328,775.00	100.00%

Institución	Importe total de compras COVID-19	Importe por adjudicaciones directas	Porcentaje de las adjudicaciones directas
Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra	\$88,585.14	\$88,585.14	100.00%
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	\$59,052.00	\$59,052.00	100.00%
Instituto Nacional de Salud Pública	\$34,200.00	\$34,200.00	100.00%
Total	\$4,629,203,334.00	\$4,578,110,263.00	98.90%

Participación de las instituciones del sector salud en el gasto por compras COVID-19: adjudicación directa. *Periodo: marzo-junio, 2020.*



Fuente: Elaboración propia con 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 éstas fue de \$222,004,733.00. Aquí las instituciones siguieron únicamente dos tipos de procedimientos: adjudicación directa e invitación a

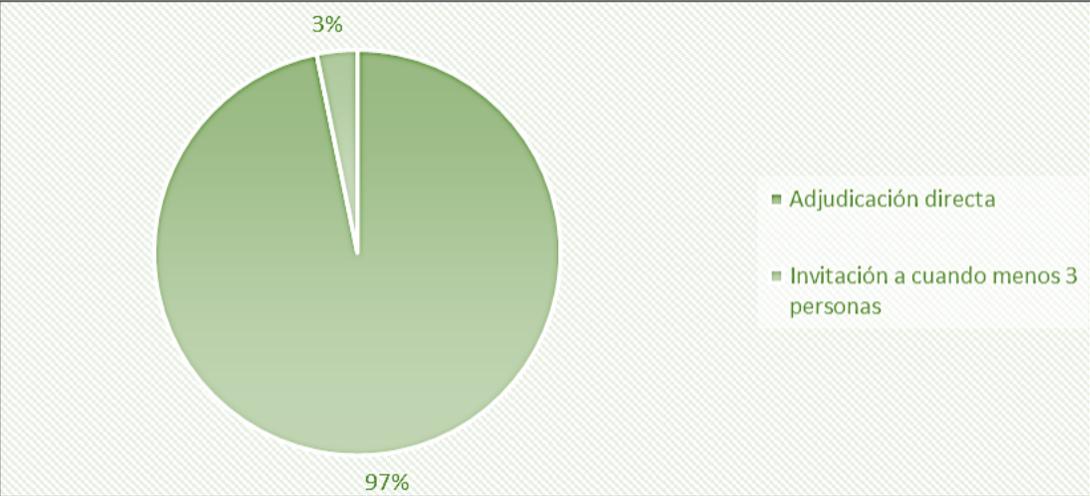
cuando menos tres personas. Al igual que en el caso anterior, en las instituciones del sector salud, las adjudicaciones directas representaron el 97% del gasto total.

Gasto total en compras COVID-19 de instituciones que no pertenecen al sector salud por tipo de procedimiento (Período: marzo – junio, 2020)



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

Composición del gasto en compras COVID-19 de instituciones distintas al sector salud por tipo de procedimiento. *Período: marzo – junio, 2020*



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

La siguiente gráfica 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 del 50% del gasto total.

Gasto en compras COVID-19 de las instituciones que no perteneces al sector salud.
Período: marzo – junio, 2020



Fuente: Elaboración propia con 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 del 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, ISSSTE y la Secretaría de Salud reportaron gastos mayores a dependencias que no pertenecen al sector salud. De tal forma que las seis instituciones que se presentaron en la gráfica anterior, además del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, destinaron mayores recursos que los hospitales e institutos de salud que aquí se analizan.

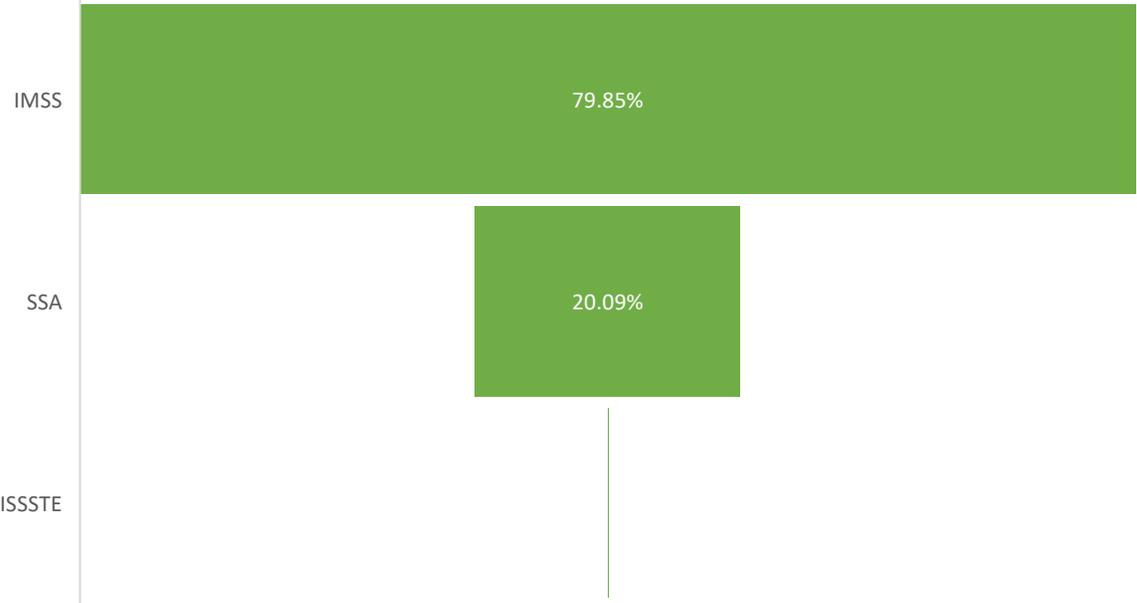
A continuación, se presentan los resultados del análisis de cinco contrataciones específicas asociadas con COVID-19: ventiladores, medicamentos, equipo médico de protección y pruebas.

Contrataciones específicas asociadas con 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 del 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 Instituto Mexicano del Seguro Social, 20.09% por la Secretaría de Salud y 0.06% por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Porcentaje del importe de los contratos para compra y reparación de ventiladores por institución de salud



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

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

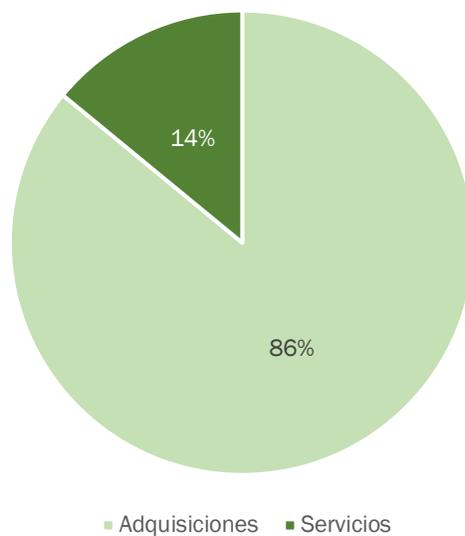


Fuente: Elaboración propia con los datos de la base Compranet.

El porcentaje de gasto por institución, sin embargo, resulta ser muy alto para la Secretaría de Salud cuando se introduce el número de contratos firmados por cada institución. En primer lugar, el IMSS concentra el 79.85% y firmó 54 contratos en el periodo descrito. No obstante, la Secretaría de Salud y el ISSSTE concentran simplemente 4 y 3 contratos respectivamente. En este sentido, salta a la vista la diferencia del gasto entre ambas instituciones, pues la diferencia de contratos firmados es de uno, pero la Secretaría de Salud concentra el 20.09% contra el 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, el 86% del gasto total, \$683,234,186.46 pesos mexicanos, estuvo destinado a la compra de nuevos ventiladores, mientras que el 14%, \$111,593,857.35 pesos, fue para la reparación de antiguos ventiladores.

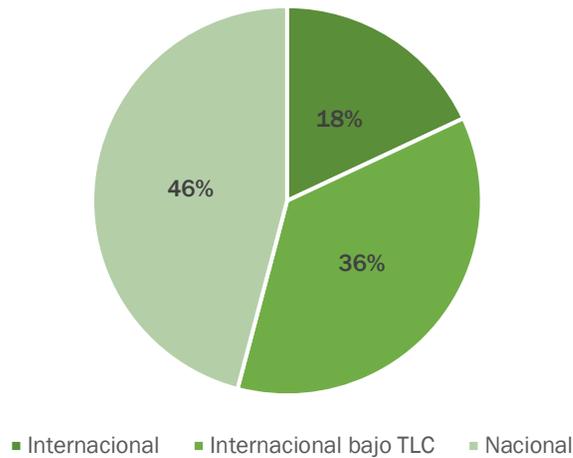
Tipo de contratación del gasto total



Fuente: Elaboración propia con los datos de la base 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. 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. Del 46% nacional, 8 fueron los contratos relacionados con la reparación de ventiladores (el total de reparaciones) y 28 fueron adquisiciones.

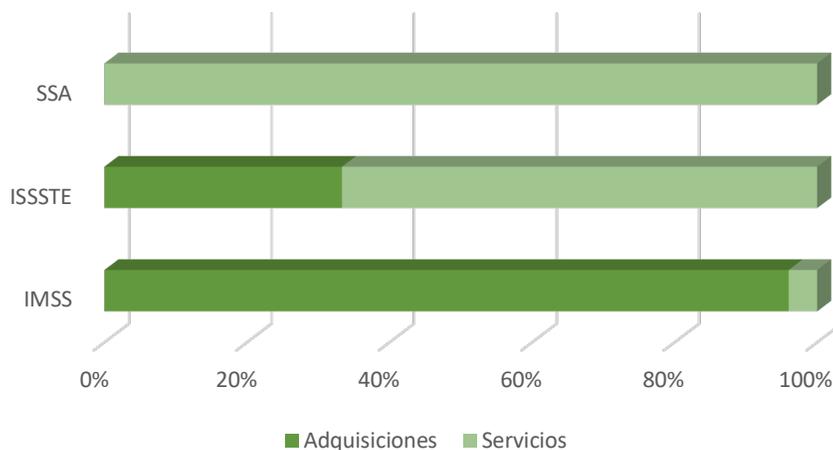
Carácter de los contratos relacionados con la compra o reparación de ventiladores



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

El tipo de contratación y el carácter de la compra podrían esclarecer la diferencia del gasto entre la Secretaría de Salud y el ISSSTE. En primer lugar, la Secretaría de Salud firmó tres contratos relacionados con reparación de ventiladores. Por su parte, el ISSSTE firmó un contrato relacionado con compra de ventiladores y dos con reparaciones. Esta variable no parece 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 Secretaría de Salud simplemente pagó reparaciones.

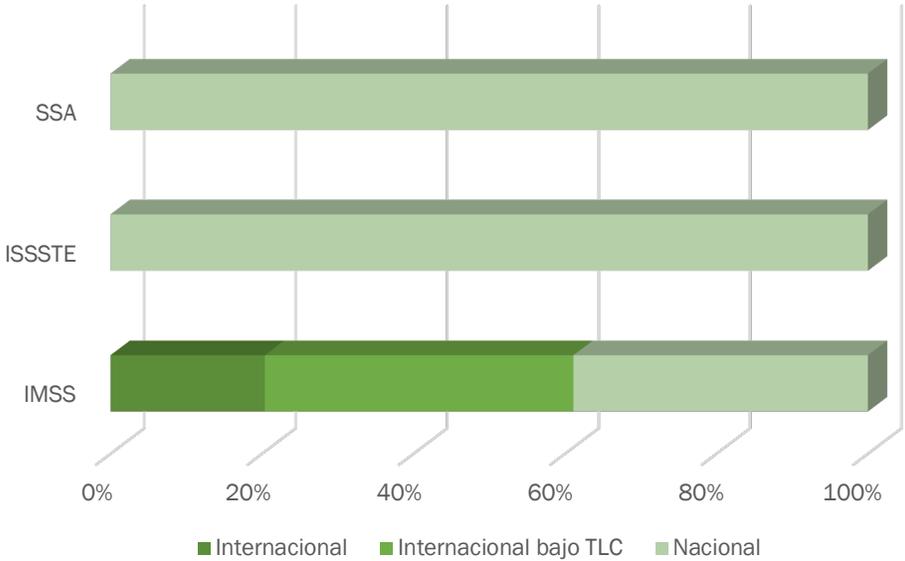
Tipo de contratación por institución de salud.



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

El carácter de la compra tampoco parece resolver la incógnita del gasto por institución dado que tanto el ISSSTE como la Secretaría de Salud firmaron contratos exclusivamente nacionales.

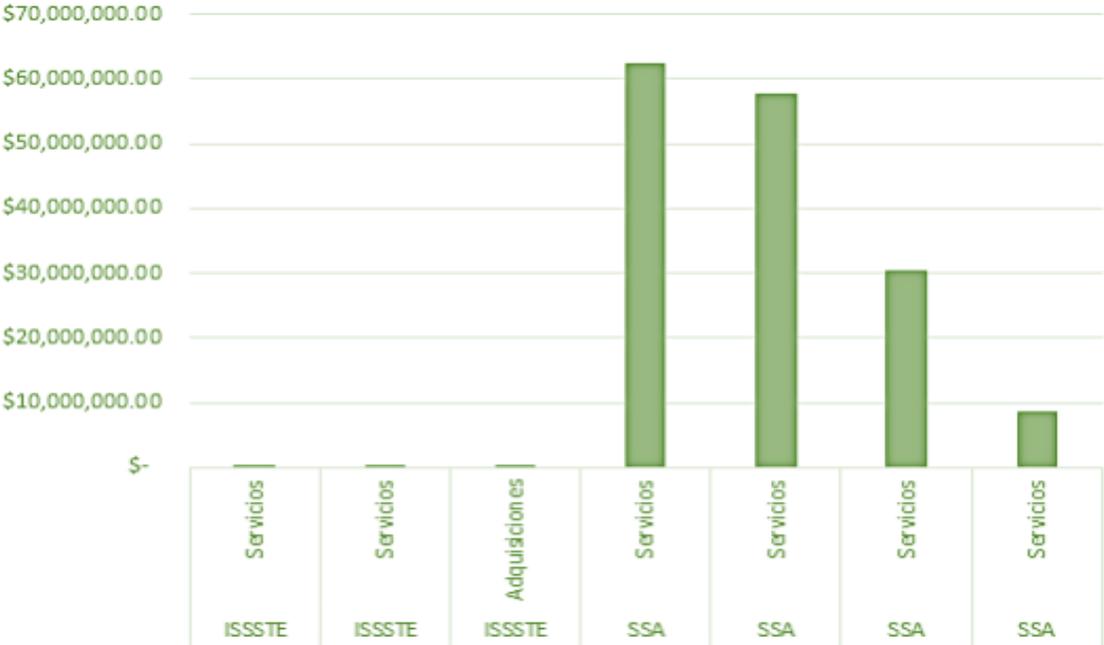
Carácter de la compra por institución.



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

El importe desagregado de los contratos firmados por el ISSSTE y por la Secretaría de Salud podría, también, explicar la diferencia entre ambos gastos. Tres de los contratos firmados por la SSA exceden treinta millones de pesos y el contrato de menor importe asciende a \$8 650 777.59. En el caso del ISSSTE, los dos contratos relacionados con reparación de ventiladores no superan los 300 mil pesos. La variable “descripción del contrato” de las compras de la Secretaría de Salud 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 5 ventiladores.

Importe por tipo de contratación para el ISSSTE y para la Secretaría de Salud



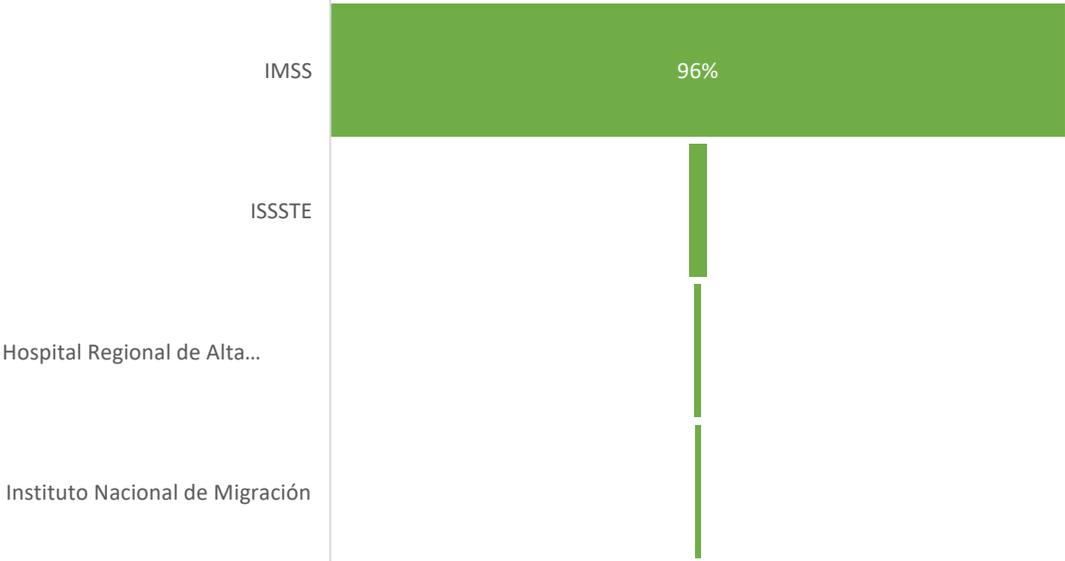
Fuente: Elaboración propia con los datos de la base Compranet.

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

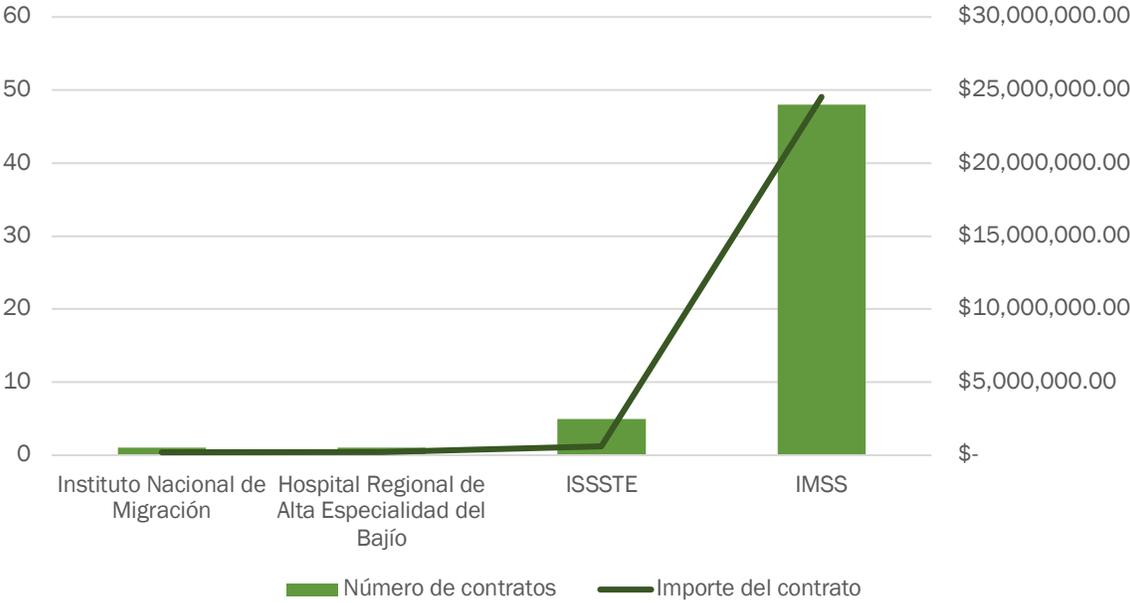
En la base de datos de Compranet hay 55 contratos relacionados con compra de medicamentos para la atención de pacientes con COVID-19, con una fecha de inicio entre el 25 de marzo y el 29 de junio de 2020. Todos los contratos relacionados con medicamentos por COVID-19 que se encuentran en la base fueron adquiridos por adjudicación directa. Del importe total de los contratos, \$25 574 624.83 pesos mexicanos, 96% fueron gastados por el IMSS, el 2% por el ISSSTE, el 1% por el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío y el 1% por el Instituto Nacional de Migración.

Porcentaje del importe de los contratos para compra de medicamentos.



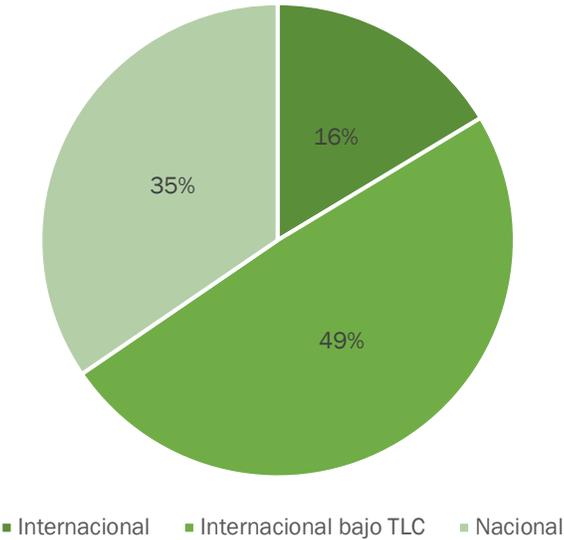
Fuente: Elaboración propia con los datos de la base Compranet.

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



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

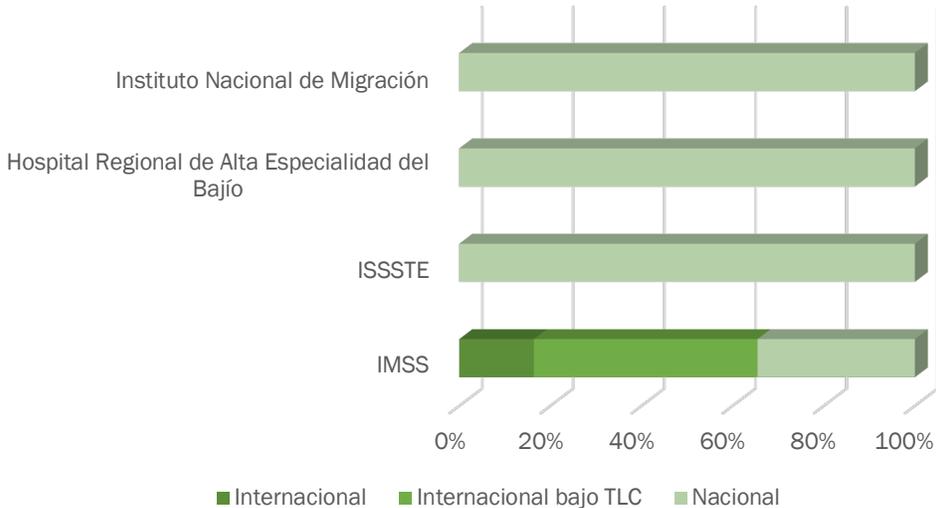
Carácter de los contratos relacionados con la compra de medicamentos.



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

En este caso, la mayoría de las compras de medicamentos fueron importaciones, el 65%, mientras que el 35% fue de carácter nacional. Los cinco contratos del ISSSTE, el contrato del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío y el del Instituto Nacional de Migración fueron de carácter nacional.

Carácter de la compra por institución de salud



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

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.

Material de protección

De los 1286 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 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 7 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 Gráfica I 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 son sólo 2 y del de Ciudad Victoria son 3 (Gráfica II). Ninguna de las instituciones que no fueran de salud supera los 10 contratos de artículos de protección, aunque la Comisión Nacional del Agua, con 8 contratos, la Administración Portuaria de Manzanillo, con 7 contratos y Telecomunicaciones de México, con 6, lograron superar a los dos Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

Sobre los contratos y sus montos, el contrato con el monto más alto fue el del ISSSTE de \$64,312,500 con el código 2295182 y el número de control DOP0520, otorgado a la empresa EQUIPAMEDIX SA DE CV. 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 Administración Portuaria Integral de Manzanillo de \$32,330,427 con el código 2295160 y el número de control DOP0522. Aunque la mayoría de los contratos fueron hechos por el sector salud (Gráfica IV), este contrato muestra que ciertas instituciones distintas a este sector también hicieron compras importantes de artículos de protección. Con respecto a los montos, la Gráfica V muestra que \$50,684,952 (22% del gasto total) fue de instituciones que no pertenecen al sector de salud, y \$178,846,873.5 (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 con respecto a tres rubros distintos: Según el tipo de artículo, según las instituciones de salud, y según las instituciones de salud incluyendo a las 3 instituciones que tuvieron más de 5 compras de artículos de protección.

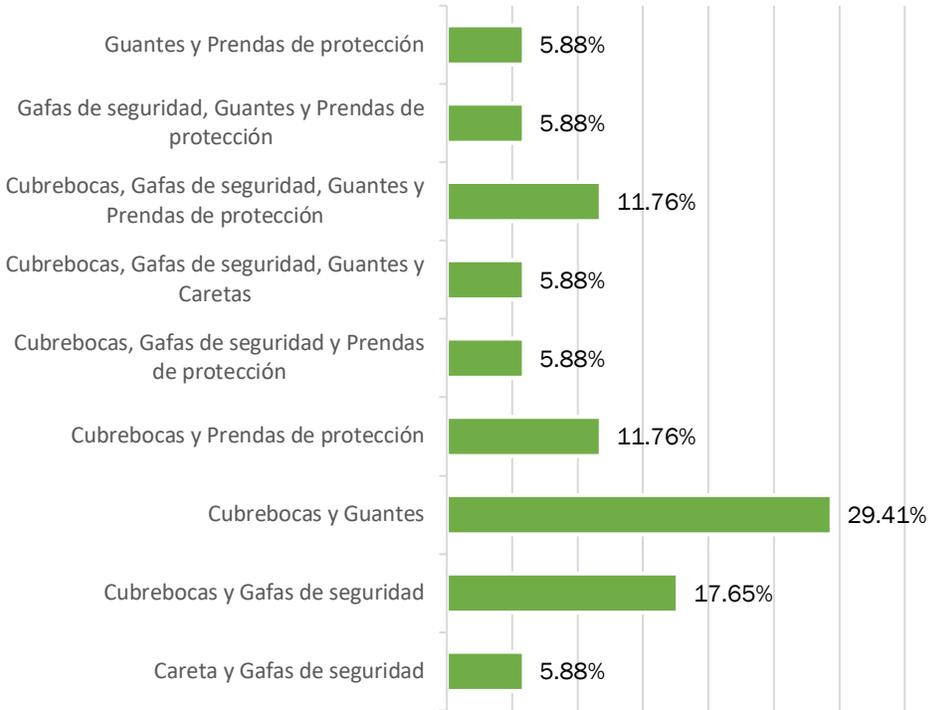
La Gráfica VI muestra que en general los montos son proporcionalmente menores a las cantidades de los contratos para cada artículo, con la excepción de los artículos de los cubrebocas.

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 Gráfica VII muestra que el gasto del ISSSTE y el IMSS supera por mucho al de los Hospitales, y que incluso sólo el IMSS supera por mucho a la cantidad de contratos y montos de las otras instituciones.

Por su parte, la Gráfica VIII ilustra una comparación de los montos y cantidad de contratos de las instituciones de salud y de estas 3 instituciones, lo que representa un 82% de todos los contratos de artículos de protección. Sobre esta gráfica, lo que más destaca es que la Administración Portuaria de Manzanillo supera con creces no sólo la cantidad de contratos de los Hospitales, sino también los montos gastados en sus contratos.

Esta primera gráfica describe a los contratos que incluye 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.

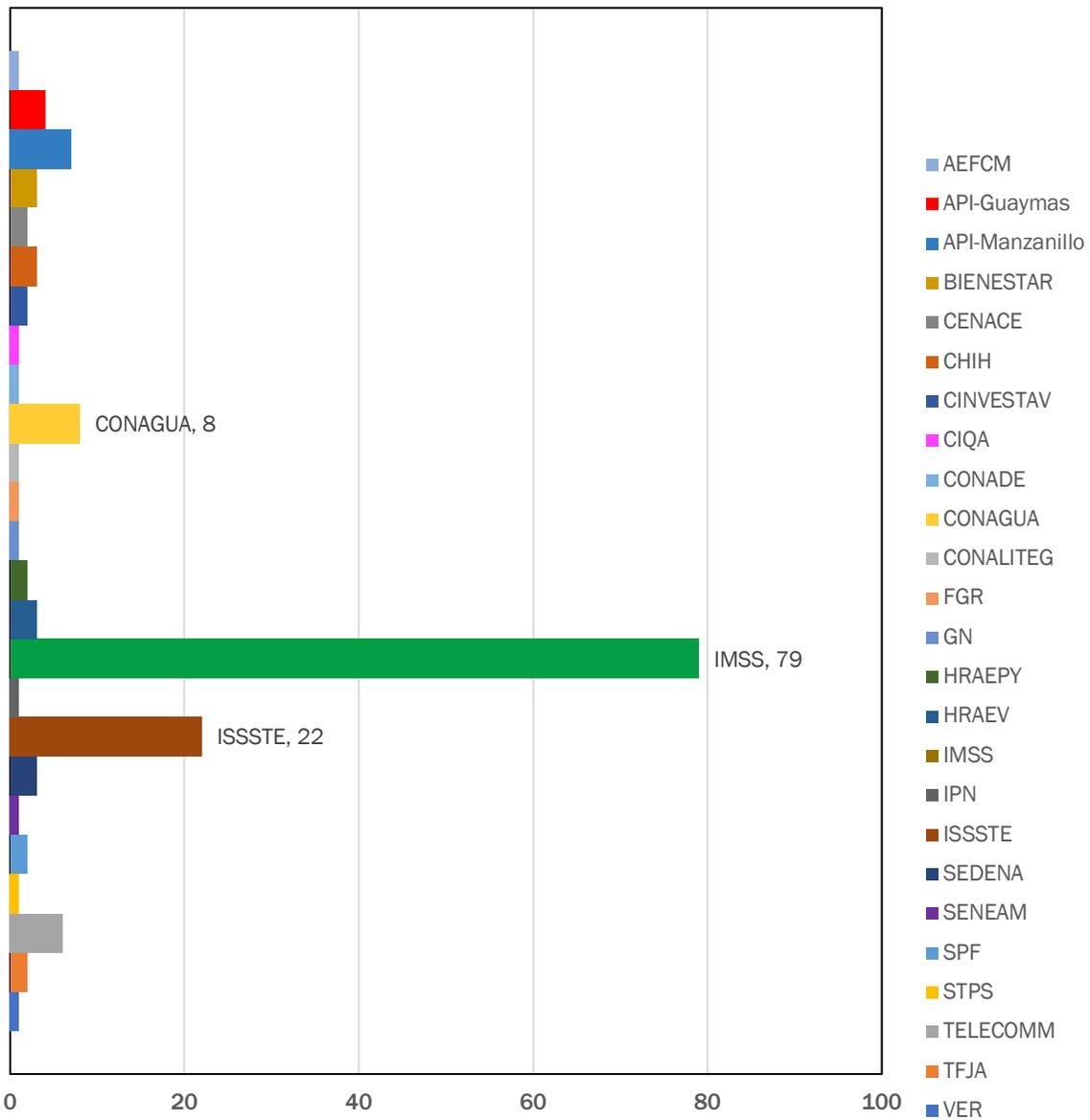
Contratos con varios artículos de protección



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet

La siguiente gráfica 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 5 contratos juntos. Por su parte, la CONAGUA, Telecomunicaciones de México y Administración Portuaria Integral de Manzanillo son las instituciones que no pertenecen a salud con más contratos.

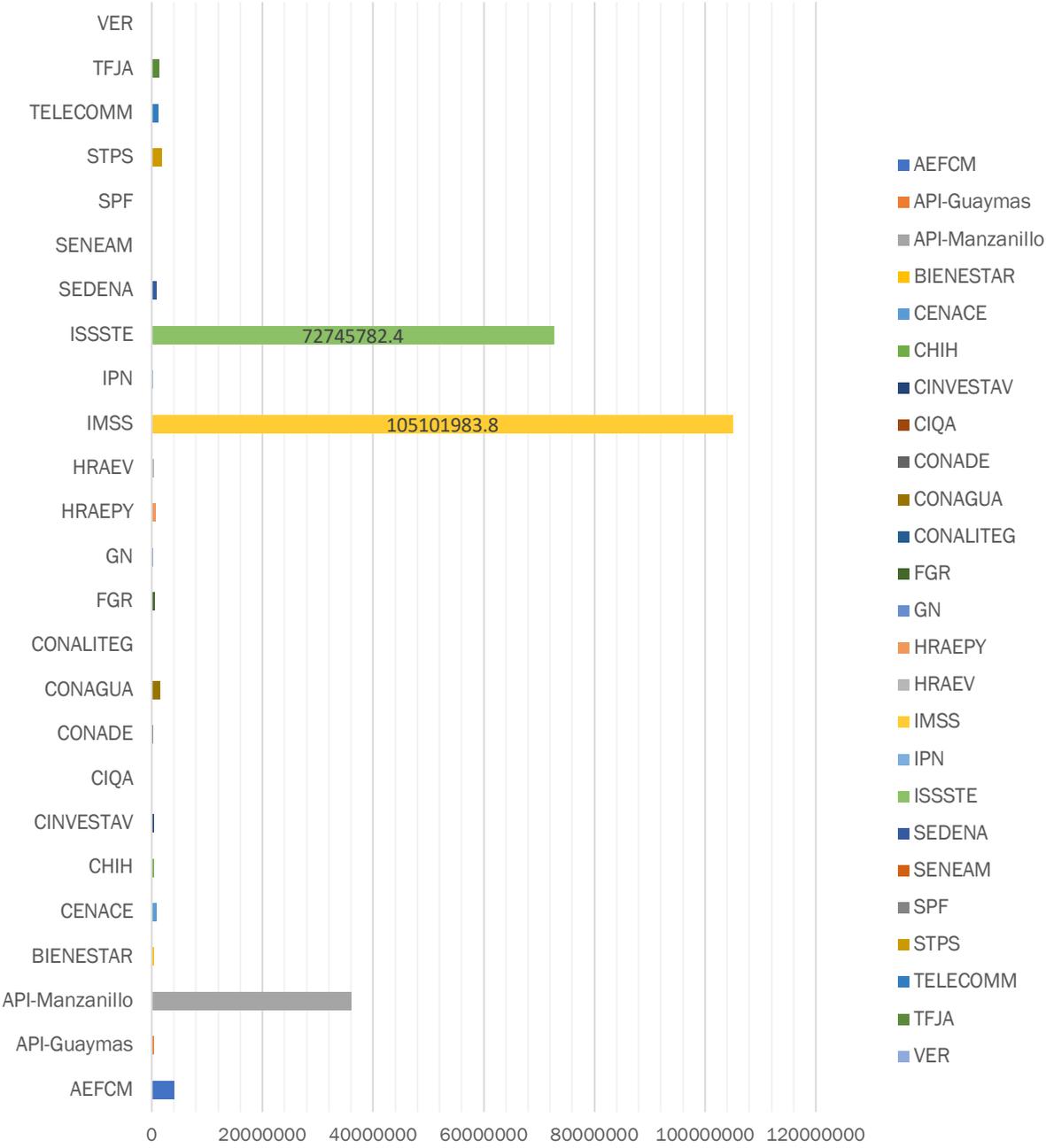
Instituciones y contratos de artículos de protección



Fuente: elaboración propia con datos de Compranet.

La gráfica siguiente 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 gráfica puede observarse que la API de Manzanillo llevó a cabo un gasto total importante, de casi 40,000,000 de pesos, a pesar de tener tan sólo 6 contratos, casi la mitad del gasto del ISSSTE en el mismo periodo.

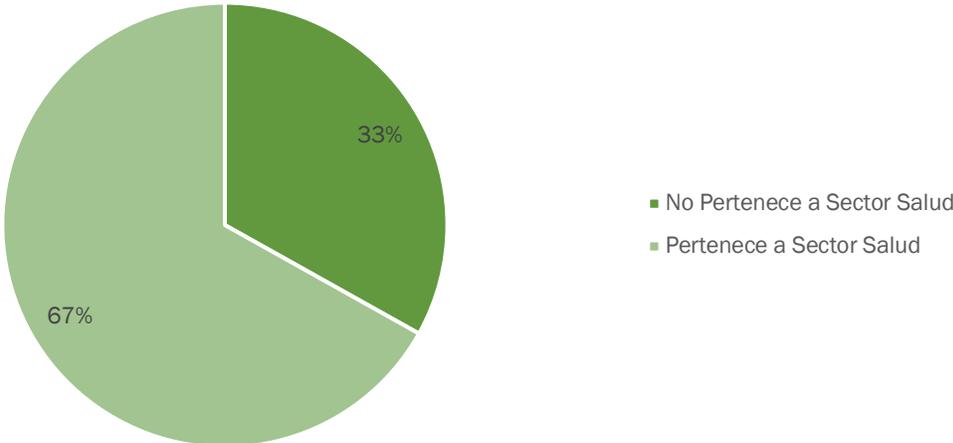
Importes totales de los contratos según la institución



Fuente: elaboración propia con datos de Compranet.

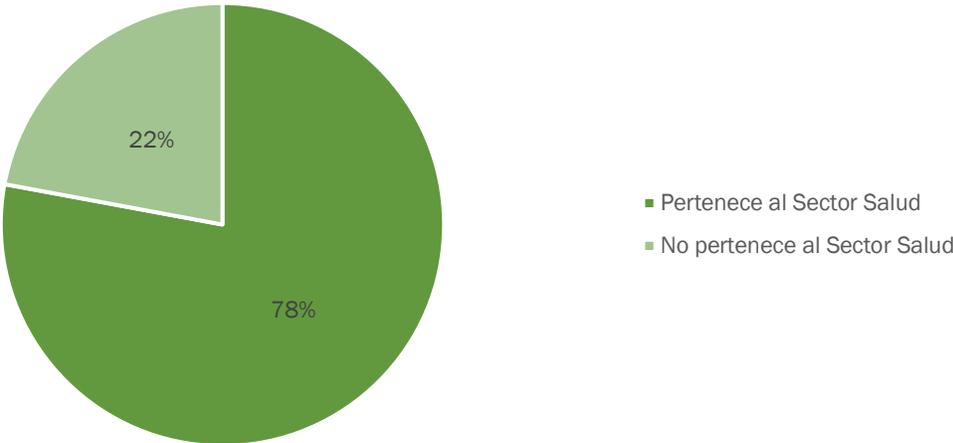
En términos de proporciones, la siguiente gráfica está basada en la columna de si la institución pertenece o no al sector salud, y pretende ilustrar de manera gráfica la relación ya reiterada: La gran mayoría de los contratos pertenecen al sector salud.

Proporción de contratos del sector salud



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

Relación del importe de los contratos según tipo de institución

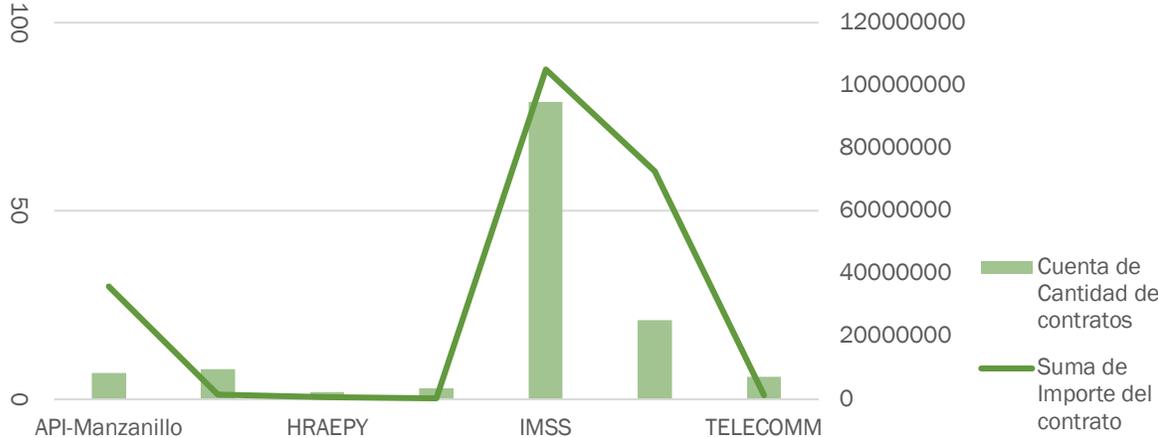


Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

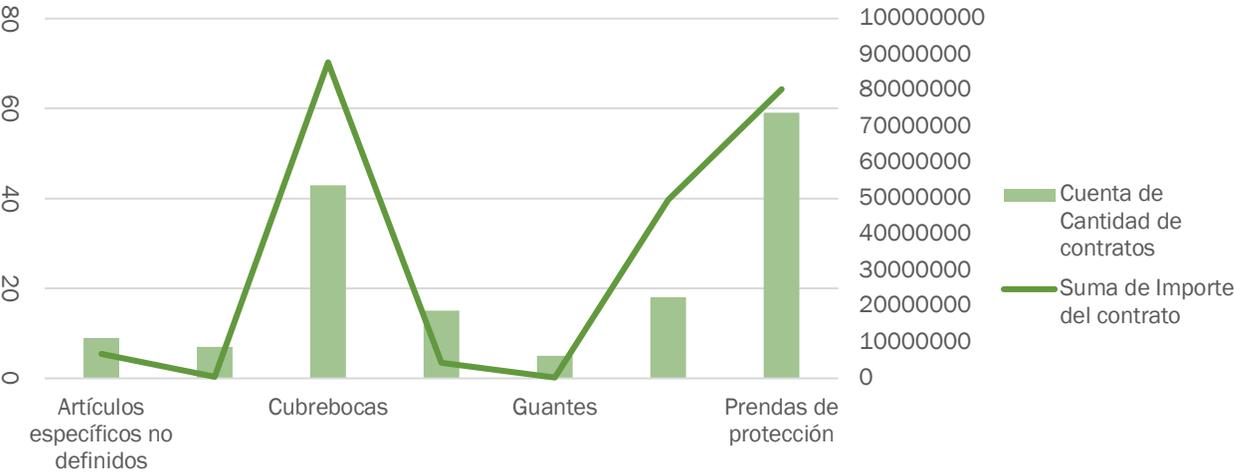
Por último, están las gráficas de la relación entre los importes y la cantidad de contratos. Estas gráficas ilustran la relación de las variables según la categoría de los artículos, según las instituciones del sector salud, y según instituciones de sector salud y otras

instituciones que tuvieran más de 5 contratos. Las instituciones que cumplían este supuesto son la CONAGUA, Telecomunicaciones de México y Administración Portuaria Integral de Manzanillo. Estas 3 instituciones tuvieron más contratos que los dos Hospitales Regionales de Alta Especialidad juntos.

Relación sobre la cantidad-importe de los contratos

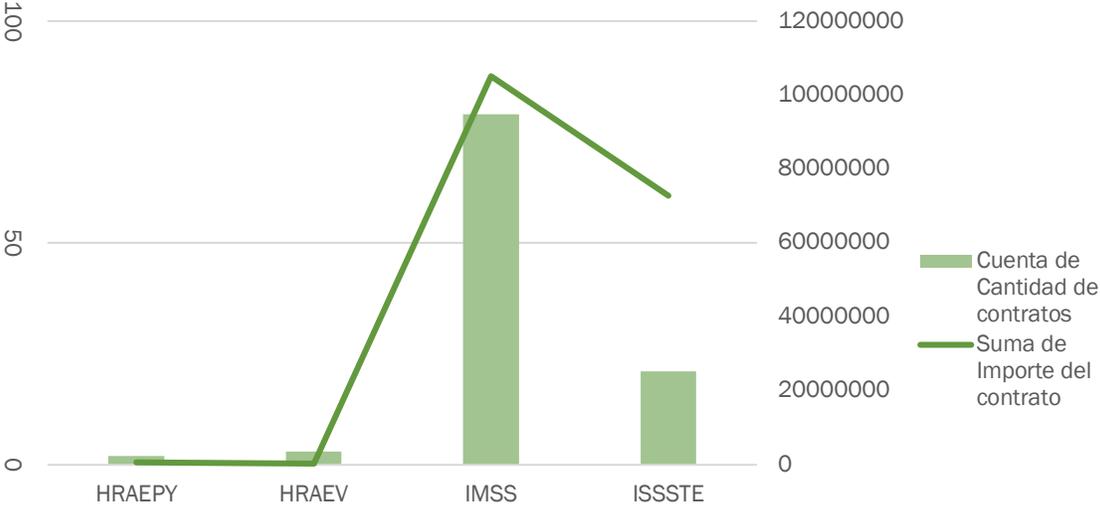


Relación sobre la cantidad-importe de los contratos según artículo



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

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



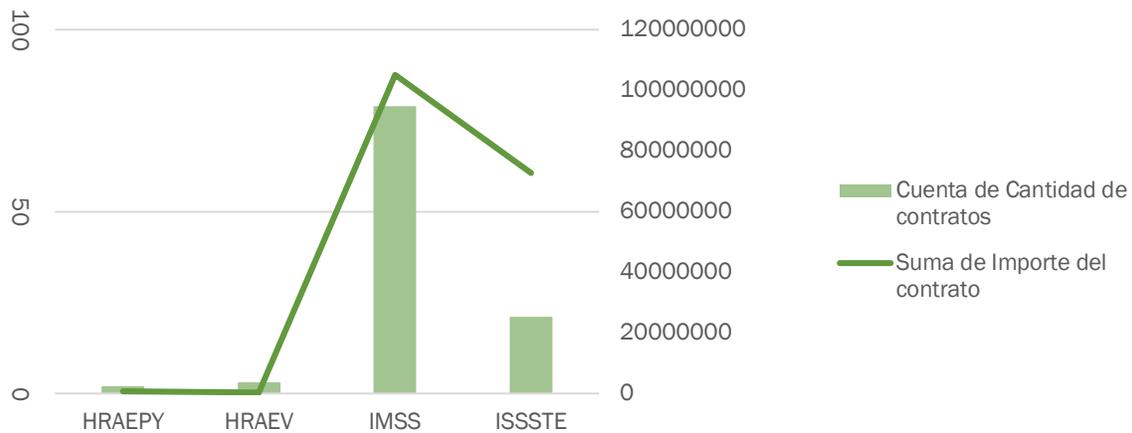
Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

Pruebas por COVID-19

La base de datos de Compranet incluye 1,286 contratos relacionados al combate de la pandemia por COVID-19. De éstos, 18³ contratos están relacionados con compras asociadas a pruebas, análisis y/o diagnóstico del Coronavirus SARS CoV-2. Dichos contratos pertenecen a once instituciones federales. Cuatro pertenecen al sector salud y siete a otras áreas de la administración pública federal. El monto total de los contratos asciende a **\$13,403,626.66 MXN**.

³ 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”, “exámenes”, “examen”, “test”, “análisis” y “diagnóstico”.

Relación sobre la cantidad-importe de los contratos de instituciones de salud



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

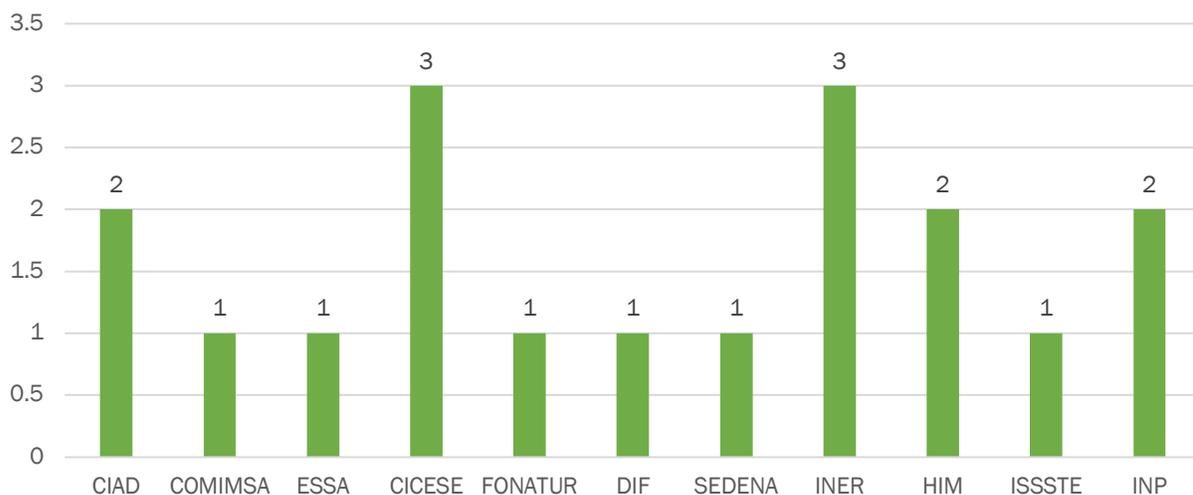
Sector Salud

- (HIM) 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.

Otras instituciones

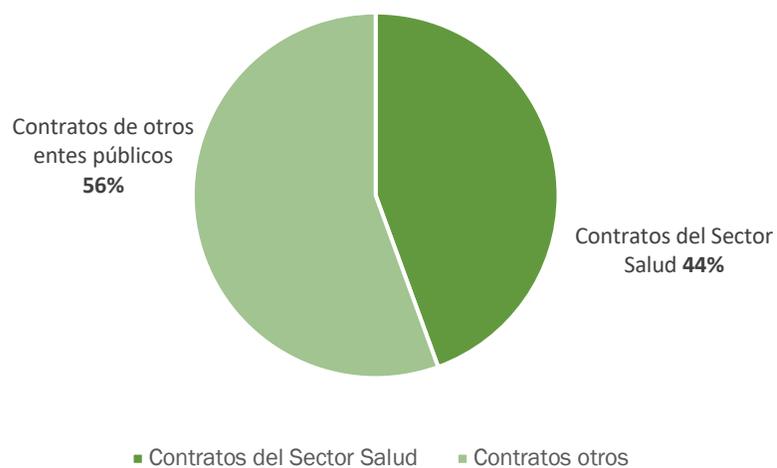
- (CIAD) Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.;
- (COMIMSA) Corporación Mexicana de Investigación en Materiales, S.A. de C.V.;
- (ESSA) Exportadora de Sal, S.A. de C.V.;
- (CICESE) Centro de Investigación Científica y de Educación Superior de Ensenada, Baja California;
- (FONATUR) Fondo Nacional de Fomento al Turismo;
- (DIF) Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;
- (SEDENA) Secretaría de la Defensa Nacional.

Número de contratos. Puebas COVID-19



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

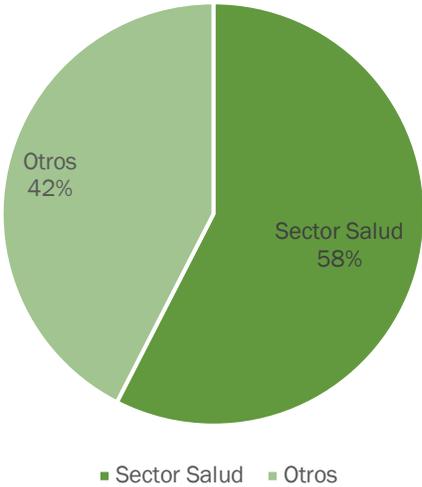
Tipo de contratos. Puebas COVID-19



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

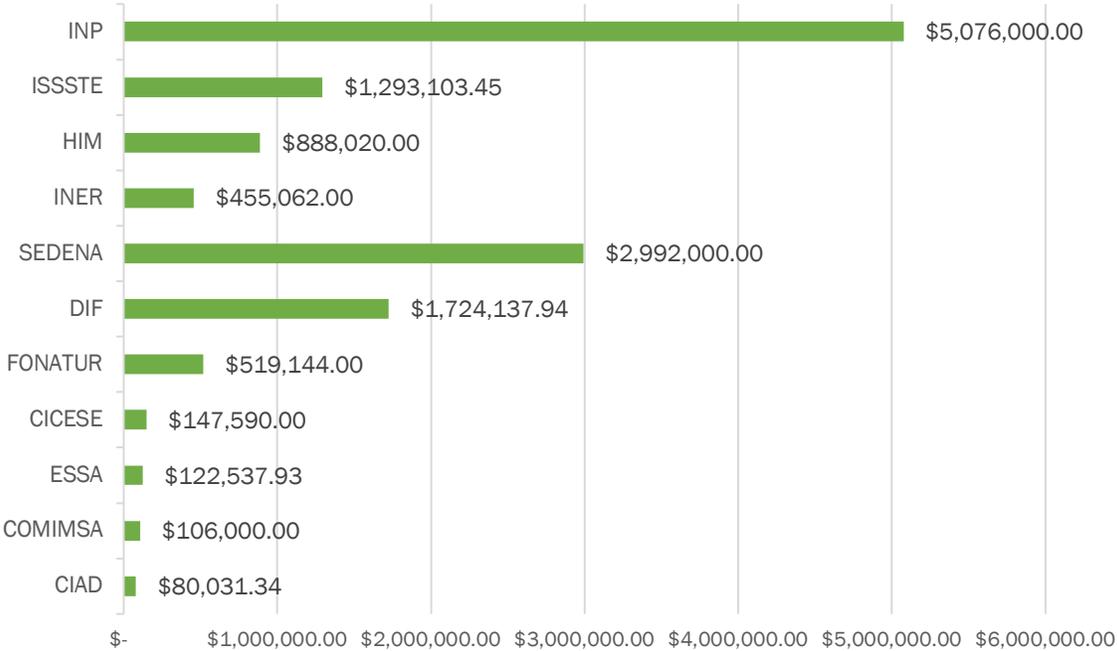
Más de la mitad de los contratos fueron celebrados por entidades fuera del sector salud. El 58 por ciento del gasto total correspondiente a pruebas por COVID-19 pertenece a contratos del sector salud.

Gastor por sector. Pruebas COVID-19



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

Gastos por institución. Pruebas COVID-19



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

Las instituciones que más invirtieron en pruebas para diagnóstico de COVID-19 fueron el Instituto Nacional de Pediatría (INP), la Secretaría de Defensa Nacional y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. El INP destinó \$540, 000.00 pesos a un primer contrato celebrado a finales de marzo por el siguiente concepto:

“KIT PARA PCR TIEMPO REAL CUALITATIVA PARA COVID 2019, DETECTANDO 3 GELES SIMULTANEOS RDRP, E,N, CON CAPACIDAD DE UTILIZARSE EN UN SISTEMA COMPLETAMENTE AUTOMATIZADO QUE INCLUYA EXTRACCION, AMPLIFICACION Y LECTURA COMPATIBLE PARA REALIZACION DE 12 MUESTRAS SIMULTANEAS. KIT CON 100 PRUEBAS.”

A principio de junio, el INP celebró un segundo contrato por 4 millones 536 mil 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.

Finalmente, cabe mencionar que, de estos contratos, 17 se llevaron a cabo vía adjudicación directa. Sólo 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.

Detalle de los contratos

Institución	Importe	Contrato
COMIMSA	\$106,000.00	ANALISIS CLINICOS PARA PERSONAL OPERATIVO Y CAMPO REGION SUR/MARINA (PRUEBAS POR PCR DETECCION COVID-19
ESSA	\$122,537.93	REALIZACION DE PRUEBAS COVID 19 A TRABAJADORES DE EXPORTADORA DE SAL CAMPAÑA COVID-19
FONATUR	\$519,144.00	CONTRATACIÓN DEL "SERVICIO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO COVID-19 MEDIANTE PRUEBAS DIAGNOSTICAS 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.
HIM	\$ 199,000.00	PRUEBAS SARS-COV2
HIM	\$689,020.00	COMPRA DE PRUEBAS SARS COV PARA PERIODO DE CONTINGENCIA
ISSSTE	\$1,293,103.45	CONVENIO ABIERTO DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO PARA REALIZAR DIAGNÓSTICO DE SARS-COV2, COVID - 19.
INER	\$ 331,258.00	COVID-19 RECOMBINANT PROTEIN :: COVID 19 SPIKE RBD CORONAVIRUS RECOMBINANT PROTEIN, 1 MG., MYBIOSOURCE, CAT- MBS669436 COVID-19 ELISA KIT:: HUMAN COVID 19 SPIKE PROTEIN S1 RECEPTOR-BINDING DOMAIN (S1RBD) 1gG, CORONAVIRUS ELISA KIT 96 TESTS, MYBIOSOURCE, CAT- MBS398005 COVID-19 ELISA KIT:: HUMAN COVID 19 SPIKE PROTEIN S1 IgG/IgM, CORONAVIRUS ELISA KIT 96-STRIP-WELLS, MYBIOSOURCE, CAT- MBS2614312
INER	\$62,138.00	COVID 19 ELISA KIT :: HUMAN COVID 19 NUCLEOCAPSID (NP) IgM CORONAVIRUS ELISA KIT, 96 STRIP-WELLS, MYBIOSOURCE, CAT-MBS3809907 COVID 19 ELISA KIT :: HUMAN COVID 19 NUCLEOCAPSID (NP) IgG CORONAVIRUS ELISA KIT, 96 STRIP-WELLS, MYBIOSOURCE, CAT- MBS3809906 COVID 19 ELISA KIT :: HUMAN COVID 19 SPIKE PROTEIN S1 RECEPTOR BINDING DOMAIN (S1RBD) IgG CORONAVIRUS ELISA KIT, 96 TEST, MYBIOSOURCE CAT- MBS398005
INER	\$61,666.00	COVID-19 ALISA KIT:: HUMAN COVID 19 SPIKE PROTEIN S1 RECEPTOR-BINDING DOMAIN (S1RBD) 1gG CORONAVIRUS ELISA KIT, 96 TESTS, MYBIOSOURCE, CAT- MBS398005 COVID-19 ALISA KIT:: HUMAN COVID 19 SPIKE PROTEIN S1 IgG/IgM CORONAVIRUS ELISA KIT, 96 STRIP-WELLS, MYBIOSOURCE, CAT- MBS2614312
INP	\$540,000.00	KIT PARA PCR TIEMPO REAL CUALITATIVA PATA COVID 2019, DETECTANDO 3 GELES SIMULTANEOS RDRP, E,N, CON CAPACIDAD DE UTILIZARSE EN UN SISTEMA COMPLETAMENTE

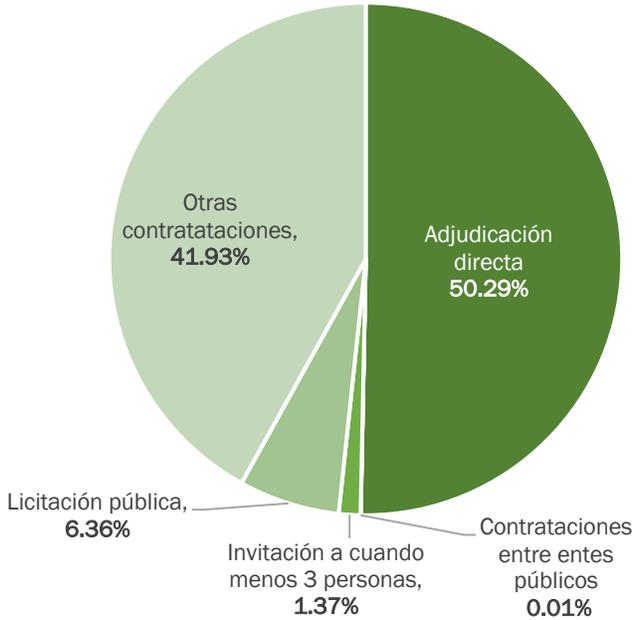
Institución	Importe	Contrato
		AUTOMATIZADO QUE INCLUYA EXTRACCION, AMPLIFICACION Y LECTURA COMPATIBLE PARA REALIZACION DE 12 MUESTRAS SIMULTANEAS. KIT CON 100 PRUEBAS.
INP	\$4,536,000.00	KIT PARA PCR TIEMPO REAL CUALITATIVA PATA COVID 2019, DETECTANDO 3 GELES SIMULTANEOS RDRP, E,N, CON CAPACIDAD DE UTILIZARSE EN UN SISTEMA COMPLETAMENTE AUTOMATIZADO QUE INCLUYA EXTRACCION, AMPLIFICACION Y LECTURA COMPATIBLE PARA REALIZACION DE 12 MUESTRAS SIMULTANEAS. KIT CON 100 PRUEBAS.
SEDENA	\$2,992,000.00	ADQUISICIÓN DE INSUMOS PARA REALIZAR PRUEBAS CONFIRMATORIAS DE COVID-19
DIF	\$1,724,137.94	SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS COVID-1 (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 HOGAS 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 REACTIVO PARA ANALISIS 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 COVID 19
CIAD	\$43,660.00	ADECUACIONES PARA REALIZAR PRUEBAS DEL COVID-19 EN LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA EN PLANTA ALTA EN CIAD UNIDAD REGIONAL CULIACAN
CIAD	\$36,371.34	APOYO TECNICO PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACION DE METODOLOGIAS EN EL LABORATORIO: IMPLEMENTACION DE TECNICAS ANALITICAS PARA EL ANALISIS POR PCR DE SARS-COV-2, DETERMINACION DE ANTICUERPOS Y ELABORACION DE MATERIALES
GRAN TOTAL	\$13,403,626.66	

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 el 50% del gasto total; la licitación pública, en cambio, solo representó el 6.36%.

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.

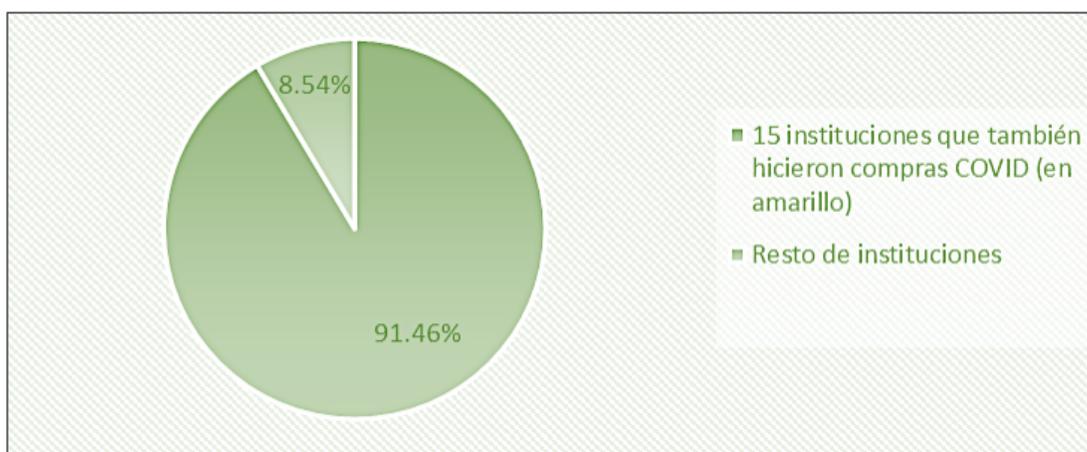
Composición del gasto de las instituciones del sector salud por tipo de procedimiento
Período: marzo – junio, 2020



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

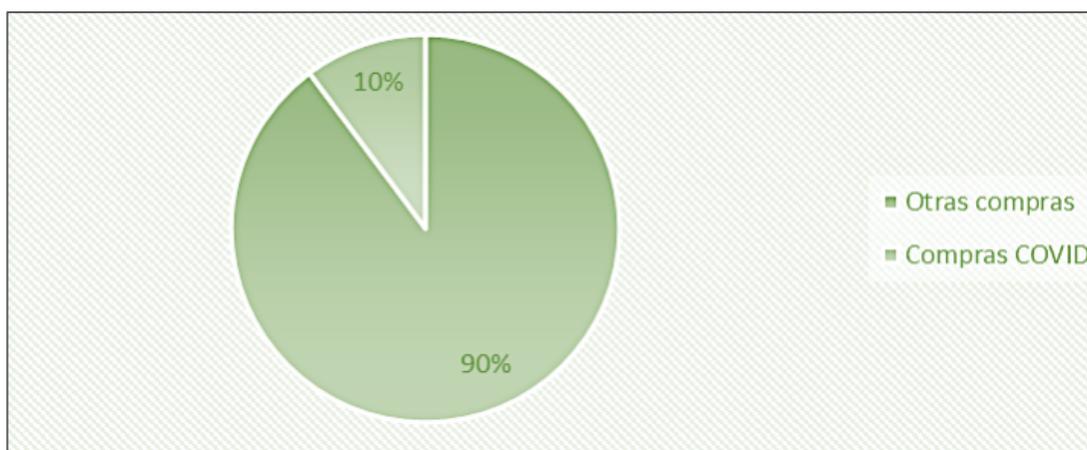
Por otra parte, se encontró que las 15 instituciones del sector salud que hicieron compras COVID-19 y cuyo análisis se presentó en el apartado anterior, concentraron el 91% del gasto total (\$45,414,159,301.95); sin embargo, solo el 10% (\$4,629,203,334.38) de este gasto fue para las compras etiquetadas 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.

Participación de las instituciones del sector salud que hicieron compras COVID-19 en el gasto total. *Período: marzo – junio, 2020*



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

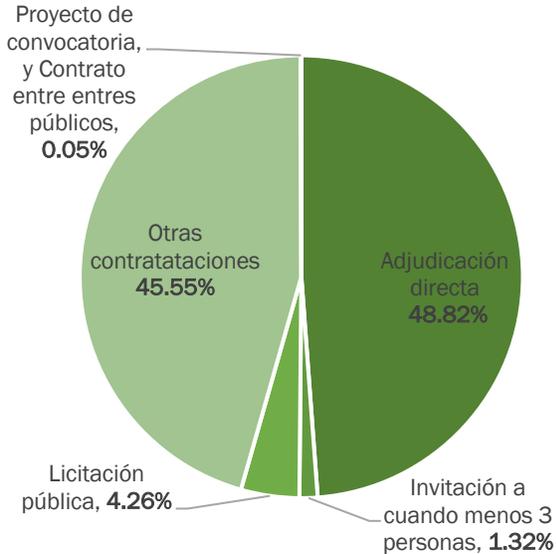
Composición del gasto total de las 15 instituciones del sector salud que también registraron compras COVID-19. *Periodo: marzo – junio, 2020*



Fuente: Elaboración propia con 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 el 10% (\$4,629,203,334.38) del total, el monto pagado por adjudicaciones directas fue del 48.82% y del 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 en total), por lo que el procedimiento de adjudicación no fue utilizado de manera exclusiva para atender la emergencia sanitaria.

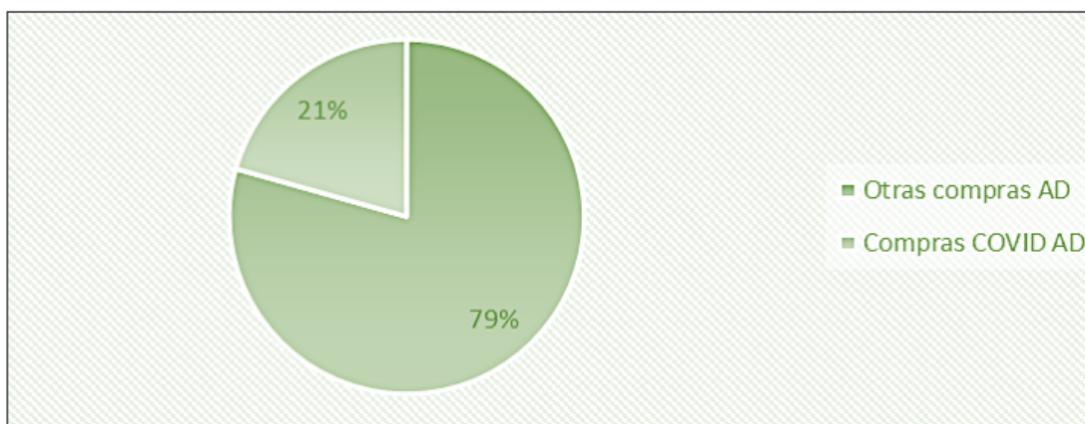
Composición del gasto total por tipo de procedimiento de las 15 instituciones del sector salud que también registraron compras COVID-19. *Período: marzo – junio, 2020*



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

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

Composición del gasto total por adjudicación directa de las 15 instituciones del sector salud que también registraron compras COVID-19. *Período: marzo – junio, 2020*



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

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

Tipo de procedimiento	Hospital Infantil de México Federico Gómez	Hospital Juárez de México	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Instituto Mexicano del Seguro Social	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas	Instituto Nacional de Pediatría	Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra	Instituto Nacional de Salud Pública	Secretaría de Salud	Total general
AD	\$87,919,502.39	\$137,362,192.47	\$15,794,355.22	\$14,661,360.37	\$26,262,629.85	\$58,181,485.65	\$3,323,269,885.45	\$16,973,354,234.42	\$200,114,175.01	\$482,294,908.25	\$128,570,535.32	\$25,563,509.01	\$409,881,299.29	\$8,986,918.41	\$280,464,599.29	\$22,172,681,590.40
C	\$10,843,182.50						\$2,449,104.07	\$4,309,137.94				\$186,544.63	\$1,654,686.00			\$19,442,655.14
I	\$8,577,782.00	\$3,239,340.00			\$6,508,285.07		\$116,262,276.28	\$396,434,826.00	\$25,884,014.60	\$3,937,022.78	\$8,069,209.88	\$16,866,733.22	\$665,534.00		\$11,533,484.48	\$597,978,508.31
L	\$97,442,078.49	\$19,177,773.78			\$7,009,391.01	\$7,270,040.62	\$580,049,809.48	\$919,127,095.33	\$14,183,960.11	\$108,128,850.54		\$29,645,458.13	\$24,000,883.81	\$19,682,088.16	\$108,411,624.56	\$1,934,129,054.02
O	\$93,931,332.81		\$648,007.89	\$1,523,222.17	\$71,102,930.47	\$141,345,296.52	\$5,320,404,248.48	\$15,044,374,517.93	\$2,342,872.27		\$6,695,757.44	\$1,592,146.40	\$997,144.82	\$833,968.52		\$20,685,791,445.72
P								\$4,136,048.37								\$4,136,048.37
Total general	\$298,713,878.19	\$159,779,306.25	\$16,442,363.11	\$16,184,582.54	\$110,883,236.40	\$206,796,822.79	\$9,342,435,323.76	\$33,341,735,859.98	\$242,525,021.99	\$594,360,781.57	\$143,335,502.64	\$73,854,391.39	\$437,199,547.92	\$29,502,975.09	\$400,409,708.33	\$45,414,159,301.95
Gasto COVID-19	\$888,020.00	\$1,559,790.07	\$1,481,932.00	\$397,519.38	\$328,775.00	\$6,366,294.00	\$119,112,411.50	\$4,251,864,150.00	\$1,206,111.19	\$5,076,000.00	\$1,009,735.80	\$59,052.00	\$88,585.14	\$34,200.00	\$239,730,758.30	\$4,629,203,334.38

En donde:

AD: adjudicación directa;

C: contrato entre entes públicos;

I: invitación a cuando menos 3 personas;

L: licitación pública;

O: otras contrataciones;

P: proyecto de convocatoria.

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 éstos. 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 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 Secretaría de Salud 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 salubridad 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.⁴

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). Éste 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 Relacionados 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,⁵ para lo cual describen

⁴ Decreto, Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos, 27 de marzo del 2020.

⁵ Artículo 1. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos, última reforma 11 de agosto del 2020. y Artículo 1. Ley de Obras Públicas y

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 Secretaría de la Función Pública (SFP) recomienda enfáticamente apearse a la licitación pública como proceso de contratación preferido.

La base de contratos de Compranet clasifica los contratos en diez *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 sólo las plantillas 01, 03, 05, 06 y 10. En las siguientes cantidades y bajo los fundamentos que a continuación se detallan.

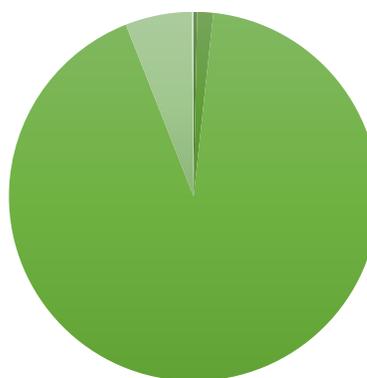
Plantilla de expediente	Fundamento en los art.	Cantidad
01. Licitación Pública LAASSP	No especificado	4
03. Invitación a Cuando Menos Tres Personas LAASSP	41 fr. II, V y 42 par. 1°	18

Servicios Relacionados con las Mismas, Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos, última reforma 13 de enero del 2016.

05. Adjudicación Directa LAASSP	41 fr. I, II, III, V, VIII, XII, XIV, XVII y 42 par. 1°, 2°, 5°	1,187
06. Adjudicación Directa LOPSRM	42 fr. II, V y 43 s/f	75
10. Contratos entre entes públicos	No especificado	2
	TOTAL	1,286

Porcentaj de contratos por plantilla de expediente

■ 01. Licitación Pública LAASSP	0.31
■ 03. Invitación a Cuando Menos Tres Personas LAASSP	1.40
■ 05. Adjudicación Directa LAASSP	92.30
■ 06. Adjudicación Directa LOPSRM	5.83
■ 10. Contratos entre entes públicos	0.16



Fuente: Elaboración propia con datos de Compranet.

A continuación, se describen brevemente los procesos de compra y contratación de servicios que pueden encontrarse en la base de datos de Compranet. Asimismo, 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 sólo una de las fracciones o párrafos, por lo que se citarán en conjunto.

Licitación pública

De acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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.

Primero, las autoridades lanzan una convocatoria en la que especifican el tipo de producto o servicio requerido. Segundo, los prestadores de servicios y/o distribuidores de bienes presentan sus propuestas de manera confidencial ante las autoridades en los tiempos que éstos establezcan. Tercero, 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.⁶

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

⁶ Artículo 134. Construcción Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos, última reforma 8 de mayo del 2020.

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, sólo cuatro 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. 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; [...]

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.⁷

Adjudicación directa

Éste es un procedimiento de contratación que puede realizarse sin llevar a cabo un proceso de competencia entre proveedores de bienes y servicios. En éste, 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 Secretaría de Salud 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;

⁷ Artículos 41 y 42. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos, última reforma 11 de agosto del 2020. Texto completo en Anexo.

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;

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.⁸

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. 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; 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

⁸ Artículos 41 y 42. Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos, última reforma 11 de agosto del 2020. Texto completo en Anexo.

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 facultad podrá delegarse en el oficial mayor o su equivalente en las dependencias o entidades.⁹

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, entidades federales con autonomía derivada de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 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.

⁹ Artículos 42 y 43. Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos, última reforma 13 de enero del 2016. Texto completo en Anexo.

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. 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

1. 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;
2. El periodo considerado fue febrero – junio, debido a que en febrero apareció el primer caso positivo de COVID-19;
3. 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, Hospital Juárez de México, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER), Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes y el Instituto Nacional de Rehabilitación.

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 primera tabla 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 Hospital Juárez de México 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 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y la causa no puede concluirse, si bien podría haber sido por la falta de ventiladores en el Hospital Juárez, diferencia de criterios para intubar o cualquier otro motivo.

Pacientes positivos a COVID-19

Etiquetas de fila	HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSIO VILLEGAS	INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA	INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES	INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION	Total general
Positivo SARS-CoV-2 ^a	263	575	848	132	45	1	1864
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

Fuente: Elaboración propia con datos de la base COVID-19 Sinave publicada por la Ciudad de México.

La siguiente tabla, a diferencia de la anterior, 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 Hospital Infantil. El Instituto Nacional de Perinatología, en cambio, fue en el que menos pruebas se practicaron, registrando únicamente 53.

Pacientes a los que se les hizo prueba, por tipo de paciente (ambulatorio/hospitalizado) y si fueron o no intubado

Etiquetas de fila	HOSPITAL INFANTIL MEXICO FEDERICO GOMEZ DE	HOSPITAL JUAREZ MEXICO DE	INSTITUTO NACIONAL ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSIO VILLEGAS DE	INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA DE	INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES DE	INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION DE	Total general
AMBULATORIO	763	434	2638	329	29	156	4349
B			8				8
CORONA NL63		1					1
CORONA OC43			1				1
ENTEROV//RHI NOVIRUS			5				5
METAPNEUMOVIRUS			1				1
NEGATIVO	500	262	2034	179	1	4	2980
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	2065
NO INTUBADO	366	526	161	318	19	2	1392
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
SI INTUBADO	62	213	350	36	5	1	667
NEGATIVO	46	54	25	13	1	1	140
NO ADECUADO	1	3					4

Etiquetas de fila	HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSIO VILLEGAS	INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA	INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES	INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION	Total general
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
ENTEROV//R HINOVIRUS			2				2
NEGATIVO			4				4
Total general	1191	1173	3155	683	53	159	6414

Fuente: Elaboración propia con datos de la base COVID-19 Sinave publicada por la Ciudad de México.

Ahora bien, estos datos no permiten obtener conclusiones, pues son limitados. Con respecto a los pacientes intubados, por ejemplo, en el INER y en el Hospital Juárez, 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 Secretaría de Salud no es posible identificar a qué hospital o instituto beneficiaron.

En cuanto al número de pruebas, tal como se observa en la siguiente tabla 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 Instituto Nacional de Pediatría, cuyo gasto fue por poco más de cinco millones, 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 Secretaría de Salud.

Institución	Concepto de las compras	Monto total
Hospital Infantil de México Federico Gómez	1. Compra de pruebas sars cov para periodo de contingencia; 2. Pruebas sars-cov2.	\$888,020.00

Institución	Concepto de las compras	Monto total
Hospital Juárez de México	<ol style="list-style-type: none"> 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
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas	<p>Compra 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • atcc vr-740, virus human coronavirus 229e "pase cero" clasificacion-. coronaviridae, coronavirus, nivel bsl: 2, cat-vr-740; • atcc vr 1558d, virus: betacoronavirus 1, "pase cer" clasificacion: coronaviridae, betacoronavirus, depositado como human coronavirus oc43, nivel bsl: 2, cat-vr1558d; • atcc vr 3262sd quantitative synthetic human coronavirus hku1 rna "pases cero" nivel: bsl 1, cat- vr-3262sd; • atcc vr 3263sd quantitative synthetic human coronavirus nl63 rna "pases cero" nivel: bsl 1, cat- vr-3263sd. <p>Compra 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coronavirus covid-19 igg elisa arreglo para placa de 96 poz0s, 1 x 96 well, marca eagle biosciences, cat- kt-1032; • Coronavirus covid-19 igm elisa arreglo para placa de 96 poz0s, 1 x 96 well, marca eagle biosciences, cat- kt-1033. <p>Compra 3:</p>	\$1,206,111.19

Institución	Concepto de las compras	Monto total
	<ul style="list-style-type: none"> • Coronavirus covid-19 igg elisa assay, 10 ul. eagle bio, cat- kt-1032; • Coronavirus covid-19 igm elisa assay kit, eaglebio, cat- kt-1033. <p>Compra 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Covid 19 elisa kit: human covid 19 nucleocapsid (np) igm coronavirus elisa kit, 96 strip-wells, mybiosource, cat-mbs3809907; • Covid 19 elisa kit: human covid 19 nucleocapsid (np) igg coronavirus elisa kit, 96 strip-wells, mybiosource, cat-mbs3809906. <p>Compra 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Covid-19 alisa kit: human covid 19 spike protein s1 receptor-binding domain (s1rbd) 1gg coronavirus elisa kit, 96 tests, mybiosource, cat-mbs398005; • Covid-19 alisa kit: human covid 19 spike protein s1 igg/igm coronavirus elisa kit, 96 strip-wells, mybiosource, cat-mbs2614312. <p>Compra 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Covid-19 recombinant protein :: covid 19 spike rbd coronavirus recombinant protein, 1 mg., mybiosource, cat-mbs669436; • Covid-19 elisa kit:: human covid 19 spike protein s1 receptor-binding domain (s1rbd) 1gg, coronavirus elisa kit 96 tests, mybiosource. <p>Compra 7:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Human anti-sars-cov-2 s1rbd igg elisa, 96 wells, biovendor, cat-rai009r; 	

Institución	Concepto de las compras	Monto total
	<ul style="list-style-type: none"> • Human anti-sars-cov-2 np igg elisa, 96 wells, biovendor, cat-rai010r; • Human anti-sars-cov-2 np igm elisa, 96 wells, biovendor, cat-rai011r. <p>Compra 8:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kit de deteccion singleplex para la deteccion de cpvid-19, mediante rt qpcr con enzima para 200 rxn, alineado con lo establecido por la oms, sondas fam/ para el diagnostico aproximado de 50 muestras, incluye controles sinteticos, control sarbeco-ncov2019-1 y control sars-ncov2019-2. <p>Compra 9:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lightmix® modular sars and wuhan cov n-gene, c/96 reacciones, cat-9155350001; • Lightmix® modular sars and wuhan cov e-gene, c/96 reacciones, cat-9155368001; • Lightmix® modular wuhan cov rdrp-gene, c/96 reacciones, cat-9155376001; • Lc multiplex rna virus master, c/200 reacciones, cat-6754155001; • High pure viral rna kit, 100 purificaciones , cat-11858882001; • Lightcycler 8 tube strips (white), tiras de 8 tubos con tapas (960 tubos), cat-6612601001 <p>Compra 10:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recombinant sars-cov-2 spike protein, s1 subunit 500 ug raybiotech, cat -230-01101-500; • Recombinant sars-cov-2 nucleocapsid protein 100 ug 	

Institución	Concepto de las compras	Monto total
	raybiotech, ccat -230-30164-100; <ul style="list-style-type: none"> • Covid-19 s-protein (s1rbd) human iga elisa kit 2 plate kit raybiotech, cat -ie-covs1rbd-iga-2; • Covid-19 s protein (s1rbd) human igm elisa kit 2 plate kit, raybiotech, cat -ie-covs1rbd-igm-2; • Covid-19 s-protein (s1rbd) human igg quantitative elisa kit, 2 plate kit, raybiotech, cat -ieq-covs1rbd-igg-2. 	
Instituto Nacional de Pediatría	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kit para pcr tiempo real cualitativa para covid 2019, detectando 3 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 simultaneas. kit con 100 pruebas. 	\$5,076,000.00
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Material de curación de marzo por AD. para contingencia del COVID-19; 2. Material de curación, AD abril. para el combate de la enfermedad generada por el virus SARS-COV-2 (COVID-19); 3. Material de curación. 	\$1,009,735.80
Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adjudicación directa a la adquisición de materiales, accesorios y suministros médicos, para atender la contingencia por covid-19 2. Adjudicación directa relativa a la adquisición de materiales, accesorios y suministros médicos, para atender la contingencia por covid-19. 	\$88,585.14

II. 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 éstos, es posible identificar algunas de las mejores prácticas de manejo de la pandemia en el país, tanto a 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 CIDE; y la evaluación de congresos locales y capitales elaborada por 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, de los 32 estados, tan sólo 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 solo 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 sólo 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 (Transparencia Mexicana, 2020b).

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

trece 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 Leon, 2020); el del 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 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 (Gobierno de Zacatecas, 2020).

Adicionalmente a este panorama, otro artículo importante del proyecto Susana Vigilancia es con respecto al 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 sólo Jalisco y Guanajuato habían publicado información con respecto 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 sólo 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 con respecto a 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; la tercera a la Financiera para el Desarrollo Económico de Sonora (FIDESON) para evaluar el programa de apoyo emergente a micro, pequeñas y medianas empresas; y la cuarta al DIF 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 otro 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 ésta 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 sólo una rendición de cuentas de las medidas estatales, sino también una crítica de la forma en la que el Estado ha presenta 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. En cambio, este informe preliminar que se ha ido desarrollando y actualizando continuamente desde mayo y que se actualizó 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 éstos, como los montos, la temporalidad, la duración, entre otros.

A partir de una búsqueda en medios, páginas, micrositios 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 cuanta 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 el 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 el 51% tiene información incompleta sobre sus atributos esenciales (cuánto se destina, por cuánto tiempo, con qué frecuencia). Además, en un 40% de los instrumentos estudiados no fue posible encontrar la fuente de los recursos y en un 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 (Cejudó et al., 2020).

Con respecto a 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 sólo 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.

A nivel municipal, el colectivo Ciudadanos por Municipios Transparentes (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 qué tan completa es la información que los gobiernos ponen a disposición pública, a partir de los cuales el informe clasifica a las capitales y congresos de acuerdo con 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, sólo 5 capitales publican la información de los montos que han gastado desglosados por rubros y sólo 4 presentan las facturas de sus compras, mientras que sólo un congreso local presenta la información de ambos rubros (Estrada et al., 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 son los municipios capitales calificados con muy buenas prácticas. Éstos son Mérida, Colima y Xalapa, con calificaciones por encima de 90%, y Tlajomulco, Tonalá, Zapopan y San Pedro Tlaquepaque, 4 municipios de Jalisco que tienen un porcentaje de 100% en el cumplimiento de estos rubros. A partir de esta información, entre las 5 pm del 5 de agosto y la 1 am del 6 de agosto se llevó a

cabo una revisión de los portales de estos 7 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 con respecto a 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, 2020). 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 sólo 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 del 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 a nivel municipal, en tanto no lo pide el CIMTRA y ninguna de las capitales tiene esa información disponible (Ayuntamiento de Tlajomulco, 2020; Ayuntamiento 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 donde están más concentrados, así como las rutas de transportes exclusivos para el personal de salud y los hospitales a las que éstas 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, 2020). Por otro lado, Zacatecas, dentro de su sitio, permite visualizar de manera gráfica tanto los datos relacionados a 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).

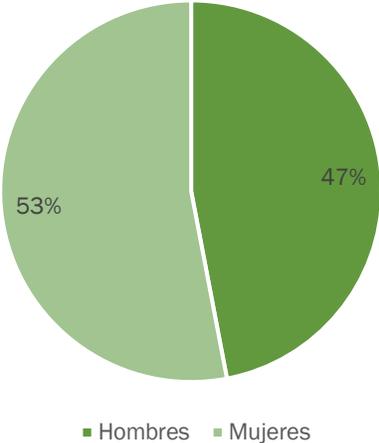
Por último, la Ciudad de México, por ejemplo, tiene información detallada sobre los casos a nivel colonia y sobre la afluencia del transporte público cada día desde el primero de marzo y hasta el 14 de julio (Gobierno de CDMX, 2020). Esta información puede representar una fuente importante de información 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 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 ésta, los informes están divididos en 9 distintas categorías: Informes financieros de infraestructura, de salud, de desarrollo social y del Instituto de la Vivienda de Nuevo León (IVNL), subsidios y padrón de beneficiarios del IVNL y de Fomento Metropolitano de Monterrey y los donativos para la contingencia (Gobierno de Nuevo León, 2020).

Caso Ciudad de México

Al 30 de junio de 2020, la Secretaría de Salud reportaba que la Ciudad de México (CDMX) y el Estado de México eran las entidades federativas con mayor número de casos de los 226 089 casos acumulados por COVID-19 a 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 el 24% (Secretaría de Salud, 2020). Evidentemente, la alta concentración de casos de coronavirus en la CDMX 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 (INEGI, 2015).

Población total de la CDMX por sexo en 2015



Fuente: Elaboración propia con base en la “Encuesta Intercensal” del INEGI. 2015.

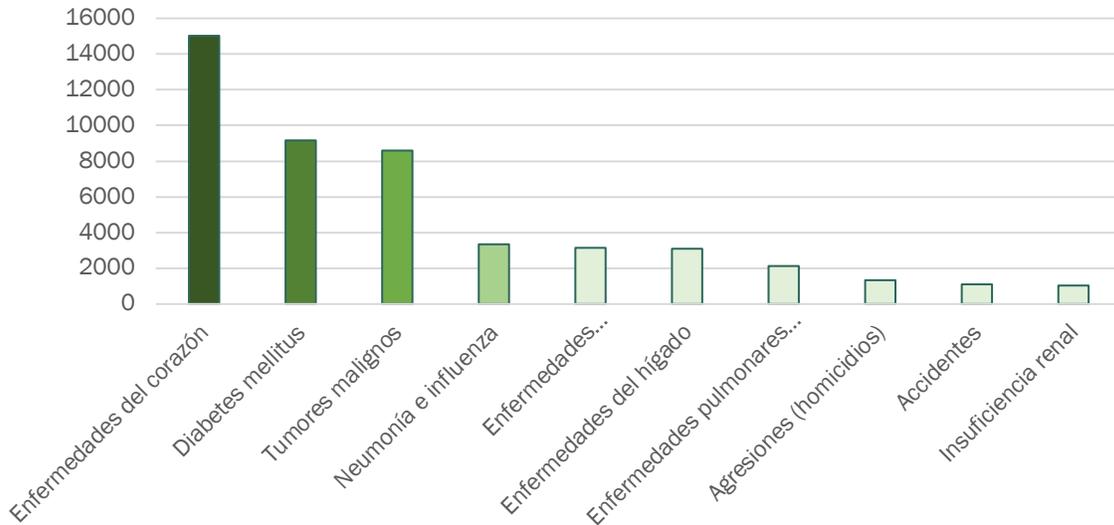
Población por sexo y por edad en CDMX en 2015



Fuente: Elaboración propia con base en la “Encuesta Intercensal” del INEGI. 2015.

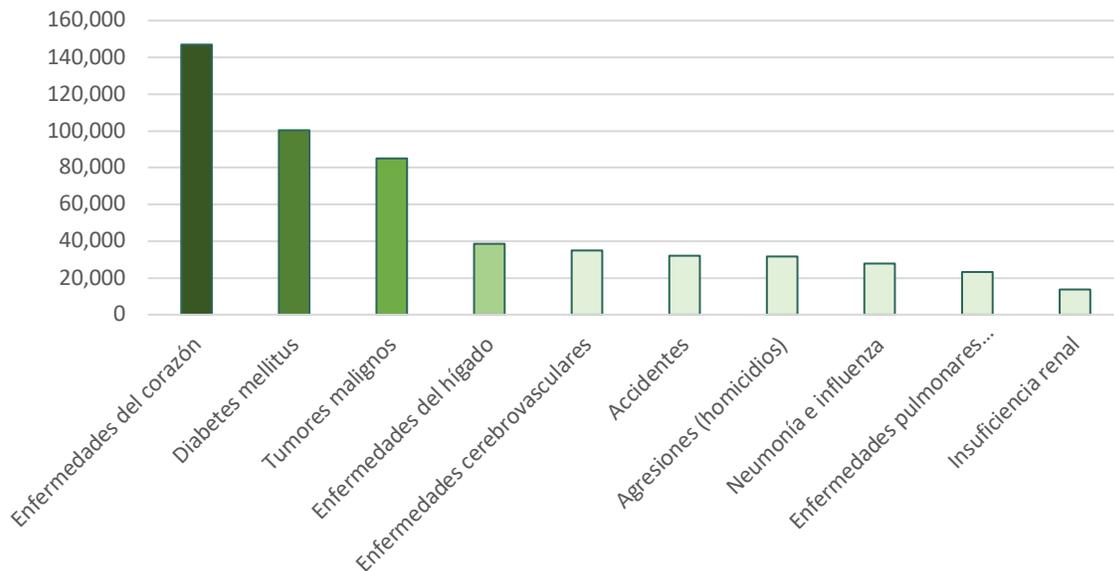
Con el fin de comprender el impacto de la pandemia para la ciudad, es necesario desglosar el perfil epidemiológico y de enfermedades crónico-degenerativas de la entidad, así como el acceso a servicios de salud de la población. En la CDMX, en 2018, las diez principales causas de muerte fueron enfermedades 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. A 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 (Secretaría de Salud, n.d.).

Número y tipo de defunciones en CDMX en 2018



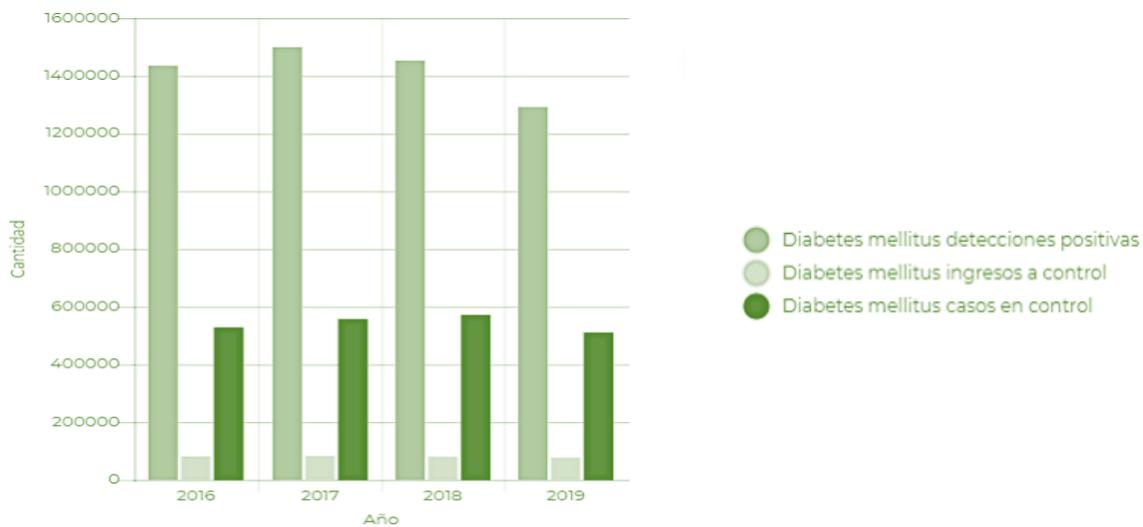
Fuente: Elaboración propia con base en la información de “Causas de defunción” de la Secretaría de Salud. n.d.

Número y tipo de defunciones en México (narcional) en 2018



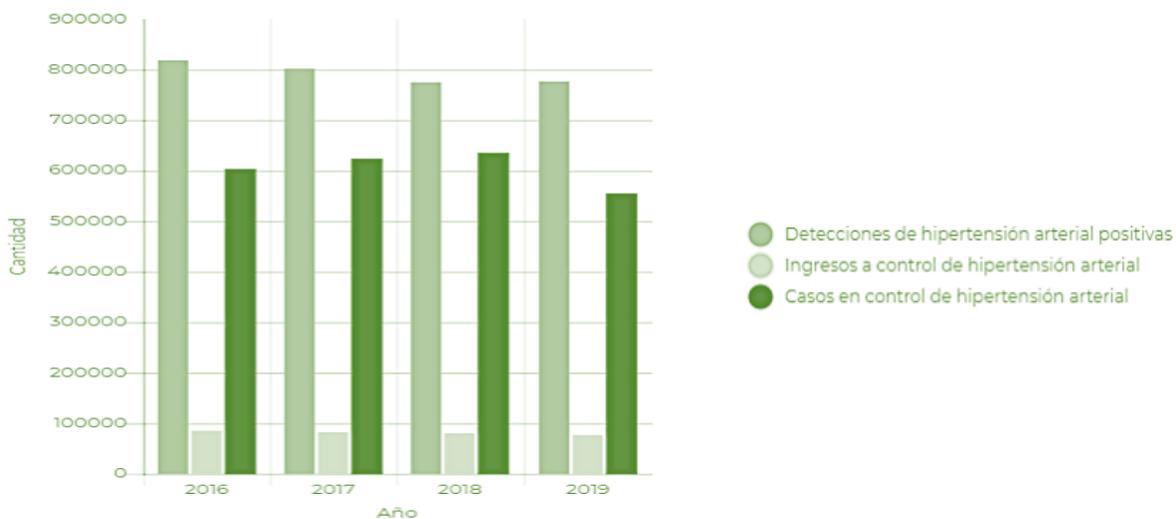
Fuente: Elaboración propia con base en la información de “Causas de defunción” de la Secretaría de Salud. n.d.

Servicios otorgados relacionados con diabetes mellitus a nivel nacional



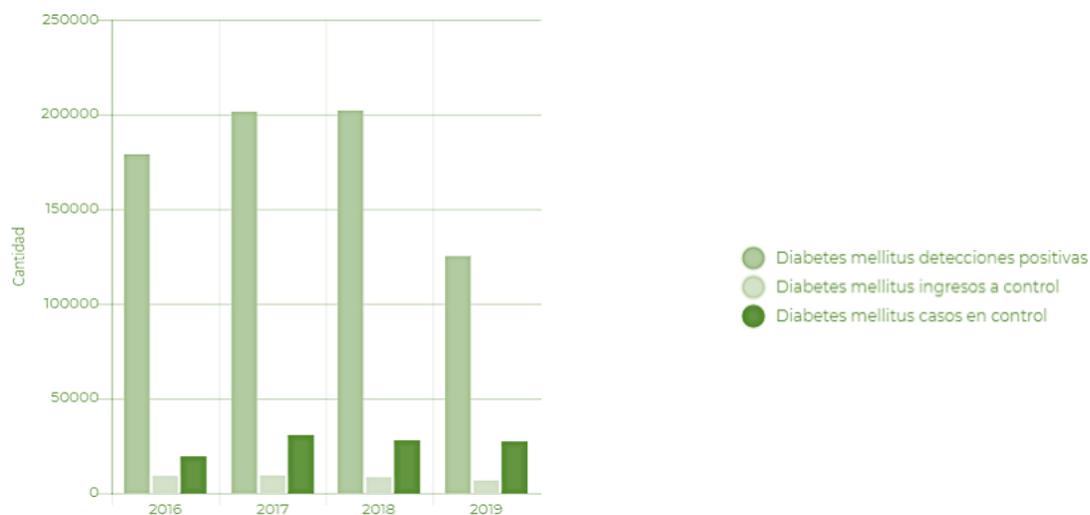
Fuente: Tomado y adaptado de “Salud en el Adulto y en el Anciano” de la Secretaría de Salud. n.d.

Servicios otorgados relacionados con hipertensión arterial a nivel nacional



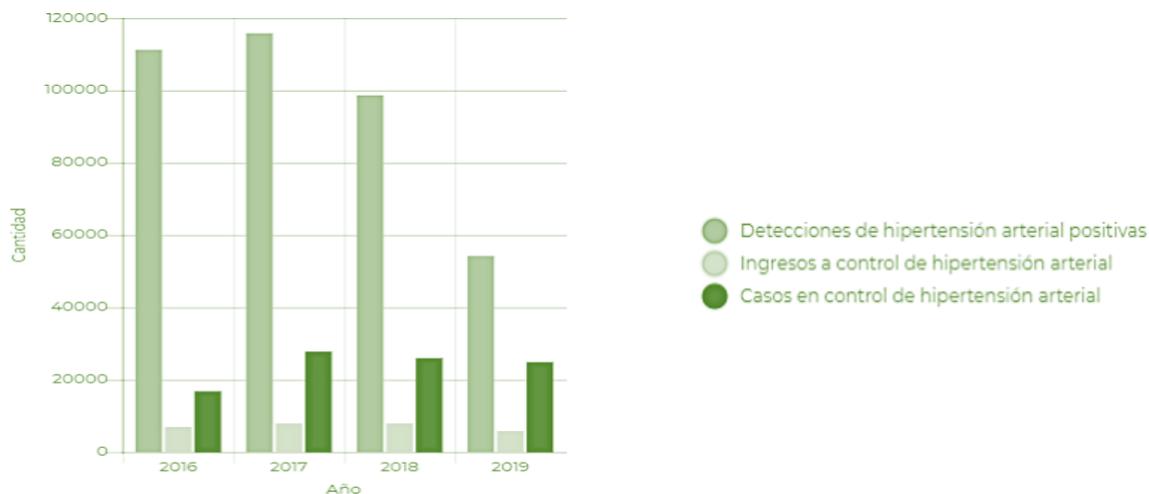
Fuente: Tomado y adaptado de “Salud en el Adulto y en el Anciano” de la Secretaría de Salud. n.d.

Servicios otorgados relacionados con diabetes mellitus en la CDMX



Fuente: Tomado y adaptado de “Salud en el Adulto y en el Anciano” de la Secretaría de Salud. n.d.

Servicios otorgados relacionados con hipertensión arterial en la CDMX

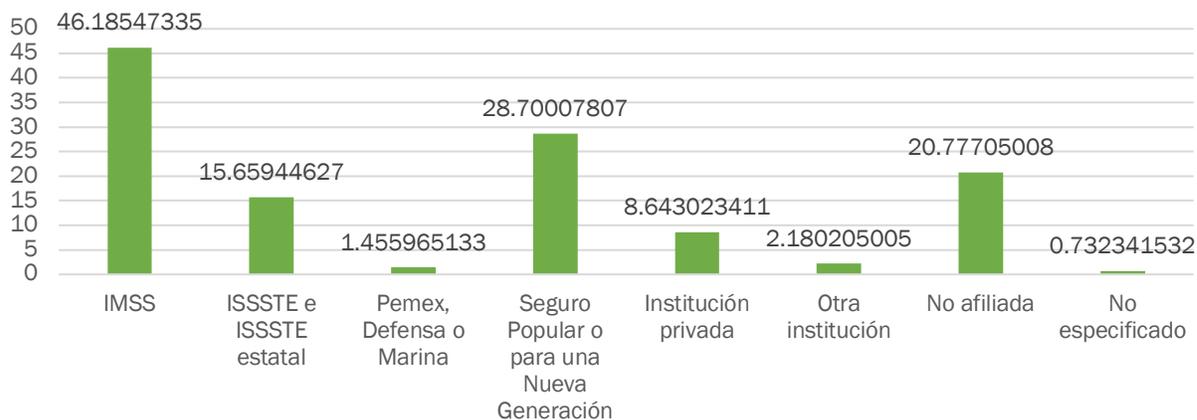


Fuente: Tomado y adaptado de “Salud en el Adulto y en el Anciano” de la Secretaría de Salud. n.d.

A nivel de enfermedades que pueden implicar un riesgo de complicación para pacientes con coronavirus, la Secretaría de Salud 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 a nivel nacional de las cuales 125 217 tuvieron lugar en la Ciudad de México, aproximadamente el 10%. Por otra parte, las detecciones de hipertensión de la CDMX

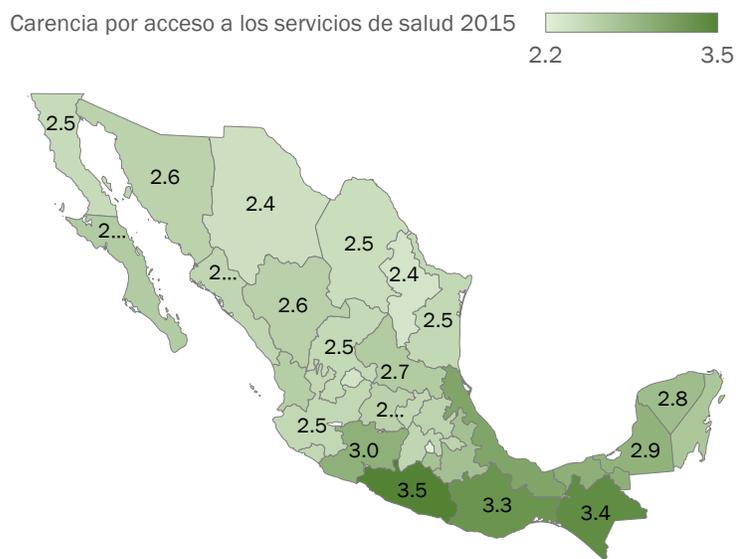
representaron el 6% del total nacional. Así mismo, si bien en 2015 la Ciudad de México era la entidad federativa con menor carencia por acceso a los servicios de salud, casi el 21% de la población no se encontraba afiliada a ningún servicio de salud (Secretaría de Salud, n.d.).

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



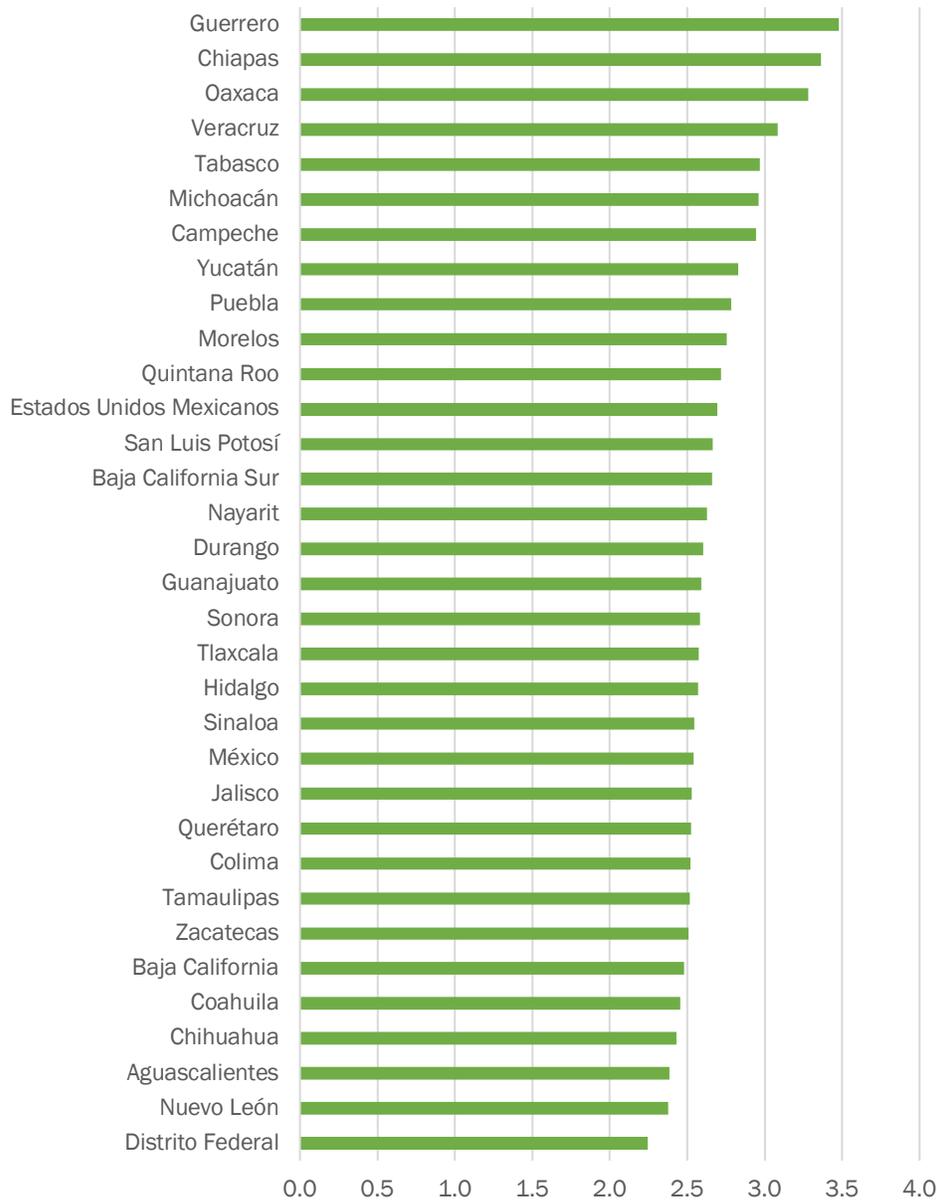
Fuente: Elaboración propia con base en la “Encuesta Intercensal” del INEGI. 2015.

Mapa de carencia por acceso a los servicios de salud en 2015



Fuente: Elaboración propia con la base en la “Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos, 2010-2015” del Coneval. 2015.

Carencia por acceso a los servicios de salud 2015



Fuente: Elaboración propia con la base en la “Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos, 2010-2015” del Coneval. 2015.

En el portal de la Secretaría de Salud, 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 CDMX, la Agencia Digital de Innovación Pública, la Auditoría superior, la Autoridad del Centro Histórico, la Jefatura de Gobierno, el Tribunal de Justicia Administrativa de la Ciudad de México, la Consejería Jurídica y de Servicios Legales, el Sistema de Transporte Colectivo, el Fondo de Desarrollo Económico, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia 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 CDMX, 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, 2020).

La tabla 1 muestra una categorización de las medidas implementadas en la CDMX 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.

Categoría de las medidas implementadas en la CDMX
Periodo: entre el 1 de marzo y el 30 de junio

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%

Categoría de la medida	Frecuencia	Porcentaje
Fortalecimiento de unidades de salud	1	0.33%
Hospedaje gratuito 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%
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%

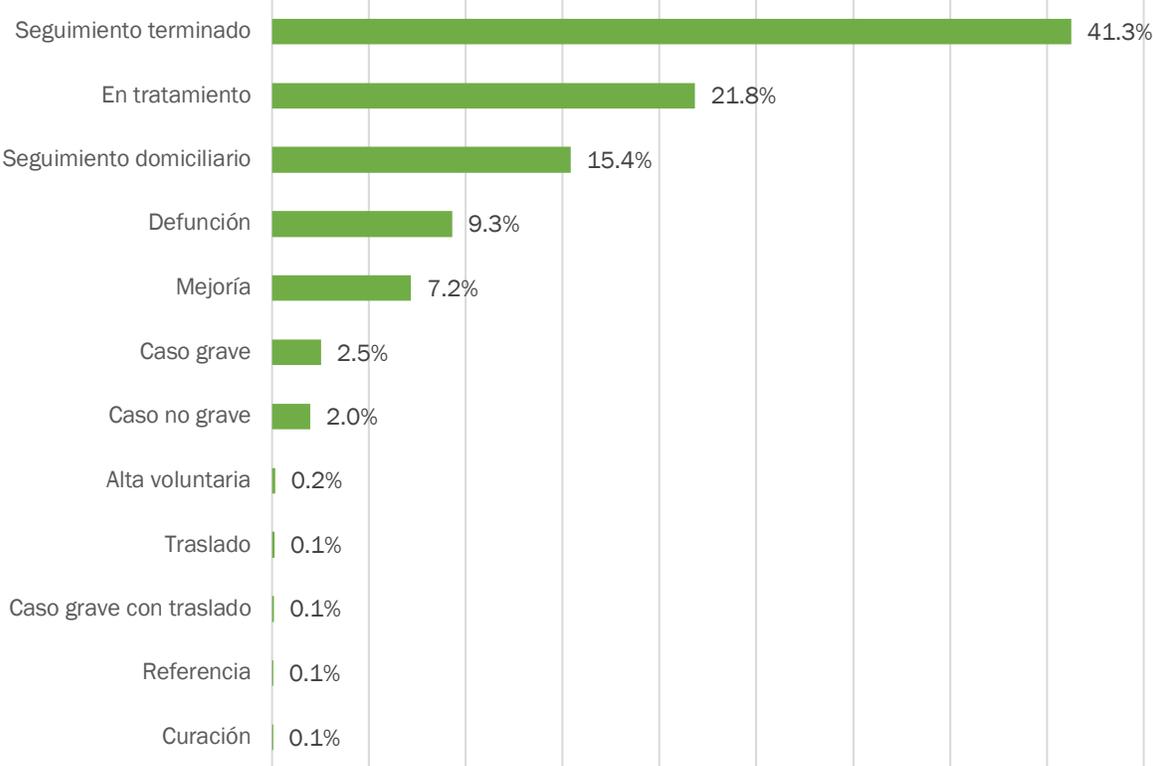
Fuente: Elaboración propia con base en la información del “Inventario de medidas por contingencia COVID-19”, Gobierno de la Ciudad de México. 2020.

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 Secretaría de Salud, el 66%, o por el IMSS, el 23%.

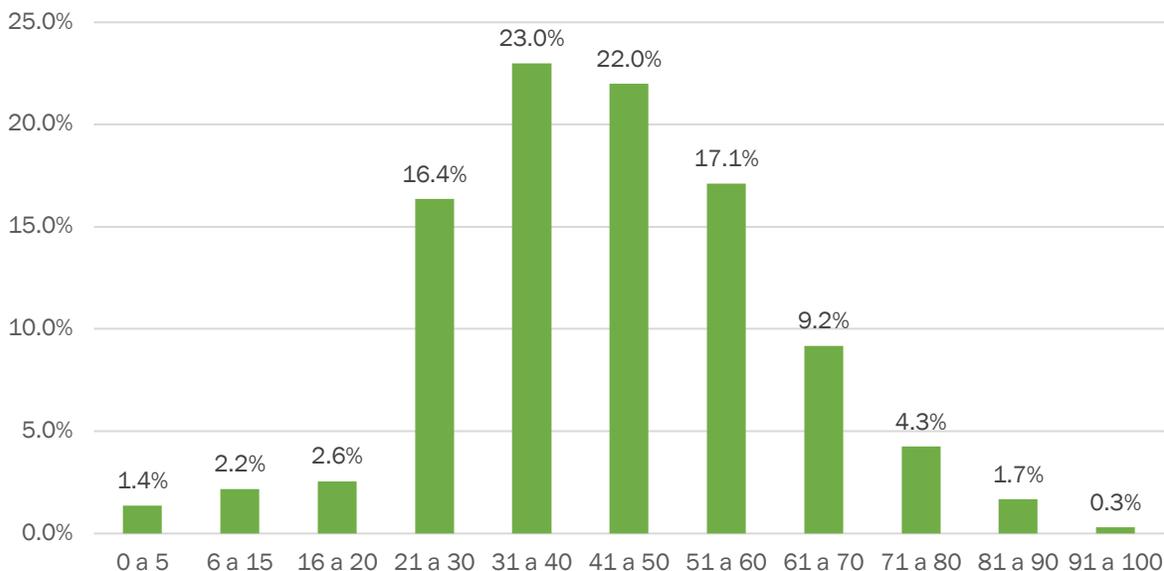
Asimismo, la mayoría de los casos atendidos se concentraron en individuos entre 31 y 50 años, sin embargo, el rango de edad con más muertes por el virus va de los 50 a los 71 años (Gobierno de la Ciudad de México, 2020). En este caso, la capacidad hospitalaria está definida por el rango de ocupación,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

Evolución de los pacientes tratados por COVID-19 en CDMX
Periodo: entre el 1 de marzo y el 30 de junio.



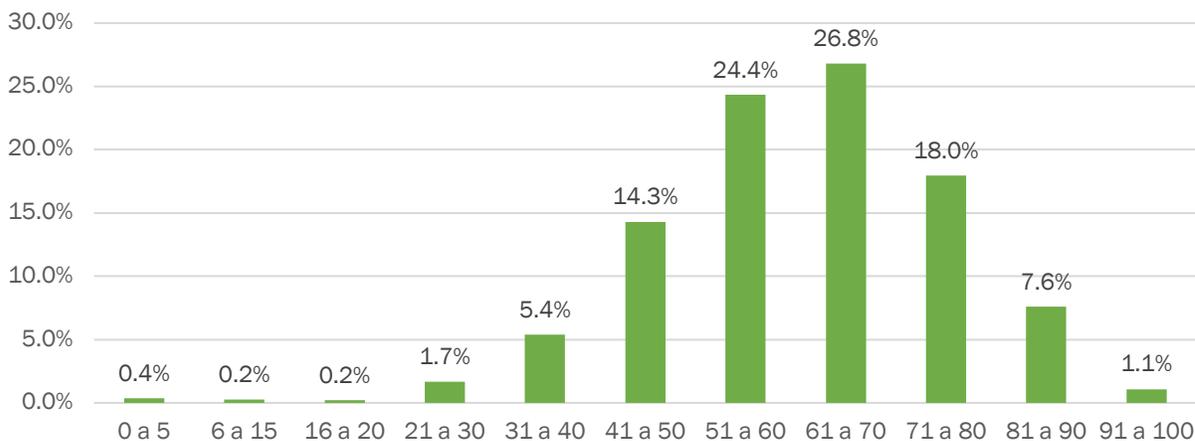
Fuente: Elaboración propia con base en la información de la "COVID-19 SINAVE Ciudad de México", del Gobierno de la Ciudad de México. 2020.

Rango de edad de los pacientes atendidos en la CDMX
Periodo: entre el 1 de marzo y el 30 de junio



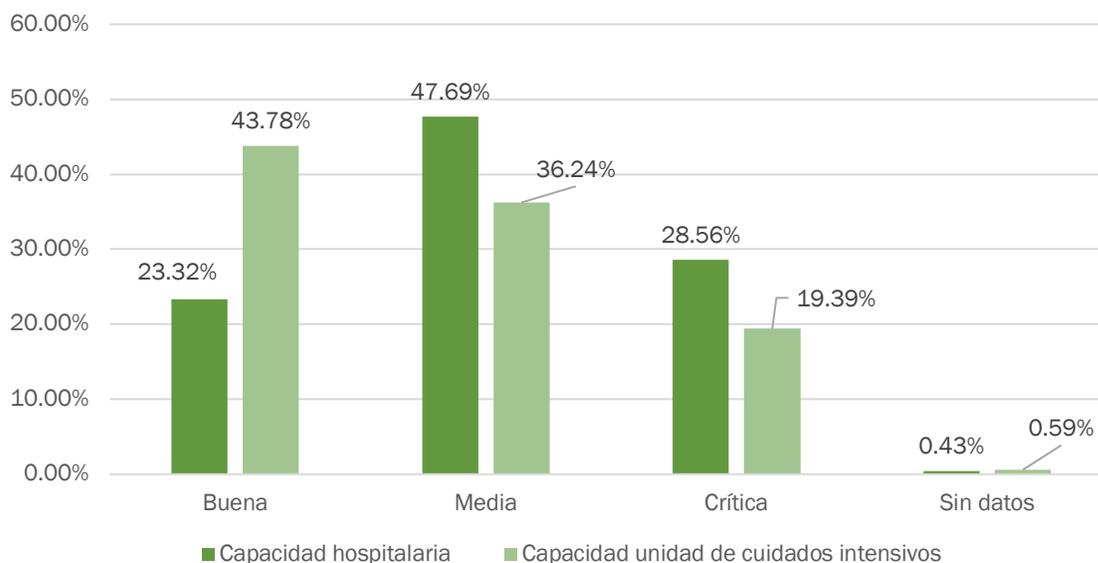
Fuente: Elaboración propia con base en la información de la “COVID-19 SINAVE Ciudad de México”, del Gobierno de la Ciudad de México. 2020.

Rango de edad de los pacientes fallecidos por COVID-19
Periodo: entre el 1 de marzo y el 30 de junio



Fuente: Elaboración propia con base en la información de la “COVID-19 SINAVE Ciudad de México”, del Gobierno de la Ciudad de México. 2020.

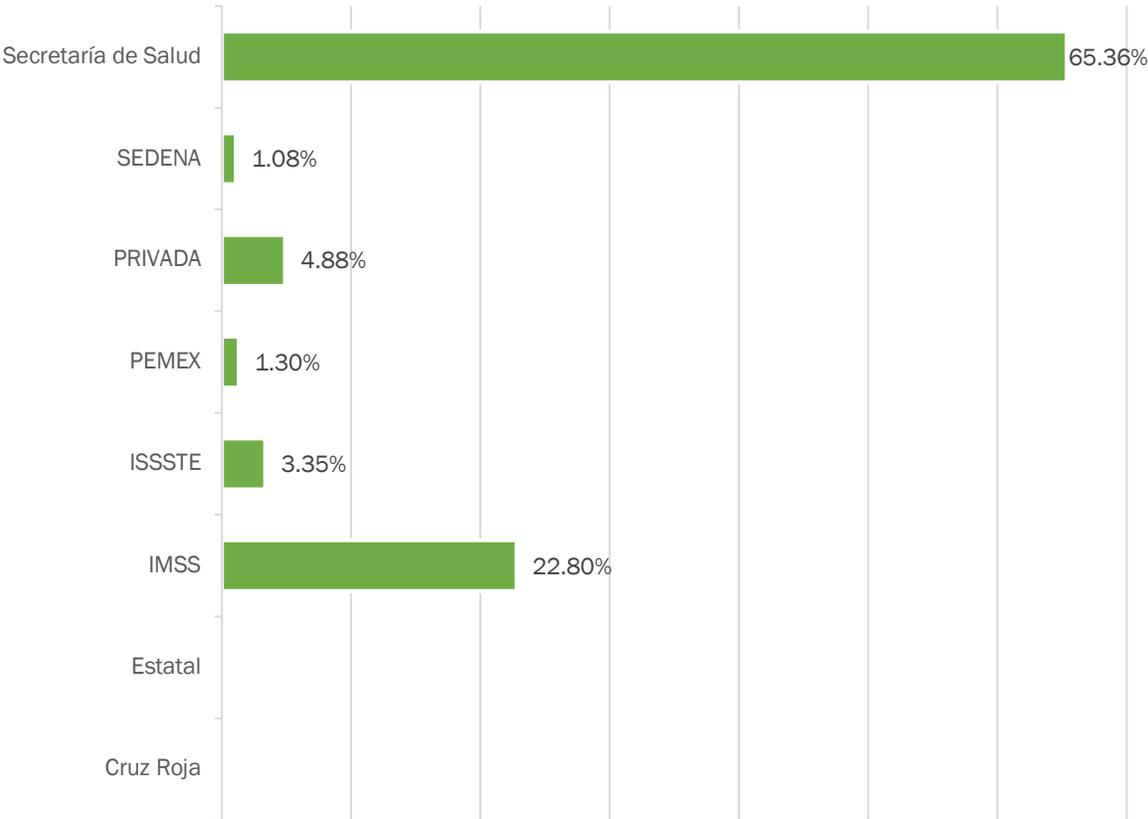
Capacidad hospitalaria para COVID-19 en CDMX
 Periodo: entre el 1 de marzo y el 30 de junio



Fuente: Elaboración propia con base en la información de la “Capacidad hospitalaria ZMVM”, del 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 Instituto Nacional del Seguro Social (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 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, 2020).

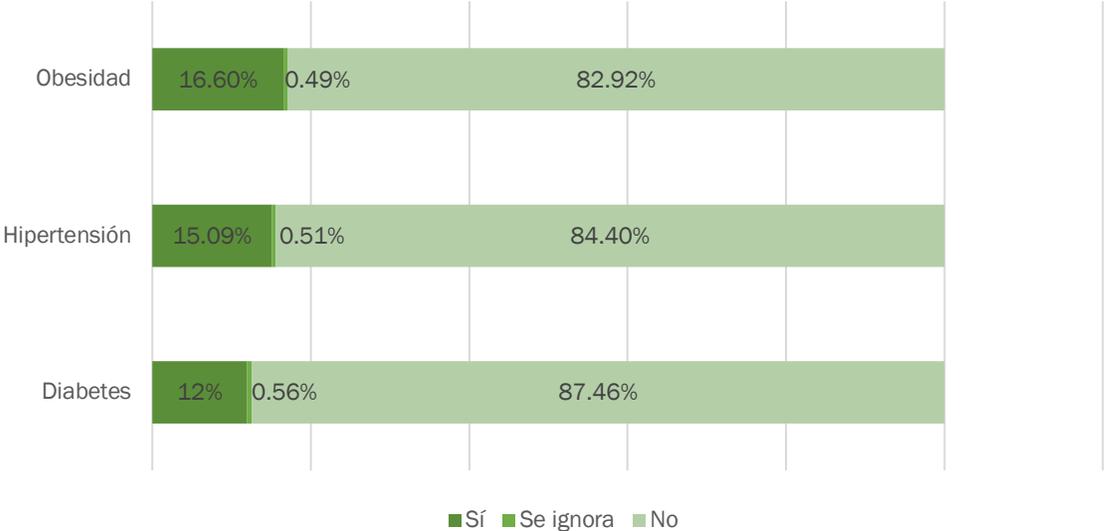
Porcentaje de pacientes atendidos en CDMX por tipo de institución



Fuente: Elaboración propia con base en la información de la “COVID-19 SINAVE Ciudad de México”, del Gobierno de la Ciudad de México. 2020.

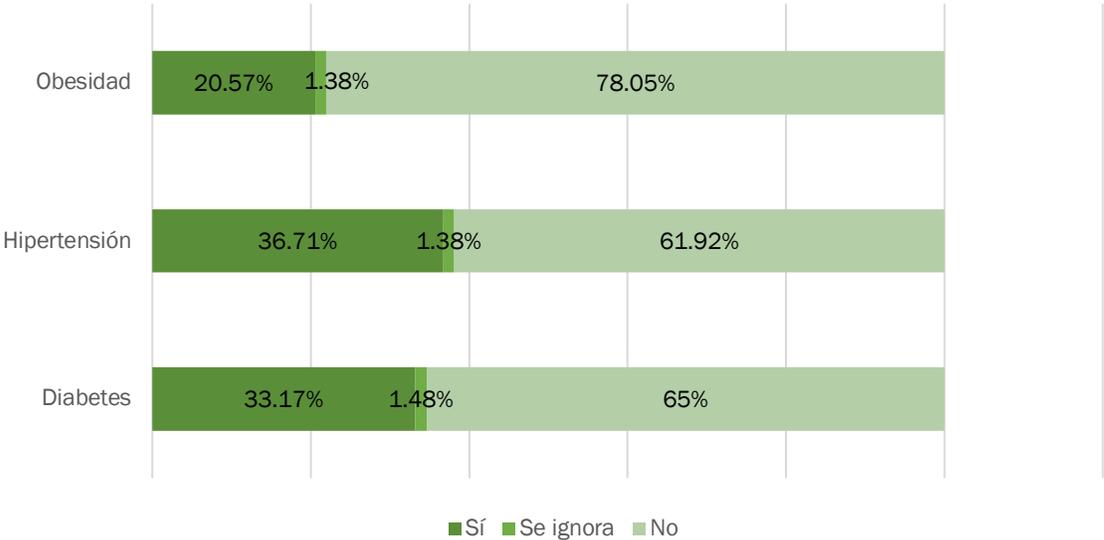
Con respecto a enfermedades previas de la población de la muestra total, el 16.6% presentaban obesidad, el 15.09% hipertensión y el 12% diabetes. En el caso de los pacientes fallecidos por COVID-19, el porcentaje aumenta a 20.5% en obesidad, 36.7% en hipertensión y 33.17% en diabetes (Gobierno de la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

Enfermedades previas de los pacientes atendidos por COVID-19 en CDMX
Periodo entre el 1 de marzo y el 30 de junio de 2020



Fuente: Elaboración propia con base en la información de la “COVID-19 SINAVE Ciudad de México”, del Gobierno de la Ciudad de México. 2020.

Enfermedades previas de los pacientes fallecidos por COVID-19 en CDMX
Periodo entre el 1 de marzo y el 30 de junio de 2020

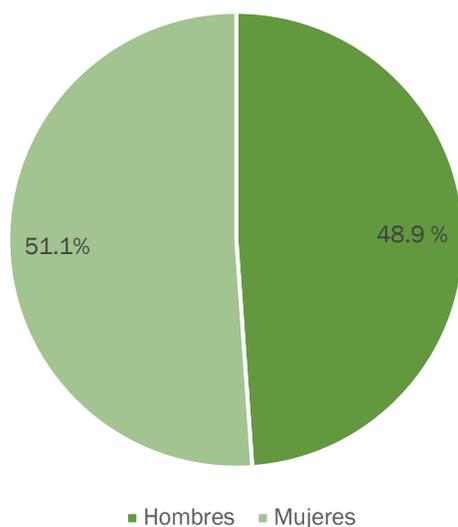


Fuente: Elaboración propia con base en la información de la “COVID-19 SINAVE Ciudad de México”, del Gobierno de la Ciudad de México. 2020.

Caso Jalisco

De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015 realizada por el INEGI, 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 el 48.9 y 51.1 por ciento respectivamente de la población total, lo que significa que la población de mujeres es 2.2 por ciento mayor.

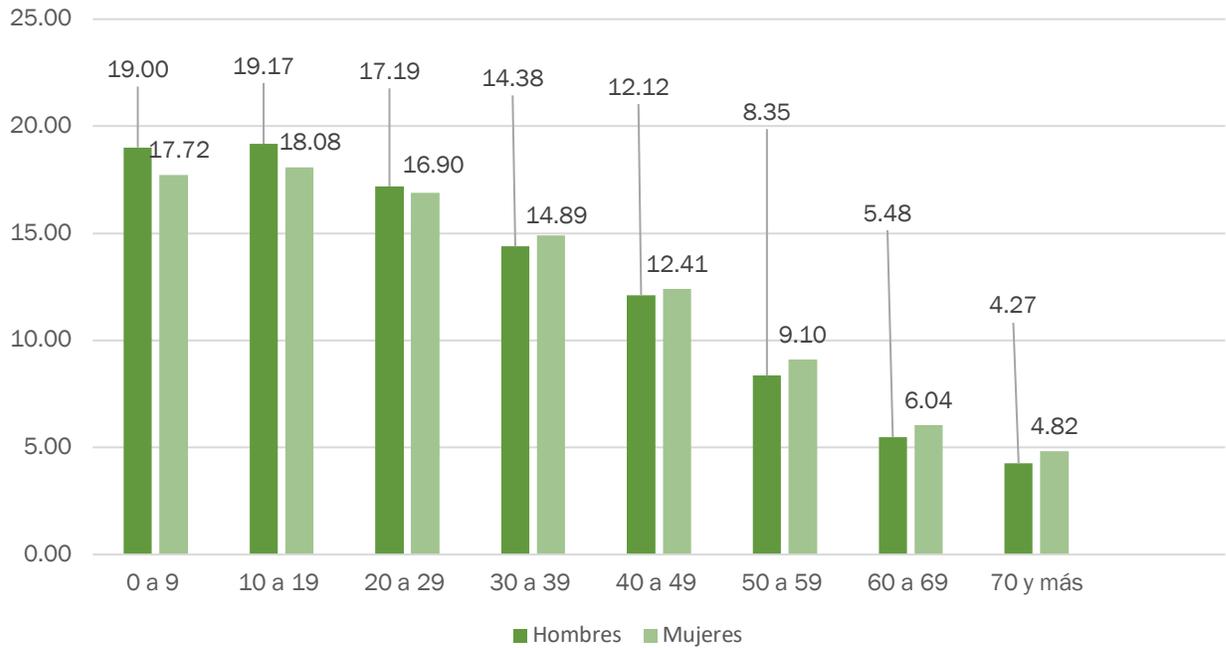
Población total por hombres y mujeres en Jalisco.



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI.

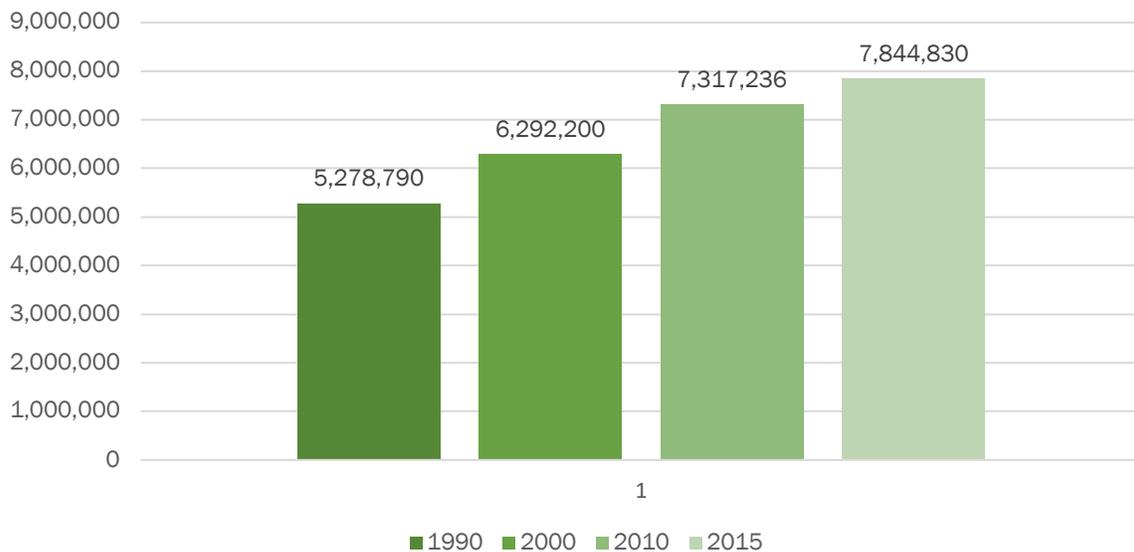
En términos de la distribución de la población por edades, es posible identificar que un poco más de la mitad de la población se encuentra en edad productiva laboral (52.7%); el 37.0% corresponde a la población infantil y jóvenes, y; el 10.3% lo ocupa la población mayor de 60 años y más. Es de resaltar 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.

Gráfica. Población por sexo y edad en Jalisco, 2015.



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Intercensal 2015, INEGI.

Gráfica. Tasa de crecimiento promedio anual, 1990 a 2015



Fuente: Elaboración propia con base en los "Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015 Jalisco", INEGI.

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

En lo que respecta a la información de mortalidad, para 2018, el estado de Jalisco registró las siguientes diez 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 siguiente tabla se muestra el registro del número de defunciones por cada causa de muerte.

Principales causas de defunción en Jalisco, 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

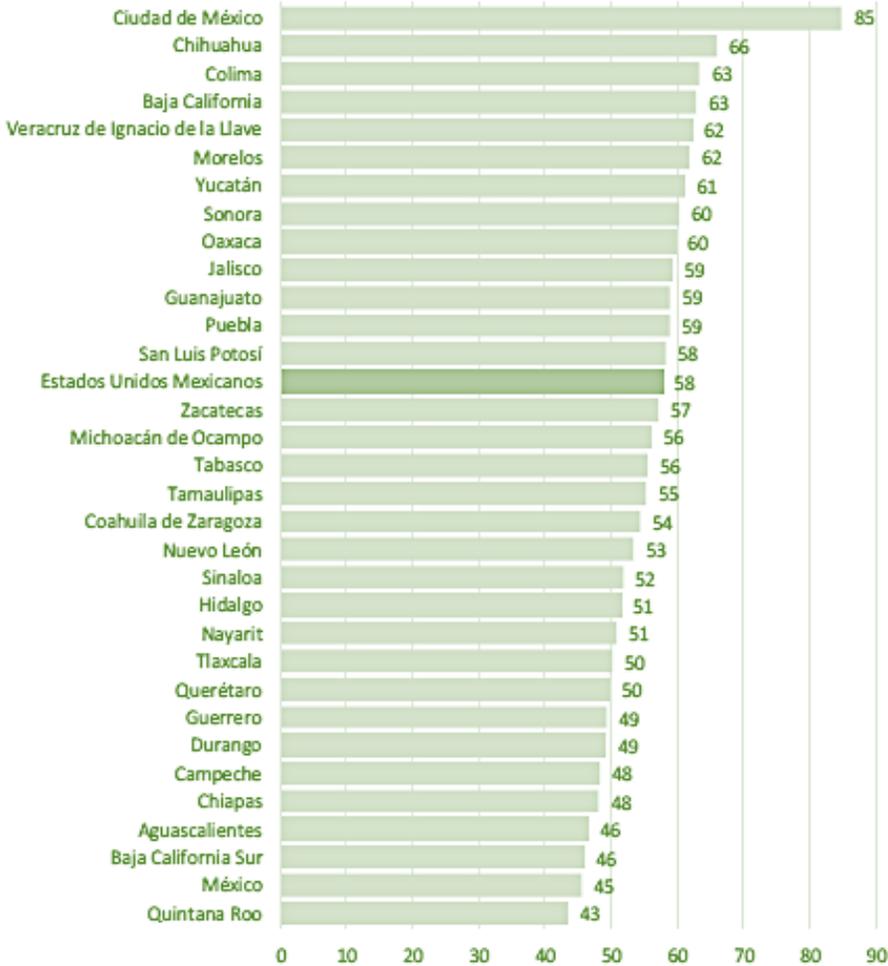
Fuente: Elaboración propia con base en defunciones por año de registro, Sistema de Información de la Secretaría de Salud, 2018.

Esta tendencia es similar a la que se presenta a nivel nacional, ya que las tres principales causas de muerte tanto para hombres como para mujeres son las enfermedades 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 siguiente gráfica:

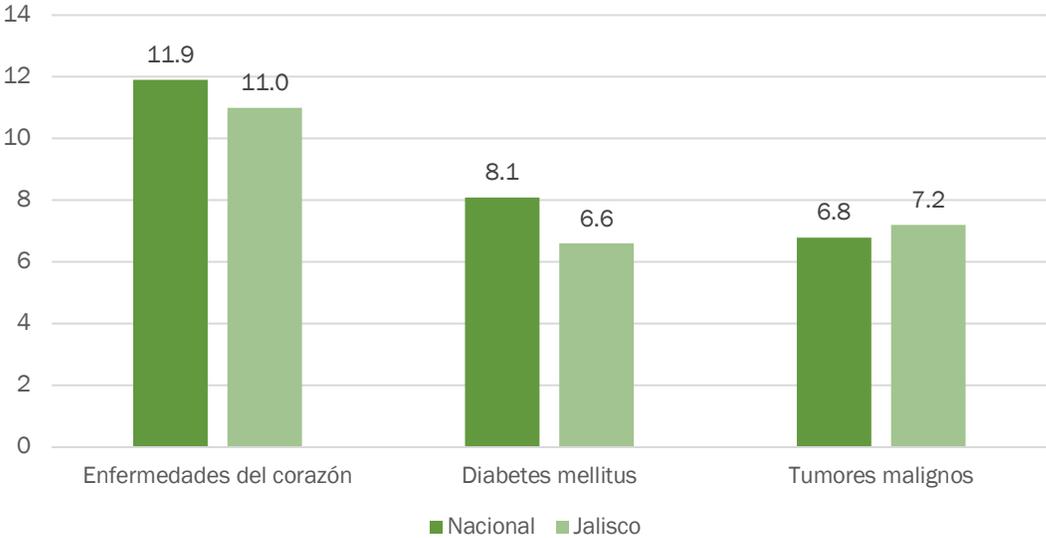
Tasa de defunciones registradas por entidad federativa de ocurrencia por cada 10 000 habitantes



Fuente: Características de las defunciones registradas en México durante 2018, INEGI, 2019.

En la siguiente gráfica se muestra el comportamiento de la tasa de defunciones registradas por principal causa de muerte de residencia habitual por cada 10,000 habitantes a 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 del 0.4.

Gráfica. Tasa de defunciones registradas por principal causa de muerte de residencia habitual por cada 10,000 habitantes a nivel nacional y en el estado de Jalisco, 2018.



Fuente: Elaboración propia con base en defunciones por año de registro, Sistema de Información de la Secretaría de Salud, 2018.

En lo que respecta a la morbilidad en la entidad, de acuerdo con la Secretaría de Salud del estado de Jalisco para 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 diez y trece, 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 Secretaría de Salud estatal, tal como se presenta en el siguiente cuadro.

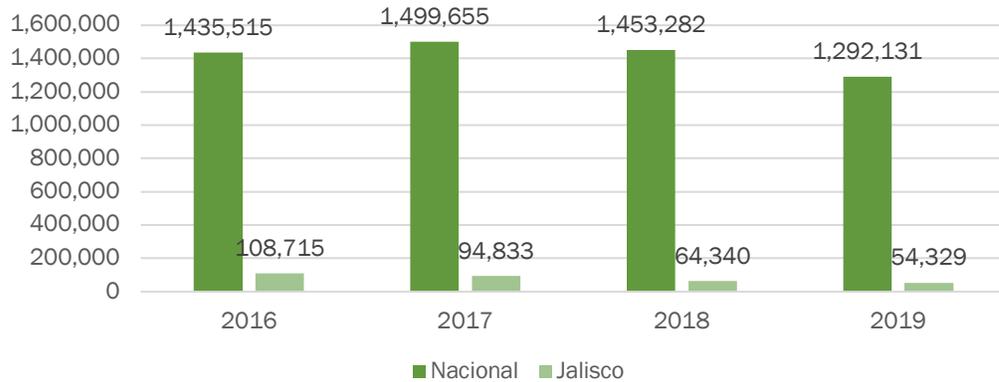
Cuadro. Principales causas de enfermedad en Jalisco, 2019

N°	DESCRIPCIÓN	TOTAL	SSA	IMSS	ISSSTE	OTRAS	IMSS OPORT	DIF	PEMEX	SDN	SDM
1	Infecciones respiratorias agudas	67261	9756	37861	915	18171	129	159	0	242	28
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las	8899	1059	4803	175	2782	7	22	0	38	18
3	Infección de vías urinarias	7023	1448	4071	149	1403	10	6	0	22	14
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	3038	612	1205	45	1143	9	5	0	18	0
5	Conjuntivitis	1896	156	1187	29	539	2	20	0	18	0
6	Otitis media aguda	1862	568	72	34	1157	7	17	0	7	0
7	Gingivitis y enfermedad periodontal	1789	496	1054	67	154	0	2	0	0	6
8	Neumonías y bronconeumonías	1557	246	1131	58	218	0	0	0	3	0
9	Obesidad	1534	292	1024	26	284	8	0	0	0	0
10	Hipertensión arterial	1162	268	680	71	329	0	4	0	10	0
11	Intoxicación por picadura de alacrán	1168	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)	845	252	383	52	156	0	1	0	1	0
14	Influenza (Probables y Confirmados)	587	143	386	4	54	0	0	0	0	0
15	Insuficiencia venosa periférica	522	97	300	36	89	0	0	0	0	0
16	Vulvovaginitis	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	1621	88	887	7	16	0	14	1
TOTAL CAUSAS		106,886	17,749	67,368	1,843	28,029	184	267	0	386	82

Fuente: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, Secretaría de Salud de Jalisco, 2019.

En cuanto a los servicios otorgados, relacionados con la atención de la diabetes mellitus, es posible observar que a 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 del 18.4%.

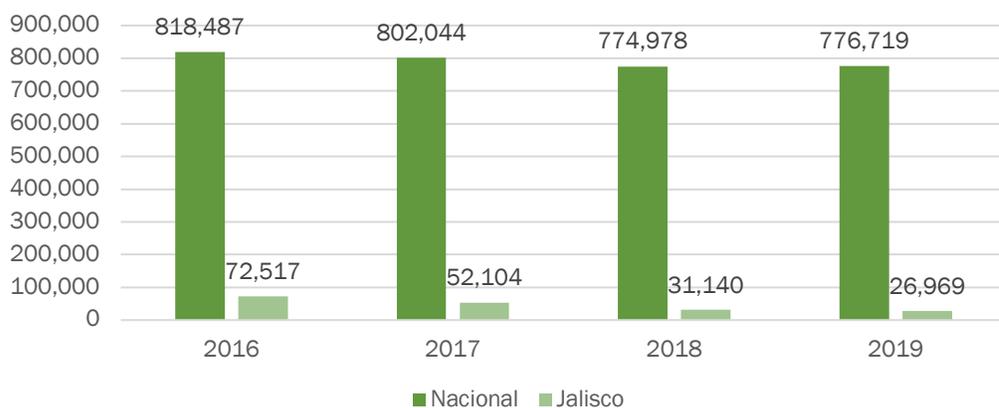
Servicios otorgados relacionados con la atención de la diabetes mellitus a nivel nacional y en el estado de Jalisco



Fuente: Elaboración propia con base en “Salud en el Adulto y en el Anciano”, Sistema de Información de la Secretaría de Salud, 2019.

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, la tendencia a 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 del 15.5%.

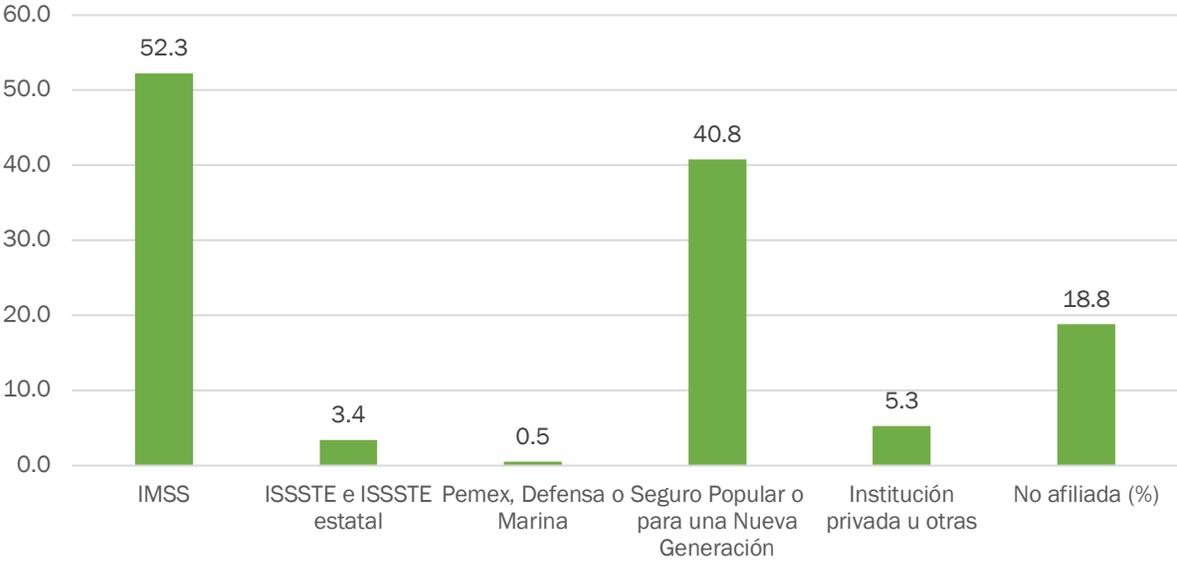
Gráfica. Servicios otorgados relacionados con la atención de la hipertensión arterial a nivel nacional y en el estado de Jalisco



Fuente: Elaboración propia con base en “Salud en el Adulto y en el Anciano”, Sistema de Información de la Secretaría de Salud, 2019.

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 al 80.8%. Como es posible observar en la gráfica, la mayor proporción de la población está afiliada al IMSS (52.3%), seguida de los servicios de salud que ofrece el Seguro Popular (40.8%), a través de la Secretaría de Salud, mientras que, en menor proporción, se encuentra el ISSSTE (3.4%) y Pemex, Defensa o Marina (0.5%). Un total de 18.8% de la población no está afiliada a ningún servicio de salud.

Gráfica. Población total y su distribución porcentual según condición de afiliación a servicios de salud por institución, 2015.



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, Encuesta intercensal (2015).

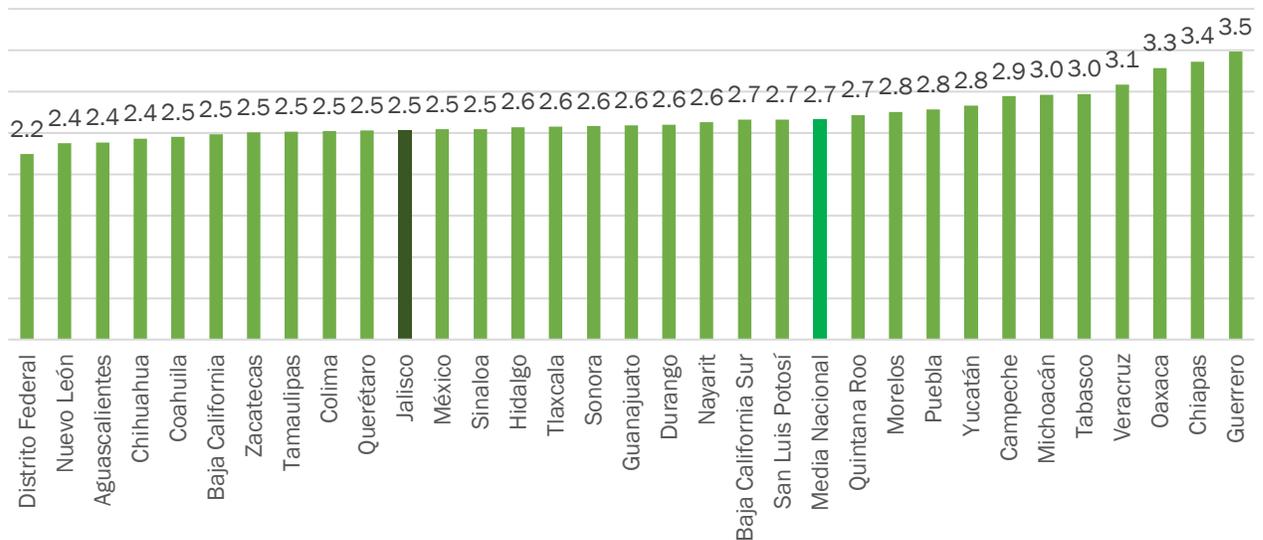
En términos de carencia por acceso a servicios de salud, de acuerdo con la “Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos, 2010-2015”, elaborado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), Jalisco se sitúa ligeramente por debajo de la media nacional (2.7%),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

Carencia por acceso a los servicios de salud en 2015.



Fuente: Elaboración propia con la base en la “Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos, 2010-2015” del Coneval. 2015.

Gráfica. Carencia por acceso a servicios de salud 2015.



Fuente: Elaboración propia con la base en la “Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos, 2010-2015”, 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.

Medidas que ha implementado el gobierno de Jalisco para atender la pandemia en el periodo comprendido del 01 de marzo al 30 de junio de 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

#	Tipo de medida	Frecuencia
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 a partir de la revisión de boletines de prensa del gobierno del estado de Jalisco. <https://www.jalisco.gob.mx/es/prensa>

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 (Zoquepan) y su adjunto el Hospital Geriátrico.
- Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca” y Hospital Civil “Fray Antonio Alcalde”.
- 10 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 a su programación y en forma coordinada.

De este modo los hospitales que brindan atención a pacientes con Covid-19 se distribuyen de la siguiente manera:

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

Fuente: El Diario, NTR. https://www.ntrguadalajara.com/post.php?id_notas=150252

De acuerdo con datos del Gobierno del estado de Jalisco, 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 catorce 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, el 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, tres altas por recuperación, cuatro egresos voluntarios, nueve traslados a otros estados y 584 se encuentran internas en hospitales públicos y privados.

De este registro de casos confirmados, el 54% son varones y el 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 cero a 15 años lo que corresponde al 1.8%.

IV. 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

Estadística

En la sección de estadísticas, el INAI presenta gráficas y datos porcentuales sobre las solicitudes de acceso a la información (SAI) relacionadas a la pandemia. El Instituto 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 al COVID-19. Esto compone un 28.1 por ciento del total de solicitudes recibidas en ese periodo; las restantes 997 están relacionadas a otros temas. Para identificarlas, el instituto recupera todas las solicitudes que contengan alguna de las mpas de cien palabras clave relacionadas al COVID-19. Esto sugiere que el número de SAI identificadas podría estar sobreestimado.

Según su contenido, las 389 solicitudes fueron clasificadas en 12 categorías. De éstas, las demandas de información más recurrentes en este periodo son las siguientes cinco. Categoría 1) presupuesto asignado, atención COVID-19 y apoyos económicos, con 25.8 por ciento de las SAI; Categoría 2) aspectos generales COVID-19, con 17.2 por ciento; Categoría 3) casos COVID-19 registrados, 16.1 por ciento; 10) Plan de acción o protocolo

contra COVID-19, 12.7 por ciento; y 12) Responsabilidad de servidores públicos, 10.3 por ciento. El restante 17.9 corresponde a las otras siete categorías.

En esta misma quincena, 80.2 por ciento de las solicitudes de acceso a la información están en proceso de respuesta y otro 4.6 por ciento se encuentran en espera de ampliación de información. Solamente 15.2 por ciento fueron respondidas. De este porcentaje, 55.9 por ciento obtuvieron como respuesta que “no es de competencia de la unidad de enlace la información solicitada”; 3.4 por ciento fueron contestadas con la aclaración de que la solicitud “no corresponde al marco de la ley”; y 6.8 por ciento de las solicitudes estaban relacionadas con información ya disponible públicamente. Sólo el 33.9 de las solicitudes 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 solicitudes de acceso a la información relacionadas con el COVID-19, se han contestado 59; y de éstas, 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 solicitudes de acceso a la información. Estos entes son denominados *sujetos obligados*. En el periodo del primero al 15 de julio, de las 389 SAI realizadas, 18.5 por ciento fueron dirigidas a la Secretaría de Salud; 14.4, al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 7.5 por ciento, al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI); 6.2, al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (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 siguientes tablas sintetizan la información más relevante.

Número de SAI relacionadas al COVID-19, porcentajes de respuestas y, de entrega de información

Periodo	SAI COVID-19	% terminadas con respuesta	No. terminadas con respuesta	% entrega de info. electrónica	No. entrega de info. 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	1265	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	4661		730		291

Porcentajes más elevados de solicitudes según el sujeto obligado a las que fueron dirigidas

Periodo	SAI COVID-19	Salud	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	1265	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	4661	18.4%	10.4%	4.6%

Porcentajes según la categoría temática de las solicitudes de información

Periodo	SAI COVID-19	C.2	C.3	C.4	C.5	C.6	C.9	C.10	C.11	C.12
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	1265	11.3%	10.9%		9.5%			5.2%	49.0%	

Periodo	SAI COVID-19	C.2	C.3	C.4	C.5	C.6	C.9	C.10	C.11	C.12
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	4661	13.2%	11.7%	9.9%	14.7%	15.0%	14.0%	15.1%	25.0%	10.9%

- | | |
|--|--|
| 1. Acciones implementadas por personal sanitario | 8. Información estadística influenza |
| 2. Aspectos generales COVID-19 | 9. Información estadística neumonía |
| 3. Casos COVID-19 registrados | 10. Plan de acción o protocolo contra el COVID-19 |
| 4. Cooperación Internacional | 11. Presupuesto asignado para la atención COVID-19 y apoyos económicos |
| 5. Equipo médico e infraestructura para hacer frente al COVID-19 | 12. Responsabilidad de servidores públicos |
| 6. Estadísticas de pruebas diagnóstico COVID-19 | |
| 7. Información concejo de salubridad | |

La Tabla 1 señala que en el periodo que abarca del primero de enero 2020 al 15 de julio, el INAI gestionó 4 mil 661 solicitudes de acceso a la información relacionadas con la pandemia por COVID-19. De éstas, 730 solicitudes 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 solicitudes que fueron contestadas obtuvieron por respuesta que las 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, sólo 291 de las 4,661 solicitudes concluyeron en el envío electrónico de la información solicitada.

La Tabla 2 recopila los porcentajes más altos de instituciones a las que se dirigen las solicitudes. Éstas son la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE, que reciben en promedio 18.4, 10.4 y 4.6 por ciento 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 al 5 por ciento del total.

Finalmente, la Tabla 3 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 a 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 por ciento cada uno, en tanto que la cuestión presupuestaria ocupa el 25 por ciento de las solicitudes.

**D. INFORME DE BUENAS PRÁCTICAS DE GESTIÓN DE CRISIS
POR COVID-19**

I. 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 híper 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 cuarenta o cincuenta 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).

Aún 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 del 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 ésta.

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 (OMS, 2020; Moore *et.al.*, 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, cinco, se trata de países con similitudes por lo que han sido objeto de comparaciones en estudios previos —véase, Encinas (2016), Marcus (2013), Weyland (2002), Stokes (2001), y Collier y Collier (1991).

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, 2020). 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 del 50.3 por ciento (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 —doce días después del primer registro de contagio y cuatro 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. Además, se determinó suspender espectáculos deportivos y musicales, el cierre de centros comerciales y un periodo de licencia a personas mayores de 65 años (*El Universal*, 2020). Apenas unos días después, el gobierno argentino extendió la estrategia al aislamiento obligatorio. Sólo 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 (Canik, 2020; Reuters b, 2020; Crabtree, 2020; *La Jornada*, 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 (EFE a, 2020). La situación divergente entre ambos países se debió, en ese momento, a la manera en la que se atendió la crisis sanitaria. Aún cuando en Argentina enfrentaba una crisis económica, se instauraron enérgicas medidas para controlar la dispersión del virus; mientras que en Brasil se promovió la reapertura económica (Reuters b, 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 por ciento en la provincia de San Luis, 79 por ciento en Santiago del Estero, y 85 por ciento en Tucumán (*TyC Sports*, 2020). Con corte al 9 de septiembre de 2020, el número de contagios por cada cien mil habitantes en los últimos 14 días continuaba en ascenso (Expansión a, 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 (Expansión 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). Aún cuando Argentina cuenta con un sistema de salud robusto con una cobertura adecuada —cinco camas hospitalarias por cada cien mil habitantes, el segundo registro más alto de América Latina después de Cuba (La Jornada, 2020)— su éxito consistió, sobre todo, en evitar que éste colapsara en el contexto de un aumento de la demanda hospitalaria durante la pandemia (Smink, 2020, 21 de agosto).

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, un 47 por ciento de la población ocupada pertenece a sectores informales. 41.8 por ciento 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 (Reuters, 2020) por lo que suspenderían pagos —en la propuesta de negociación de la deuda se ofrecería un recorte de intereses del 62 por ciento, un periodo de gracia de tres años y una quita de capital del 5.4 por ciento. En este contexto, Argentina también anunció que las negociaciones del MERCOSUR (Mercado Común del Sur) —que pretendía actualizar el proceso de integración y libre comercio en la región— se suspenderían (AFP, 2020).

Para junio, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) estimó una caída del Producto Interno Bruto del 8.2 por ciento y del 10 por ciento si es que ocurre un segundo brote de COVID-19 (Europa Press, 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 Fondo Monetario Internacional (FMI, 2020), las tres respuestas de política en Argentina (con corte al 10 de septiembre) son las siguientes:

Políticas de respuesta centrales de Argentina frente al COVID-19 (FMI, 2020)

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.

Tipo	Política	Detalles
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.

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 (BBC, 2020) para impedir una epidemia de COVID-19 cuando el número de contagios confirmados alcanzaba 71 (Infobae b, 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 (EFE c, 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 (DW, 2020) con 30 mil 500 fallecidos o 93 decesos por cada cien mil habitantes (Infobae a, 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, 12 de junio). 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 *et.al.*, 2020, 30 de marzo).

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, el 60 por ciento de las exportaciones totales es de minerales y, de éstas, 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 al 25.7 por ciento del PIB, frente a Colombia con 40 por ciento, Brasil con 77 por ciento, o Argentina con 95 por ciento; es decir, debajo de un promedio regional latinoamericano del 42 por ciento (Zúñiga Quiroga, 2019).

En este contexto, el gobierno peruano pudo disponer de 26 mil millones de dólares o un 12 por ciento del PIB en las medidas de contingencia —una de las mayores inversiones de América Latina— (Ruiz Caro A., 2020, 2 de julio) para conseguir que los peruanos se quedaran en casa. De este fondo, hasta el 8 de septiembre se habían utilizado más de 20 mil 299 millones de dólares para contener la pandemia (Guerra Vásquez R., 2020, 8 de septiembre). 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 primeros días de cuarentena en marzo y para fortalecer el sector salud (BBC, 2020).

Aún 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 al 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 diez —de mil pruebas

aplicadas por día a 10 mil— (Quigley, 2020). Sin embargo, la estrategia no tuvo el impacto esperado por tres diferentes motivos.

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 un 73 por ciento 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 (Staffing America Latina, 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 sólo exacerbó el trabajo informal y desempleo. En agosto de 2020, se estimaba que, tras la pandemia, se habían perdido 7.7 millones de empleos, el 43 por ciento del total. Entre 2019 y agosto de 2020, la población económicamente activa de Perú disminuyó de 17.9 millones de personas a tan sólo 10.2 millones (EFE, 2020, 27 de agosto). La pérdida del empleo estuvo directamente asociada a la disminución de actividades productivas en el país. Tan sólo en los dos primeros meses de la crisis sanitaria, sólo se ocupó un 44 por ciento de la capacidad productiva (Gamba L., 2020, 28 de mayo). Estos grupos de personas tuvieron que buscar alternativas de ingreso, aún cuando se arriesgaban al contagio de COVID-19.

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 sólo alcanzó un 3.16 por ciento del PIB (Expansión, 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).

Corrupción. Los apoyos que había presupuestado el gobierno peruano para familias de escasos recursos no llegaron a todos los potenciales beneficiarios (Collins, 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, 12 de junio).

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 el 87 por ciento, 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 (Tegel, 2020; Pérez Maldonado, 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 mil 484 muertes mientras que, en la semana del 6 al 13 de septiembre, sólo hubo 4 mil 009 (Infobae c, 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 son:

Políticas de respuesta centrales de Perú frente al COVID-19 (FMI, 2020)

Tipo	Política	Detalles
Fiscales	(i) Incremento al gasto en salud	Inversión del 0.5 por ciento del PIB para atender la crisis sanitaria.
	(ii) Apoyo a grupos vulnerables	Transferencias directas para apoyar a hogares vulnerables. Inicialmente, se programó una inversión del 1.1 por ciento del PIB, pero, a finales de julio, se aprobó una transferencia adicional de 0.9 por ciento del PIB.
	(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 del 2 por ciento del PIB).
	(iv) Apoyos a PYMES	Creación de un fondo de 0.1 por ciento para apoyar a pequeñas y medianas empresas para asegurar el capital circulante y refinanciar deudas. El programa se expandió a 0.5 por ciento 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 del 7 por ciento 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 por ciento 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 por ciento del PIB.

Perspectivas desde otros casos no regionales

Al primero de agosto del 2020 se ha confirmado un total de 17 millones 396 mil 943 casos confirmados de pacientes positivos por COVID-19. Los países con más casos confirmados son Estados Unidos, con 4 millones 456,384; Brasil, con 2 millones 610,102; India, 1 millón 695,988 casos; Rusia, con 845,443; Sudáfrica, con 493,183 y México, con 416 mil 179 casos confirmados (OMS, 2020). De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, los números históricos difieren por región. En el continente americano, los contagios siguen al alza con 9 millones 320 mil casos. Europa, por el contrario, alcanzó el pico de contagios en abril y se ha logrado aplanar la curva con 3 millones 357 mil casos, actualmente. El sudeste asiático también sigue al alza con un total de dos millones 72 mil casos. África parece haber alcanzado el pico recientemente y a la fecha cuenta con 788 mil 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 mil 314, 92 mil 475 y 46 mil 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 del 28.5 por ciento. Reino Unido tiene un porcentaje de fatalidad del 15.2 por ciento; Bélgica e Italia, del 14.2 por ciento; Francia y Hungría, del 13.3; en tanto que en Bajos y México la fatalidad ronda el 11.2 por ciento de los casos confirmados (John Hopkins, 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. Primero, con mayor número de pruebas, se identifican más números de casos de bajo riesgo, lo que disminuye el radio de fatalidad en el país. Segundo,

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. Tercero, 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 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. En algunos casos, los efectos adversos de las medidas sanitarias 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 millones 507 mil 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 del cuarenta por ciento 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 del 0.028 por ciento de su población), de los cuales 1,011 han resultado en muerte del paciente. Su tasa de fatalidad es de alrededor de 2.8 por ciento de casos positivos; muy baja para un país con tal densidad y edad poblacional. Esto se deba a las medidas adoptadas por el gobierno japonés, así como a la respuesta temprana y positiva de la población ante las primeras medidas para controlar el brote infeccioso.

El 25 de febrero del 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 clusters 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 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 clusters 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.

En abril 7, 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 mayo 6. 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 implementadas 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 millones 925 mil 477 habitantes, de los cuales sólo el 27.4 por ciento en 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 el 0.03 por ciento 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 por ciento. De acuerdo con el Departamento de Vigilancia Sanitaria de Nueva Zelanda, actualmente hay sólo 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 de 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 ponerles 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. Éstas 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, sólo 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 millones 869 mil 410 habitantes, de los cuales, el 32,54 por ciento en 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 del 2020. Esto representan el 0.23 por ciento 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 por ciento. 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 a 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.

II. 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 del diez por ciento 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 a 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 respecto al 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 et. al. 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 han 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 debe ofrecer incentivos para la productividad y equipo de protección adecuado para que continúen llevando a cabo sus funciones, sean éstas 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 a 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, Naciones Unidas (2020) 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 de 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 continúa 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 conflicto 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 a 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 éstas 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 a 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 ésta.
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.

E. MODELO DE RENDICIÓN DE CUENTAS Y COMBATE A LA CORRUPCIÓN

I. 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 sólo en el entorno del Covid-19, sino en cualquier otra semejante que sobrevenga. Gracias a la literatura revisada en materia de gestión de crisis, se entiende que éstas implican un reto sustantivo para las administraciones públicas, no sólo 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 sólo 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 gobiernos deben reaccionar 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 *Libro Blanco*, 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 Blanco*, 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 sólo 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 comprender 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: (1) análisis de las adquisiciones y contrataciones públicas con recursos federales en la atención a la crisis por COVID-19; (2) análisis de acciones estatales y municipales en la atención a la crisis por COVID-19, con énfasis en buenas prácticas; (3) 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 ya 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 aun 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, 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.

Vertientes de la estrategia gubernamental frente al COVID-19

La iniciativa “Gobernanza de las emergencias en las ciudades y las regiones” 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 ésta. 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). (EGI, 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 cocreativo 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) (EGI, 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 sólo sobre la emergencia, sino también sobre las respuestas gubernamentales a ésta. 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”. (EGI, 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: **(1) transparencia, (2) rendición de cuentas y (3) 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 **(1) 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. Es decir, 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 ésta 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 sólo 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 períodos de atención a emergencias son esenciales, pues no sólo 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 ésta, 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 **(2) 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 **(3) 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 sólo 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 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 éstos 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 sólo 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 período 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.

II. 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 Consejo de Salubridad General 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 a 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.

[1] 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:

- a) *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 éstas 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.

- b) *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.
- c) *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. Esta línea de trabajo 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 éstos, 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. Esta línea de trabajo 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 éstas, a su vez, no bloqueen ni interfieran en las demás. Las propuestas y proyectos que se generen no sólo deberán i) tener sustento empírico, sino también (ii) un diseño lógico que permita identificar los objetivos de la intervención pública, (iii) las metas que se pretenden alcanzar, (iv) los cursos de acción que se tomarán en cada caso, (v) el arco temporal y su calendario de implementación, (vi) el modelo de monitoreo y (vii) los indicadores para la medición de resultados.

- d) *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 sólo 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 sólo 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.
- e) *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,

estatal 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.

- f) *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 sólo 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 (i) quiénes son los funcionarios responsables de tomar las decisiones de comprar y contratar, (ii) cuáles son los flujos de dichas decisiones, (iii) quiénes son los proveedores contratados, (iv) cuáles son los bienes y servicios que proveerán, (v) cómo se justifica cada asignación de los contratos, en términos de eficiencia y oportunidad, (vi) cuáles son los estudios de mercado que dan base a las contrataciones y (vii) 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 y 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.

[2] 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 éste, 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 el o los problemas que se enfrentan.

Líneas de acción:

- a) *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 sólo 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 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.

- b) *Sistema Especial de Gestión Documental*. Durante el período de la situación crítica, se habilitará un sistema especial de documentación, que permita crear un fondo documental de identificación temática, que incorpore todas las evidencias documentales que den sustento y establezcan la trayectoria de las decisiones tomadas durante el período 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 período 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.
- c) *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.
- d) *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 período 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 (i) el registro detallado de los tipos de bienes adquiridos, (ii) las cantidades, (iii) los montos de las adquisiciones, (iv) las justificaciones y descripciones de las órdenes de compra, (v) los tipos de adquisiciones y, de ser el caso, (vi) los informes justificatorios exigidos por la legislación para las adjudicaciones directas, además de (vii) 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.

- e) *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.

[3] 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 de información 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 información a la ciudadanía.

- a) 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 actualización de la información que permitan, al menos, mantener dichas actualizaciones en períodos de 15 días. El objetivo ideal 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.
- b) 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.

BIBLIOGRAFÍA

- Alianza Regional (2020). *Propuesta: Principios de AIP en situaciones de emergencias sanitarias*. Recuperado de <http://www.alianzaregional.net/blog/2020/05/27/propuesta-principios-de-aip-en-situaciones-de-emergencias-sanitarias/>
- Alink, Fleur, Arjen Boin y Paul T'Hart (2001). Institutional crises and reforms in policy sectors: the case of asylum policy in Europe. *Journal of European Public Policy*, 8, 286-306.
- Animal Político (2020); México suma 5 muertes y 405 casos confirmados de COVID-19. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2020/03/mexico-suma-5-muertes-y-405-casos-confirmados-de-covid-19/>
- Auster, R., y Leveson I., Study I. (1972). The Production of Health, an Exploratory Study. *Essays in the Economics of Health and Medical Care*, NBER, 135-158.
- Banerjee, S., Ewing R. (2004) Risk, wellbeing and public policy. *Economic Roundup*. Canberra: The Treasury, 2, 21-44.
- Bernstein, J., y Bonafede, B. (2011). *Manager's guide to crisis management*. New York: McGraw Hill Professional.
- Berridge, V., M. Gorsky, y A. Mold (2011). *Public Health in History*. London: McGraw-Hill Open University Press, 23-41, 145-161.
- Bigley, G. A., y K.H. Roberts, (2001). The incident command system: High-reliability organizing for complex and volatile task environments. *Academy of Management Journal*, 44, 1281-1299.
- Boletín de prensa*, Gobierno del estado de Jalisco, 30 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.jalisco.gob.mx/es/prensa/noticias/106887>
- Boletines de prensa del Gobierno del estado de Jalisco*. Disponibles en:
- Broekema, Wout. (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.
- Bundy, Jonathan, Michael D. Pfarrer, Cole E. Short y W. Timothy Coombs (2016). Crises and Crisis Management: Integration, Interpretation, and Research Development. *Journal of Management*, 43 (6), 1661-1692.
- _____. y Paul 't Hart (2000). Institutional Crises and Reforms in Policy Sectors. En Hendrik Wagenaar (ed.), *Government Institutions: Effects, Changes and Normative Foundations*, pp. 9-32. Dordrecht, Países Bajos: Kluwer Academic Publishers.
- _____. Allan McConnell, y Paul 't Hart (eds.) (2008). *Governing after Crisis: The Politics of Investigation, Accountability and Learning*. Cambridge: University Press.
- _____. Paul 't Hart (2016). Public Leadership in Times of Crisis: Mission Impossible? *Public Administration Review*, 63 (5), 544-553.
- _____. Paul 't Hart, y Eric Stern (2016). *The Politics of Crisis Management: Public Leadership under Pressure*. New York: Cambridge University Press.
- _____. y M.D. Pfarrer (2015). A burden of responsibility: The role of social approval at the onset of a crisis. *Academy of Management Review*, 40, 345-369.
- _____. y Paul 't Hart (2012). Aligning Executive Action in Times of Adversity: The Politics of Crisis Coordination. En Martin Lodge y Kai Wegrich (coord.). *Executive Politics in Times of Crisis*, pp. 179-96. London: Palgrave Macmillan.

- Buzan, B., y Waever O. Wilde J. (1998). 2. *Security Analysis: Conceptual Apparatus. Security: a new framework for analysis*. London: Lynne Rienner, 28.
- Central Intelligence Agency. *The World Factbook*. Recuperado de <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/ar.html>
- Christensen, Tom, O. Læg Reid y L.H. Rykkja (2016). Organizing for crisis management: Building Governance Capacity and Legitimacy. *Public Administration Review*, 76 (6), 887-897.
- _____. y Per Læg Reid (2007). The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform. *Public Administration Review*, 67(6), 1059-66.
- CIDH (2020), *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*, Resolución 1/2020 adoptada el 10 de abril de 2020, Washington D. C.: Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), 5 y 7.
- Claeys, A. S., y V. Cauberghe, (2012). Crisis response and crisis timing strategies: Two sides of the same coin. *Public Relations Review*, 38, 83-88.
- Clarke, D., Wierzynska, A., DiBiase, M., & Timilsina, A. (2020, Junio 9). *Promoting accountability and transparency during COVID-19*. UNDP. <https://www.undp.org/content/undp/en/home/blog/2020/promoting-accountability-and-transparency-during-covid-19.html>.
- Clarke, Thomas (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, Charles G. (1994). Intelligence and crisis management: The importance of the pre-crisis. *Intelligence and National Security*, 9 (4), 633-650.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2020). *Resolución No. 1/2020. Pandemia y Derechos Humanos en las Américas* (Adoptado por la CIDH el 10 de abril de 2020)
- Consejo de Salubridad General (2009). *Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General*. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/Reglamento_Interior_del_CSG-2013.pdf
- Consejo de Salubridad General (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)*. Disponible en: 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*. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-municipal.aspx>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos, última reforma 8 de mayo del 2020. Consultado por última vez el 12 de septiembre 2020. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_080520.pdf
- Coombs, W. Timothy (2007). Protecting organization reputations during a crisis: The development and application of situational crisis communication theory. *Corporate Reputation Review*, 10(3), 163-176.

- COVID-19 Medidas Económicas (2020); Nueva Normalidad. Disponible en: <https://www.gob.mx/covid19medidaseconomicas/acciones-y-programas/nueva-normalidad-244196>
- Decreto, Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos, 27 de marzo del 2020. Consultado por última vez el 12 de septiembre 2020. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590673&fecha=27/03/2020
- Deister, René (2008). *Como enfrentar una crisis empresarial*. Ciudad de México: Trillas.
- _____. (2011). Etapas del rescate de empresas en crisis. En Marco Mena (comp.), *Gestión de crisis*, pp. 93-114. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Desenclos, J. C., y H. De Valk (2004). Emergent infectious diseases: importance for public health, epidemiology, promoting factors, and prevention. *Med Mal Infect*, 35 (2), 49-61.
- Dezenhall, E., y J. Weber (2011). *Damage control: The essential lessons of crisis management*. Westport, CT: Prospecta Press.
- Diario Oficial de la Federación (2020). *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*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5589993&fecha=20/03/2020
- DOF (2020). *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*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5589994&fecha=20/03/2020
- _____. *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*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5589479&fecha=16/03/2020
- _____. *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*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590161&fecha=23/03/2020
- _____. *Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS CoV2 (COVID-19)*. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30/03/2020
- _____. *Acuerdo por el que se establecen acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2*. Disponible en:

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590914&fecha=31/03/2020

_____. *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.* Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590059&fecha=20/03/2020

_____. *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.* Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590060&fecha=20/03/2020

_____. *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).* Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020

_____. *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).* Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5589962&fecha=20/03/2020

_____. *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).* Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590673&fecha=27/03/2020

El Diario, NTR. Periodismo crítico. *Inegi ubica a hospitales que atienden coronavirus*, México, 16 de junio de 2020. Disponible en: https://www.ntrguadalajara.com/post.php?id_notas=150252

El Economista (2020). *Casos de coronavirus avanzan a su pico máximo en México: OPS.* Disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Casos-de-coronavirus-avanzan-a-su-pico-maximo-en-Mexico-OPS-20200609-0064.html>

El Financiero (2020). *Gobierno y hospitales privados extienden por un mes más convenio de salud.* Disponible en: <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/gobierno-y-hospitales-privados-extienden-union-de-sistemas-de-salud-por-un-mes-mas>

Enemark, C. (2009). Is Pandemic Flu a Security Threat? *Survival*, 51 (1), 191-214.

Fetene, G. T., y G. Dimitriadis (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), Historia y Filosofía de la Medicina. *Gaceta Médica de México*, 150, 195-199.

- Fink, S. (2000). *Crisis management: Planning for the inevitable*. Bloomington, Indiana: iUniverse.
- Frandsen, Finn y Winni Johansen (2020). Advice on Communicating During Crisis: A Study of Popular Crisis Management Books. *International Journal of Business Communication*, 57, 260-276.
- Galaz, Victor, Frederik Moberg, Eva-Karin Olsson, Eric Paglia y Charles Parker (2010). Institutional and Political Leadership Dimensions of Cascading Ecological Crises. *Public Administration*, 89 (2), 361-380.
- Gersovitz, M., y J. S. Hammer (2003). Infectious Diseases, Public Policy, and the Marriage of Economics and Epidemiology. *The World Bank Research Observer*, 18 (2), 129-157.
- Gérvas, J., y I. Hernández-Aguado (2007). Grupo Jornada Situaciones de Crisis. Aciertos y errores en la gestión de las crisis de salud pública en España. *Gac Sanit.*, 23 (1), 67-71.
- _____, y R. Meneu R. (2010). Las crisis de salud pública en una sociedad desarrollada. Aciertos y limitaciones en España. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.*, 24 (1), 33 a 36.
- Gillespie, N., y G. Dietz (2009). Trust repair after an organization-level failure. *Academy of Management Review*, 34, 127-145.
- Gilpin, Dawn R, y Priscilla J. Murphy (2008). *Crisis Management in a Complex World*. New York: Oxford University Press.
- Gottschalk, J. (2002). *Crisis management*. Capstone: Express Exec.
- Greve, H., D. Palmer, y J.E. Pozner (2010). Organizations gone wild: The causes, processes, and consequences of organizational misconduct. *Academy of Management Annals*, 4, 53-107.
- Griffin, A. (2014). *Crisis, issues and reputation management*. London, England: Kogan Page.
- Häkkinen, U. (2002). The Production of health and the demand for healthcare in Finland. *Social Science & Medicine*, 33 (3), 225-237.
- Hammond, Thomas 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), 401-22.
- Head, Brian W. (2008). Wicked Problems in Public Policy. *Public Policy*, 3(2), 101-18.
- HHS-US (2017). *Pandemic Influenza Plan: 2017 Update*. Washington, D.C.: Departamento de Salud y Servicios Humanos del Gobierno de Estados Unidos, 13-14.
- Holmes, A. (2009). *Managing through turbulent times*. Hampshire, England: Harriman House.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2020). *Presenta IMSS Plan de Preparación y Respuesta Institucional COVID-19*. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202004/171>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015). *Encuesta Intercensal 2015*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015). *Encuesta Intercensal 2015. Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015 Jalisco*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2019). *Características de las defunciones registradas en México durante 2018*.
- International Monetary Fund (Ed.). (2020, Julio 31). *Policy Tracker*.

- Johns Hopkins University and Medicine (1 de Agosto del 2020) *Coronavirus Resource Center*. Recuperado de <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>.
- Johnson, T. (2018). *Crisis leadership: How to lead in times of crisis, threat and uncertainty*. London, England: Bloomsbury.
- Kahn, W. A., M.A. Barton, y S. Fellows (2013). Organizational crises and the disturbance of relational systems. *Academy of Management Review*, 38, 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.
- Kickbusch, I. (1997). New players for a new era: responding to the global public health challenges. *J Public Health Med*, 19 (2), 171-178.
- La Jornada (2020). *Se dispara tasa de desempleo en México en 2º trimestre, reportan*. Disponible en: <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>
- Lamata Cotanda, F. (2006). Crisis sanitarias y respuesta política. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 4 (3), 401-406.
- 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)*. London: Palgrave Macmillan, 27 y 28.
- Lerbinger, Otto (1997). *The Crisis Manager: Facing Risk and Responsibility*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Lerbinger, Otto, (2012). *The Crisis Manager: Facing Disasters, Conflicts, and Failures*. New York: Routledge.
- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público*. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos, última reforma 11 de agosto del 2020. Consultado por última vez el 12 de septiembre 2020. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/14_110820.pdf
- Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas*. Ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos, última reforma 13 de enero del 2016. Consultado por última vez el 12 de septiembre 2020. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/56_130116.pdf
- Lin, Z., X. Zhao, K. Ismail, y K.M. Carley (2006). Organizational design and restructuring in response to crises: Lessons from computational modeling and real-world cases. *Organization Science*, 17, 598-618.
- Lukaszewski, James E., y Noakes-Fry, K. (2013). *Lukaszewski on crisis communication: What your CEO needs to know about reputation risk and crisis management*. Brookfield, CT: Rothstein Associates.
- Magnusson, R. (2017). Chapter 10: Controlling the spread of infectious diseases. En *Advancing the right to health: the vital role of law*, Ginebra: OMS, 151-164.
- Mehr, Mohsen Karimi y Ramezan Jahanian (2016). Crisis Management and Its Process in Organization. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 7, 143-148
- Mena, Marco (2011). Gestión de crisis. Panorama y lecturas introductorias. En Marco Mena (comp.), *Gestión de crisis*, pp. 17-52. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Meyer, G. (2017). *Corporate smokejumper. Crisis management: Tools, tales and techniques*. Newark: Blue Blaze Books.
- Mitroff, I.I., T.C. Pauchant, y P. Shrivastava (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, 3-107.
- Mongoven, A. (2006). The War on Disease and the War on Terror: A Dangerous Metaphorical Nexus?. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 15 (4), 412.
- Newman, Bruno, y Marta Mejía (2009). *Organizaciones en la mira: comunicación estratégica para prevenir y manejar las crisis*. México: Fondo de Cultura Económica.
- O'Malley, P., Rainford, J., & Thompson, A. (2009). Transparency during public health emergencies: from rhetoric to reality. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(8), 614–618. <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/8/08-056689/en/>
- OMS (2001). *El Reglamento Sanitario Internacional como Instrumento de Gestión de los riesgos de Importancia Internacional Apremiante Relacionados con la Salud Pública*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 5.
- OMS (2004). *Informal consultation on influenza pandemic preparedness in countries with limited resources*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 23-25.
- OMS (2005a). *Reglamento Sanitario Internacional*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. p. 10.
- OMS (2005b). *WHO checklist for influenza pandemic preparedness planning (Global Influenza Program)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, p. ix.
- OMS (2007). A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century. En *World Health Report 2007*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, p. 45.
- OMS (2018). *SMVRG Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2018, pp. 1 a 2.
- Organización de las Naciones Unidas. (1948) *La Declaración Universal de Derechos Humanos* | Naciones Unidas. Recuperado en agosto 2020, de <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Organización de los Estados Americanos. (2020). *OEA - Organización de los Estados Americanos: Democracia para la paz, la seguridad y el desarrollo*. Recuperado en agosto 2020, de <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/060.asp>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2020). *Transparency, communication and trust: The role of public communication in responding to the wave of disinformation about the new Coronavirus*. (n.d.). Recuperado en Agosto 2020, de <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/transparency-communication-and-trust-bef7ad6e/>
- Paquet, C., D. Coulombier D., R. Kaiser, y M. Ciotti (2006). Epidemic intelligence: a new framework for strengthening disease surveillance in Europe. *Euro Surveill*, 11 (12).
- Pauchant. T, y I. Mitroff (1992). *Transforming the Crisis Prone Organization*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Perrow, C. (1984). *Normal accidents: Living with high-risk technologies*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Perry, W. Ronald, y E.L. Quarantelli (2005). *What is a disaster?: new answers to old questions*. Philadelphia, Pa: Xlibris.
- Petak, William J. (ed.) (1985). Emergency Management: A Challenge for Public Administration. *Public Administration Review*, 45, 1–172.
- Poder Judicial de la Federación (2020). *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. Disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/acuerdos_generales/documento/2020-03/3-2020%20%28COVID-19%29%20FIRMA.pdf
- Porter, J., J. Odgen J., y P Pronyk (1999). Infectious disease policy: towards the production of health. *Health Policy and Planning*, núm. 4, 322-328.
- Potter, C. (2001). A history of influenza. *Journal of Applied Microbiology*, 91, 572-579.
- Publimetro (2020). *El coronavirus es un invitado que no nos hará temblar: Jorge Alcocer*. Disponible en: <https://www.publimetro.com.mx/mx/nacional/2020/03/06/coronavirus-invitado-no-nos-hara-temblar-jorge-alcocer.html>
- Rechel, B., y M. McKee (2014). Facets of Public Health in Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Bruselas: Open University, 3.
- Rhee, M., y M. E. Valdez (2009). Contextual factors surrounding reputation damage with potential implications for reputation repair. *Academy of Management Review*, 34, 146-168.
- Roberts, K. H., P. Madsen, y V. Desai, (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, CA: Sage.
- Rosenthal, Michael T. Charles y Paul't Hart (1989). *Coping with Crises: The Management of Disasters, Riots and Terrorism*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Rosenthal, Uriel y Alexander Kouzmin (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, 105-114.
- Secretaría de Salud (2020); 015. *Acciones de preparación y respuesta ante nuevo coronavirus (2019-nCoV) para la protección de la salud en México*. Disponible en: <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>
- _____. 033. *México está preparado para enfrentar coronavirus (2019-nCoV)*. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/033-mexico-esta-preparado-para-enfrentar-coronavirus-2019-ncov?idiom=es>
- _____. 054. *México cuenta con lineamientos para vigilancia epidemiológica, diagnóstico y atención por coronavirus COVID-2019*. Disponible en: <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>
- _____. 077. *Se confirma en México caso importado de coronavirus COVID-19*. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/077-se-confirma-en-mexico-caso-importado-de-coronavirus-covid-19?idiom=es>

- _____. 080. *Se contará con insumos necesarios para pruebas de laboratorio para coronavirus COVID-19: Alcocer Varela.* Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/080-se-contara-con-insumos-necesarios-para-pruebas-de-laboratorio-para-coronavirus-covid-19-alcocer-varela?idiom=es>
- _____. 089. *Secretaría de Salud llama a la población a mantenerse informada y en calma sobre evolución de COVID-19.* Disponible en: <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>
- _____. 092. *Se declara en sesión permanente el Consejo de Salubridad General.* Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/092-se-declara-en-sesion-permanente-el-consejo-de-salubridad-general>
- _____. 099. *Disposiciones para la adquisición y fabricación de ventiladores, durante la emergencia de salud pública por coronavirus (COVID-19).* Disponible en: <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>
- _____. 101. *México acelera acciones para enfrentar casos graves por virus SARS-CoV-2.* Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/101-mexico-acelera-acciones-para-enfrentar-casos-graves-por-virus-sars-cov-2?idiom=es>
- _____. 102. *Agiliza Cofepris emisión de permisos de importación y exportación para todos los insumos para la salud.* Disponible en: <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>
- _____. 105. *Sector Salud suscribe convenio con hospitales privados para hacer frente a la pandemia de COVID-19.* Disponible en: <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>
- _____. 110. *Inicia la fase 3 por COVID-19.* Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/110-inicia-la-fase-3-por-covid-19?idiom=es>
- _____. 111. *Hospitales privados atenderán a pacientes del sector salud.* Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/111-hospitales-privados-atenderan-a-pacientes-del-sector-salud?idiom=es>
- _____. 116. *Estrategia para atender salud emocional del personal en hospitales COVID-19.* Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/116-estrategia-para-atender-salud-emocional-del-personal-en-hospitales-covid-19?idiom=es>
- _____. 120. *Estrategia contra Covid-19: Inicia Insabi distribución de 1,226 camas para hospitales.* Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/estrategia-contra-covid-19-inicia-insabi-distribucion-de-1-226-camas-para-hospitales?idiom=es>
- _____. 136. *Expertos de México, OPS y el CDC participan en seminario sobre vigilancia epidemiológica y pruebas de diagnóstico.* Disponible en: <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>
- _____. *Reunión de trabajo sobre COVID-19 entre comités nacionales de Emergencias y de Seguridad en Salud.* Disponible en: <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>

- _____. *Se reúne de forma extraordinaria el Comité Nacional para la Seguridad en Salud*. Disponible en: <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 de Jalisco (2019) *Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica*. Disponibles en: <https://ssj.jalisco.gob.mx/estadisticas-e-indicadores/8878>
- SFP, Secretaría de la Función Pública. (2017, marzo 14). 1.3.3 *Adjudicación directa (LOPSRM y LAASSP)*. gob.mx. <https://www.gob.mx/sfp/acciones-y-programas/1-3-3-adjudicacion-directa>.
- Simón Soria, F., y F.J. Guillén Enríquez (2008). Amenazas para la salud y crisis sanitarias. Aproximación a la alerta y respuesta. *Informe SESPAS 2008*. *Gat Sanit.*, 22 (1), 65-70.
- Sistema de Información de la Secretaría de Salud*. Disponible en: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>
- Smith, R.S. (1979). How to plan for Crisis Communications. *Public Relations Journal*, 35, 17-18.
- Solutions, E. I. U. D. PrintShare Covid-19: the impact on healthcare expenditure. *The Economist Intelligence Unit*. <http://www.eiu.com/industry/article/609621044/covid-19-the-impact-on-healthcare-expenditure/2020-05-27>.
- Stanwell-Smith, R. (2001). Public health medicine in transition, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94 (7), 319-321.
- Strosberg, M.A. (2006). Allocating Scarce Resources in a Pandemic: Ethical and Public Policy Dimensions, *Virtual Mentor*, 8 (4), 241-244.
- Sturges, David. L. (1994). Communicating through Crisis: A Strategy for Organizational Survival. *Management Communication Quarterly*, 7, 297-316.
- Veil, S. R., T. Buehner, y M.J. Palenchar (2011). A work-in-process literature review: Incorporating social media in risk and crisis communication. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 19, 110-122.
- Vogus, T. J., y T. M. Welbourne (2003). Structuring for high reliability: HR practices and mindful processes in reliability-seeking organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 877-903.
- Waugh, William 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, 10-25.
- Winslow, C. E. A. (1920), The Untilled Fields of Public Health. *Science*, 51, 30.
- World Health Organization (1 de Agosto del 2020). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Recuperado de https://covid19.who.int/t_able
- _____, (2019) *Global spending on health: a world in transition*. Geneva: (WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/19.4).
- _____, (2020). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*.
- Zahra, S. A., y G. George (2002). Absorptive capacity: A review, reconceptualization, and extension. *Academy of Management Review*, 27, 185-203.