

# Gobernanza en el sistema de salud ante la pandemia por Covid-19 en México

Lina Díaz-Castro, D en C,<sup>(1)</sup> María Guadalupe Ramírez-Rojas, D en C,<sup>(2)</sup> Héctor Cabello-Rangel, M en C,<sup>(3)</sup> Armando Arredondo, D en C,<sup>(4)</sup> Ernesto Pablo Báscolo, PhD.<sup>(5)</sup>

Díaz-Castro L, Ramírez-Rojas MG, Cabello-Rangel H, Arredondo A, Báscolo EP. **Gobernanza en el sistema de salud ante la pandemia por Covid-19 en México.** *Salud Publica Mex.* 2021;63:672-681. <https://doi.org/10.21149/12956>

Díaz-Castro L, Ramírez-Rojas MG, Cabello-Rangel H, Arredondo A, Báscolo EP. **Governance in health system in the face of the Covid-19 pandemic in Mexico.** *Salud Publica Mex.* 2021;63:672-681. <https://doi.org/10.21149/12956>

## Resumen

**Objetivo.** Analizar la gobernanza en el sistema de salud en México, en las políticas frente a la pandemia por Covid-19. **Material y métodos.** Estudio cualitativo, analítico, realizado entre junio y noviembre de 2020. Se analizaron 41 entrevistas semiestructuradas que se aplicaron a actores clave del sistema de salud y que se organizaron en el software ATLAS.ti 9. El análisis se adhirió a los principios teórico-metodológicos del Marco Analítico de Gobernanza. **Resultados.** El problema: la formulación de políticas fue centralizada; los actores: sólo los altos mandos participan en las decisiones; las normas: los valores sociales y el liderazgo determinan su nivel de responsabilidad; toma de decisiones: los altos mandos reconocieron poder para proponer modificaciones al Marco Normativo; los nodos: las políticas federales fueron adaptadas a nivel estatal de manera diferenciada. **Conclusiones.** La gobernanza centralizada, los niveles diferenciados de convocatoria de los actores, su poder de decisión, acuerdos, responsabilidad y liderazgo, definieron el alcance de la gobernanza y, a su vez, el nivel de respuesta ante la pandemia por Covid-19.

Palabras clave: gobernanza; formulación de políticas; sistemas de salud; Covid-19; políticas públicas de salud; México

## Abstract

**Objective.** Analyze governance in the Mexican health system, with regards to policies to combat the Covid-19 pandemic. **Materials and methods.** Qualitative, analytic study carried out from June to November, 2020. Forty-one semi-structured interviews with key actors in the health system were analyzed and organized in ATLAS.ti-v.9 software. The analysis followed theoretical-methodological principles of the Governance Analytical Framework. **Results.** The problem: the policy-making was centralized; the actors: only high level actors participated in the decisions; decision-making: high level actors recognized power to propose modifications in the regulatory framework; nodes: federal policies were adapted at the state level in a differential manner. **Conclusions.** Centralized governance, differential levels of convocation of actors, decision-making power, level of agreements, as well as responsibility and leadership, all defined the reach of governance and, in turn, the level of response to the Covid-19 pandemic.

Keywords: governance; policy making; health systems; Covid-19; public health policy; Mexico

- (1) Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ciudad de México, México.
- (2) Cátedras Conacyt, CIESAS-Sureste, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.
- (3) División de Auxiliares del Diagnóstico, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Ciudad de México, México.
- (4) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- (5) Centro de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario. Santa Fe, Buenos Aires, Argentina.

**Fecha de recibido:** 18 de junio de 2021 • **Fecha de aceptado:** 3 de agosto de 2021 • **Publicado en línea:** 3 de septiembre de 2021  
 Autor de correspondencia: Dra. Lina Díaz-Castro. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Calzada México-Xochimilco 101, col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan. 14370 Ciudad de México, México.  
 Correo electrónico: dralaindiaz.ld@gmail.com

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

A pesar de que los gobiernos de todos los países han formulado políticas de salud para enfrentar la emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), debida a la enfermedad Covid-19, la capacidad de respuesta ha representado un desafío global. Por ello, se propone que una manera de apoyar las decisiones de estas políticas es fortalecer la gobernanza del Sistema Nacional de Salud (SNS).<sup>1</sup>

La gobernanza del SNS y el fortalecimiento del mismo se definen por las acciones conjuntas de los sectores sanitario y no sanitario, de los sectores público y privado, y de la ciudadanía por un interés común.<sup>2</sup> La gobernanza se centra en las decisiones y en el potencial de sus actores para subvertir la política nacional a nivel local.<sup>3</sup> En este sentido, comprender el proceso de la toma de decisiones para enfrentar la Covid-19 es indispensable para identificar elementos de gobernanza que fortalezcan la respuesta del SNS.<sup>4</sup>

A nivel internacional se ha reportado la relevancia de la gobernanza en las políticas como respuesta ante la ESPII,<sup>5,6</sup> pero no se identificaron estudios de evaluación,<sup>7</sup> de proceso de decisión<sup>8</sup> o de diseño de políticas<sup>9</sup> en los sistemas de salud, y por ende, se desconoce en qué medida las decisiones inciden en contener la propagación de la enfermedad Covid-19.<sup>10</sup>

La aproximación de la gobernanza en los sistemas de salud demanda tener un objeto delimitado, observable, reproducible y generalizable; de esta manera, el Marco Analítico de Gobernanza (MAG)<sup>11</sup> visualiza a la gobernanza como una variable intermedia que se refiere a la toma de decisiones colectivas y que puede aplicarse al escenario de la ESPII. El MAG se conforma por cinco categorías:

- 1) Los actores. a) Actor estratégico es todo individuo con recursos de poder suficientes para facilitar o impedir el funcionamiento de las reglas del juego y toma de decisiones;<sup>12</sup> b) actor de interés, individuo involucrado en la trama institucional, sin poder suficiente para determinar las reglas del juego y decisiones.<sup>12</sup> Los recursos de poder se clasifican en recursos económicos y capital social (pertenencia a grupos, redes y colaboración social).
- 2) El problema. Se refiere a lo que está en juego, en este caso las decisiones del sistema de salud ante la Covid-19.
- 3) Las normas. Construcción de las reglas de juego entre los actores que explican sus decisiones.<sup>13</sup>
- 4) El proceso. Sucesiones de estados por los cuales pasa un sistema, que permitan evaluar la dirección por la cual evolucionan esos procesos.<sup>14</sup>

- 5) Los nodos. Espacios físicos o virtuales en donde convergen los procesos de decisión, actores y normas.<sup>11</sup>

En México existe evidencia escasa sobre la gobernanza en el sistema de salud, su estructura segmentada en varios sectores y niveles de atención, el sistema confiere mayor complejidad al proceso de decisiones, por la interacción de múltiples actores, con intereses diversos y roles distintos.<sup>15</sup> Lo anterior representa un desafío mayor en un escenario cambiante en políticas públicas, como la ESPII actual.

El objetivo del presente estudio fue analizar la gobernanza en el SNS en México y la formulación de políticas frente a la Covid-19.

## Material y métodos

### Diseño

Estudio cualitativo analítico, basado en entrevistas semiestructuradas a actores clave del sistema de salud. Realizado de junio a noviembre de 2020. El estudio se adhirió a los principios teóricos del MAG.

### Participantes

A partir de la estructura organizativa del SNS en México, y de consultar páginas gubernamentales de acceso abierto, se realizó un mapeo para identificar a los principales actores en los 32 estados. El número de participantes-actores se determinó de acuerdo con la selección por criterio, que dio pie al método de muestreo teórico; incluyó a servidores públicos con niveles de altos mandos (personas que fungen como secretarios de Salud, subsecretarios y directores generales sectoriales), y servidores públicos de mandos medios (directores generales de los establecimientos de salud).<sup>16</sup> Tanto los actores de altos mandos como los mandos medios tienen facultad para tomar decisiones en las políticas de salud. Se incluyeron representantes de las instituciones que conforman el SNS.<sup>17</sup> Se identificaron a 180 actores y se incluyeron sus datos (correos y teléfonos institucionales). Se elaboró una agenda electrónica, ordenada por instituciones. A todos los actores se les envió un correo invitándolos a participar, en el cual se les explicó el objetivo del estudio y la forma de la entrevista, también se adjuntó la guía de entrevista y el consentimiento informado. A quienes aceptaron participar se les pidió fecha y hora disponible para realizar la entrevista. Sólo 18 actores respondieron el correo, de los cuales 15 aceptaron participar; a los demás se les contactó vía telefónica, se lograron concertar 28 citas más, dos de ellas no requirieron realizarse.

## Instrumento

Guía de entrevista, con las siguientes unidades temáticas: marco normativo, participación en las políticas, organización de los servicios de salud; capacitación; vinculación sectorial; monitoreo e investigación; transparencia y rendición de cuentas (cuadro I).<sup>15</sup>

## Procedimiento

Se realizaron 41 entrevistas en línea, las cuales tuvieron una duración promedio de 45 minutos cada una. Estas entrevistas se llevaron a cabo por medio de la plataforma

digital Microsoft Teams (se puede encontrar en la siguiente liga [gobernanzacovid19.mx](http://gobernanzacovid19.mx)) y con la aplicación Skype. En todo el proceso se garantizaron condiciones de privacidad y anonimato.

Las entrevistas fueron realizadas entre el 17 de junio y el 18 de septiembre de 2020, por tres profesionales comunicólogos capacitados en el protocolo y guía de entrevista, acompañados todo el tiempo por la investigadora principal (IP) del estudio. Las entrevistas terminaron cuando se llegó a la saturación teórica de las categorías, y cuando no surgió ya variación entre los datos obtenidos. Los entrevistadores e IP llenaron un diario de campo para registrar actividades no previstas o dificultades, así como

**Cuadro I**  
**CATEGORÍAS ANALÍTICAS Y SUBCATEGORÍAS DE GOBERNANZA. MÉXICO, 2020**

Unidad temática 1: Los actores	
Categoría analítica 1	Subcategorías de análisis
Actores del sistema de salud	Características presentes en los actores, y que determinan su nivel de participación en las políticas de salud frente a Covid-19: género, tipo de actor (estratégico o de interés), formación académica y gerencial, capacidad de liderazgo, administrativa y de gobernanza; nivel de competencia federal, estatal, local; recursos de poder; núcleo de responsabilidades y su posicionamiento (opositor o facilitador) frente las políticas frente a Covid-19.
Unidad temática 2: El problema	
Categoría analítica 2	Subcategorías de análisis
El problema desde un enfoque de gobernanza	Las características de la toma de decisiones del sistema de salud, a través de la forma en que se formulan las políticas de salud para hacer frente a la Covid-19 en México.
Unidad temática 3: Las normas	
Categoría analítica 3	Subcategorías de análisis
Las normas sociales Formales: Marco normativo Informales: valores y creencias	Conjunto de normas formales (leyes, normas, reglamentos) que orientan las decisiones y/o el comportamiento de los actores.  Conjunto de normas informales (sistema de valores sociales y creencias) que orientan las decisiones y/o el comportamiento de los actores.
Unidad temática 4: El proceso	
Categoría analítica 4	Subcategorías de análisis
Proceso de la toma de decisiones	Nivel de participación en la formulación de políticas ante la ESPII por Covid-19
Unidad temática 5: Los nodos	
Categoría analítica 5	Subcategorías de análisis
Vinculación sectorial	Nivel de convocatoria del actor y respuesta en la participación de diversos sectores de la sociedad en la formulación de políticas de salud frente a Covid-19.
Organización de los servicios de salud	La manera en que el actor prepara y organiza los servicios para promover y prevenir la enfermedad, así como para atender los casos de Covid-19.
Educación sanitaria	Capacitación y formación de recursos humanos para atender de manera adecuada los casos de Covid-19.
Monitoreo e investigación	Capacidad del actor para incorporar sistemas de información e investigación en sus decisiones frente a Covid-19.
Transparencia y rendición de cuentas	La transparencia se basa en el libre flujo de información; los procesos y la información de las instituciones deben ser directamente accesibles para los interesados, y se debe proporcionar suficiente información para comprender y monitorear los asuntos de salud.

Fuente: Elaboración propia

monitorear los datos obtenidos y fortalecer entrevistas subsiguientes. Las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas a Word utilizando la plataforma Speech to Text (<https://speech-to-text-demo.ng.bluemix.net/>). Inmediatamente después, la transcripción se revisó manualmente para garantizar su fidelidad, corregir errores gramaticales-sintácticos, y elaborar un directorio temático para respaldar la información.

### Análisis

Los pasos propuestos por la Teoría Fundamentada guiaron el análisis e interpretación de los datos, a través de la codificación abierta y axial con apoyo del software ATLAS.Ti.v9. La categoría central fue gobernanza, y sus categorías de análisis se codificaron como unidades temáticas de la gobernanza: los actores, el problema, las normas, el proceso y los nodos. Para cada categoría analítica, se codificaron subcategorías y sus propiedades que explicaron su significado, a través de sus características específicas (cuadro 1). Se identificaron incidentes y se asignaron códigos. Se compararon todos los códigos sustantivos y categorías, finalmente se discutieron discrepancias para la integración de los resultados. Para asegurar la adecuada interpretación de los datos, se realizó un proceso de triangulación entre los investigadores.

Aspectos éticos: Estudio CEI/C/017/2020 aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

## Resultados

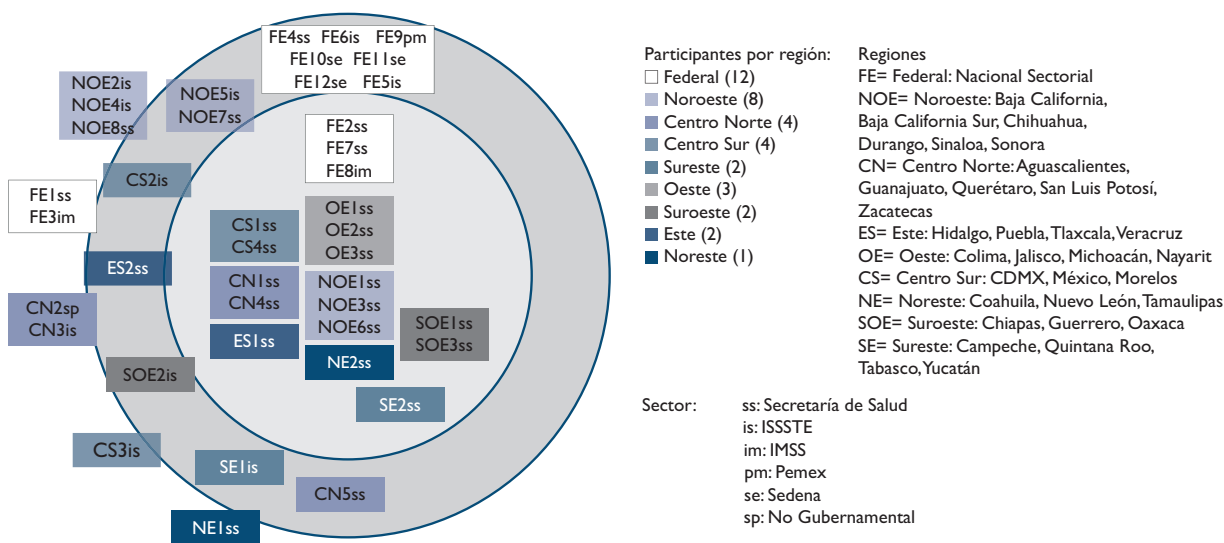
### Los actores del sistema de salud

*Tipo de actor, nivel de competencia y género*

De los participantes, 12 fueron actores federales y 29 estatales, conforme las regiones geográficas del país.<sup>18</sup> Se incluyó a participantes de todas las instituciones del SNS: Secretaría de Salud (SS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), entre otras. Conforme su puesto, 12 fueron secretarios de Salud y cuatro representantes (subsecretarios), 16 subsecretarios o directores, siete subdelegados médicos, y un actor no gubernamental. Se identificaron 18 actores estratégicos, sólo cuatro fueron mujeres (figura 1).

*Formación, habilidades y liderazgo*

La mayoría de actores tiene estudios de medicina, especialidad y/o posgrado en administración, dirección o gestión de servicios de salud. No la formación, pero sí



Nota: En el círculo central aparecen los actores con decisión en la formulación de políticas (altos mandos); en el círculo medio aparecen los actores con participación en el desarrollo de políticas (mandos medios); en la periferia de los círculos aparecen los actores que participan en la ejecución de políticas (mandos medios).

**FIGURA 1. MAPEO DE ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD EN LA TOMA DE DECISIONES ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. MÉXICO, 2020**

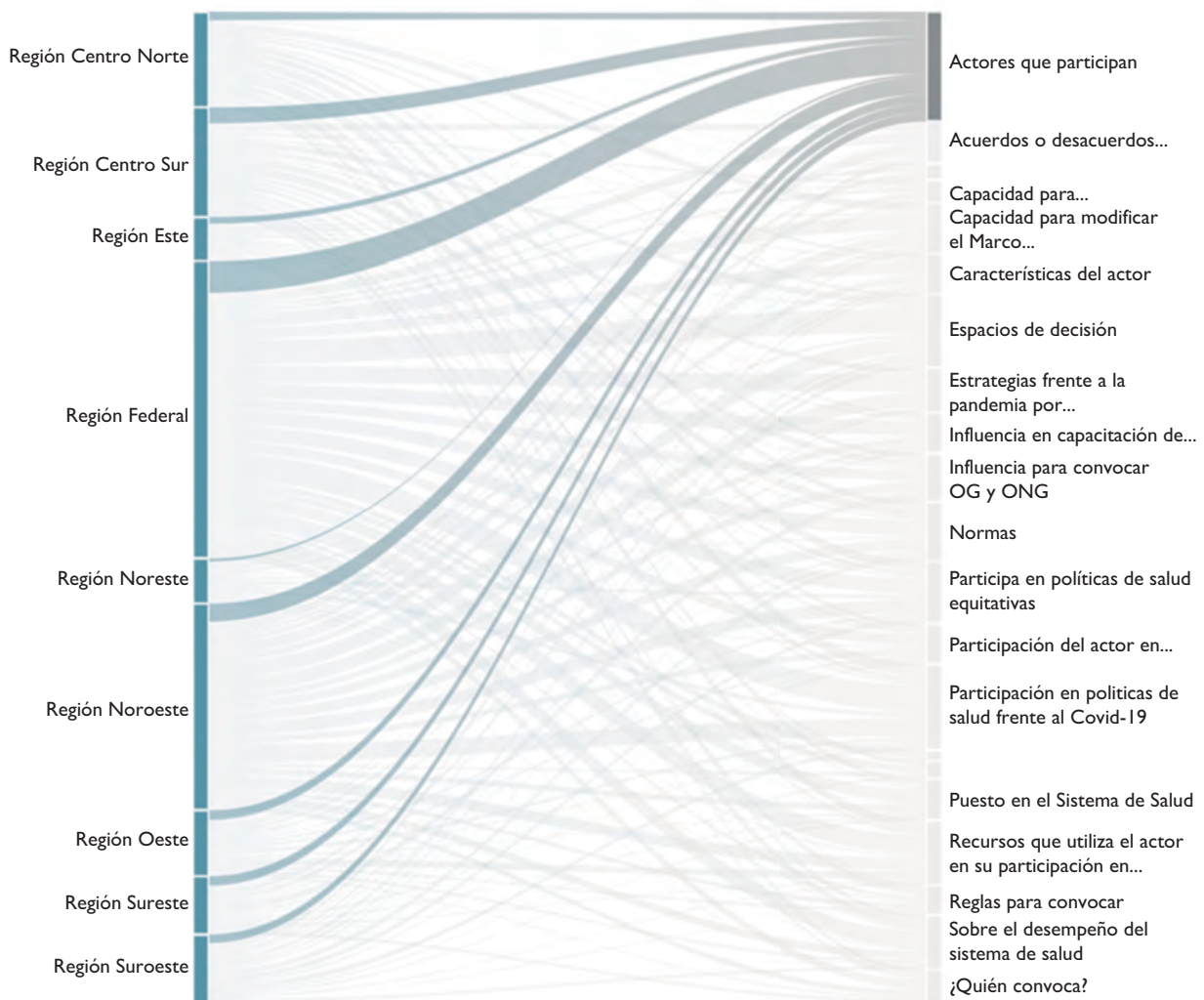
habilidades de negociación, mando, experiencia y solución de problemas se configuraron como liderazgo; esto caracterizó el nivel de participación y decisión (cuadro II). Otra característica fue la capacidad de convocatoria, pues marcó el inicio de interacción entre actores. La figura 2 muestra dicho poder de convocatoria de los actores.

*El problema desde un enfoque de gobernanza*

Los actores se encontraron dentro de un proceso centralizado de decisiones ante la ESPII, con poco margen de actuación en la formulación de políticas, debido a que el plan de respuesta fue diseñado desde nivel federal y coordinado por una sola persona:

84 FE2ss 84:34 ¶ 41-42 “...primero de enero, inició nuestro ciclo de preparación y respuesta ante la pandemia, ¡en México! Utilizamos los mecanismos de la Unidad de Inteligencia Epidemiológica, el monitoreo de eventos a través de... la Dirección General de Epidemiología (DGE)... y el Comité Nacional para la Seguridad, que nos permitió establecer el marco de actuación interinstitucional. En las reuniones del gabinete del sector salud, donde concurren los directores generales del IMSS y del ISSSTE y de los servicios médicos de PEMEX, describimos el marco general de la preparación...”

La SS convocó a actores del SNS federales y estatales para comunicarles el marco de actuación, más que de



OG: Organización Gubernamental  
 ONG: Organización No Gubernamental

**FIGURA 2. PODER DE CONVOCATORIA DE LOS ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD. MÉXICO, 2020**

decisión. Sin embargo, los actores estatales estratégicos, conforme sus valores sociales y sus habilidades de liderazgo, favorecieron un involucramiento proactivo y una transformación de la política, con la consideración de su contexto sociodemográfico-epidemiológico.

#### *Las normas sociales*

Los altos mandos mencionaron, como marco de actuación, los lineamientos contemplados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud, durante la respuesta a la ESPII:

6 CS1ss 4:6 ¶ 20 “La normativa emana principalmente, de la Constitución Mexicana. De ahí derivan..., la Ley General de Salud, la Ley Estatal de Salud y el Plan Sectorial de Salud, que es de donde nosotros tomamos todos los elementos apeándonos a la legalidad para poder implementar las diferentes políticas de esta secretaría”.

Los actores estratégicos reconocieron su responsabilidad frente a la ESPII, pero no precisaron lineamientos oficiales de vinculación participativa. Su actuación se limitó a nivel estatal; sólo en la región noroeste mencionaron mecanismos de respuesta conjunta entre los estados:

14 SOE1ss 14:3 ¶ 21 “...se han hecho modificaciones a la Ley General de salud aquí en el Estado... una nueva estructura orgánica dentro de la Secretaría, esto nos ha permitido implementar toda una serie de acciones...” “La cabeza de sector, tiene la atribución de poder convocar al ISSSTE, al IMSS, SEDENA, Marina; ... respetando los aspectos normativos de cada institución... hay una coordinación de todo el sector para atender esta... emergencia sanitaria”.

Los valores sociales, como humanismo, responsabilidad, sensibilidad en las necesidades de su población, y liderazgo, se manifestaron y delinearón la toma de decisiones.

#### *Proceso de toma de decisiones*

Todos los secretarios de Salud y subsecretarios (altos mandos) reconocieron tener facultad para tomar decisiones ante la ESPII, las cuales se enfocaron en la “Jornada de Sana Distancia”, “la Nueva Normalidad”, y el “Semáforo Epidemiológico”, ejes centrales en el plan de respuesta.

El liderazgo en los actores estratégicos se manifestó al involucrarse de manera directa y proactiva en la toma de decisiones (cuadro II), así como en su poder de

convocar a otros actores y sectores, y de manera conjunta, discutir el plan de respuesta, negociar y conseguir acuerdos, así como la forma de obtener los recursos para implementarlos; pero los convocados desconocen si su voz es tomada en cuenta:

10 NOE4is 10:11 ¶ 30–32 “Nosotros proponemos, el órgano rector es la Secretaría de Salud, a través del Secretario se hacen propuestas, se votan y se toman en cuenta o en su defecto, se podrían rechazar...”

Dos altos mandos expresaron cierto desacuerdo con las políticas, por lo que diseñaron rutas distintas o acciones complementarias a la política federal:

4 CS1ss 4:18 ¶ 36 “... Como Secretario de Salud tenemos ciertas atribuciones, no para modificar la Ley porque la Ley se modifica en el Poder Legislativo, el Poder Ejecutivo hace propuestas, hacemos las propuestas que emanan de todos estos Consejos y Comités, las llevamos al Legislativo...” “Hemos hecho ya, algunos acuerdos y decretos que se han publicado en el periódico oficial del Estado, para poder ejercer esa atribución...”

Al respecto, los mandos medios percibieron su liderazgo como habilidades gerenciales-administrativas, manifestaron que su alcance en las políticas frente a Covid-19 es el desarrollo y ejecución de políticas (cuadro II).

## **Los nodos**

### *Vinculación sectorial*

El alcance en los espacios de decisión obedece a la coordinación, convocatoria y acuerdos entre el SNS y el Poder Ejecutivo (figura 3).

Las políticas tuvieron una participación multi-intersectorial, pero no todos tuvieron voz en las decisiones, o bien se desconoce el nivel de involucramiento:

34 NOE7ss 77:11 ¶ 24–24 “...el apoyo que tenemos con las Organizaciones de la Sociedad Civil es bastante... Hemos tenido contacto con casi 800 micro, pequeñas y medianas empresas, aparte de grandes empresas, con los comités municipales de salud, con todas las instituciones y Secretarías de Gobierno”.

### *Organización de servicios y educación sanitaria*

Algunos actores estatales formularon políticas considerando su contexto en los procesos de atención:

**Cuadro II**  
**CARACTERIZACIÓN DE LOS ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD. MÉXICO, 2020**

Identificación del actor			Formación profesional		Liderazgo		Recursos		
Institución	Género	Código	Médica	Posgrado	Gerencial	Administrativo	Gobernanza	Económicos	Capital social
SESA	M	<b>NOE1ss*</b>	✓	✓	&	&	#	§	&
SS	H	FE2ss*	✓	✓	&	&	&	&	&
SESA	H	<b>CS1ss*</b>	✓	✓	&	&	&	#	&
SESA	M	<b>NOE3ss‡</b>	✓	✓	&	&	#	§	&
SESA	H	<b>ES1ss*</b>	✓	✓	&	&	&	#	&
SESA	M	<b>OE1ss‡</b>		✓	&	&	#	#	&
SESA	H	<b>CN1ss*</b>	✓	✓	&	&	#	#	&
SESA	H	<b>SOE1ss*</b>	✓	✓	&	&	&	§	&
SESA	H	<b>SE2ss*</b>	✓	✓	&	&	&	#	&
SESA	H	<b>NE2ss‡</b>		✓	&	&	#	#	&
SS	H	FE7ss*	✓	✓	&	&	§	#	&
IMSS	H	FE8im*	✓	✓	&	&	#	&	&
SESA	H	SOE3ss*	✓	✓	#	&	#	#	&
SESA	H	<b>NOE6ss*</b>	✓	✓	&	&	&	&	&
SESA	H	<b>OE2ss*</b>	✓	✓	&	&	#	#	&
SESA	H	OE3ss‡	✓	✓	&	&	§	#	&
SESA	M	<b>CS4ss*</b>	✓	✓	&	&	&	&	&
SS	M	FE1ss	✓	✓	§	§	§	§	§
ISSSTE	H	NOE4is		✓	§	§	§	§	#
ISSSTE	H	CS2is	✓	✓	#	#	§	&	&
ONG	H	CN2sp	✓	✓	§	§	§	§	§
ISSSTE	M	CN3is	✓	✓	§	§	§	§	§
IMSS	M	CS3im	✓	✓	§	§	§	§	§
IMSS	M	NE1im	✓	✓	§	§	§	§	§
SESA	H	NOE8ss	✓	✓	§	§	§	§	§
IMSS	M	FE3im	✓	✓	#	&	§	#	#
SS	H	FE4ss	✓	✓	&	&	§	#	&
ISSSTE	M	NOE2is	✓	✓	§	#	§	§	§
ISSSTE	H	SE1is	✓	✓	#	#	§	§	&
SESA	M	CN4ss‡	✓	✓	#	#	§	#	#
ISSSTE	H	FE5is	✓	✓	#	#	§	#	#
ISSSTE	H	SOE2is	✓	✓	#	#	§	§	#
ISSSTE	H	ES2is	✓	✓	#	§	§	§	#
ISSSTE	M	NOE5is	✓	✓	§	#	§	§	§
ISSSTE	H	FE6is	✓	✓	§	#	§	#	§
Pemex	M	FE9pm*	✓	✓	#	#	§	#	#
ISSSTE	H	CN5is	✓	✓	#	#	§	§	#
SESA	H	NOE7ss‡	✓	✓	#	&	#	§	&
Sedena	M	FE10se	✓	✓	§	#	§	§	§
Sedena	M	FE11se	✓	✓	#	#	§	#	#
Sedena	H	FE12se		✓	#	#	§	#	#

SS: Secretaría de Salud Federal; SESA: Secretaría de Salud Estatal; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; Pemex: Petróleos Mexicanos; Sedena: Secretaría de la Defensa Nacional

ONG: Organización No Gubernamental

M: mujer

H: hombre

Códigos en negrita: Secretarios de Salud

\* Alto mando

‡ Oposición o resistencia a la política federal

§ Nivel bajo

# Nivel medio

& Nivel alto

26 NEIim 26:3 ¶ 7 “...dentro de las políticas de la institución para poder implementar los procesos, lo primero que tuvimos que revisar con el personal fue la educación y la capacitación, hacer frente a la enfermedad y la manera de disminuir riesgos, los factores epidemiológicos, cómo pueden protegerse, cómo pueden diagnosticar y tratar la enfermedad, y para esto tiene que estar capacitado el 100% del personal”.

Monitoreo e investigación

Los actores estratégicos de la SS se apoyaron en organismos existentes como la DGE, pero también crearon otros como el “Comando Covid”, la Red IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave), o la “sala de situación”, con tres componentes: investigación científica, atención médica y vigilancia epidemiológica; por otro lado, para la identificación de situaciones que requirieron atención inmediata, se integraron expertos intensivistas, infectólogos, neumólogos, etc. Estos expertos resolvieron problemas de atención de pacientes, insumos, equipamiento y recursos humanos.

Las decisiones se enfocaron en mitigar la propagación de la Covid-19 y no saturar los hospitales, con niveles

diferenciados de logro, debido en parte al contexto epidemiológico y recursos monetarios disponibles (figura 3).

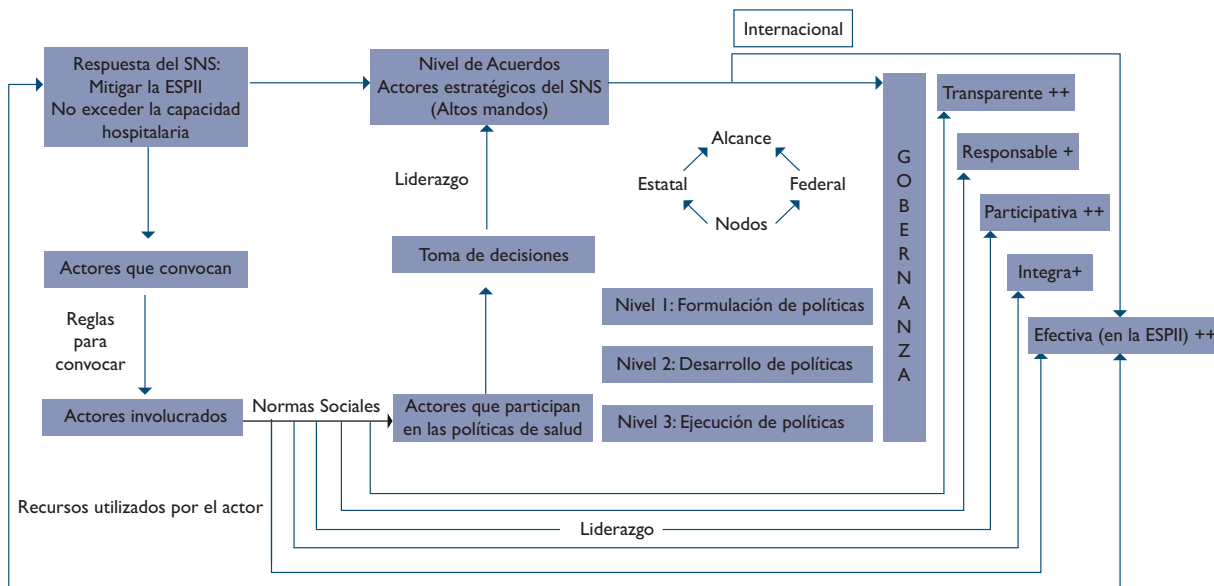
Transparencia y rendición de cuentas

Los actores expresaron contar con auditorías de fiscalización de los recursos económicos, incluso indicaron enfrentar problemas de disponibilidad de recursos. La rendición de cuentas fue parcial, no contaron con un plan de gestión conforme a los recursos; las decisiones se tomaron en función del comportamiento epidémico. El análisis integral de los elementos de gobernanza y sus características en las políticas del SNS frente a la Covid-19 se muestran gráficamente en la figura 3.

Discusión

La ESPII por Covid-19 ha mostrado que el sistema de salud en México, al igual que en la mayoría de otros países, no contaba con la preparación suficiente para responder de manera fehaciente ni oportuna ante la crisis.<sup>19</sup>

Los hallazgos sobre gobernanza de este estudio mostraron que la capacidad de respuesta del SNS mexicano frente a la ESPII es de nivel medio; por ello,



+ Nivel Bajo  
 ++ Nivel Medio  
 SNS: Sistema Nacional de Salud  
 ESPII: Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional  
 Problema: Decisiones centralizadas por un coordinador nacional, plan de respuesta único

FIGURA 3. MODELO DE GOBERNANZA EN SISTEMAS DE SALUD ANTE LA ESPII DEBIDA A LA COVID-19. MÉXICO, 2020



también se exponen argumentos derivados del MAG, que lo sustentan.

La gobernanza obedece a un proceso de toma de decisiones en políticas centralizadas, formuladas y coordinadas desde las máximas autoridades sanitarias federales, con una visión única de las políticas. Los altos mandos ejercieron su poder para convocar a representantes del SNS y otros actores sociales, pero no todos los convocados acudieron al llamado, lo cual denota un alcance de convocatoria diferenciado entre los actores. Además, no todos los convocados tuvieron poder de decisión, o bien el alcance de su decisión fue limitado, lo que pudiera mermar un interés proactivo para participar en las acciones descritas en las políticas.<sup>20</sup>

Por otra parte, el plan de respuesta centralizado dificultó una respuesta oportuna, así como incorporar la variabilidad sociodemográfica y epidemiológica existentes en los 32 estados del país. Para formular políticas locales sustentables, el plan de respuesta no puede obedecer a un solo diseño, en todo caso, se deben incorporar expertos para el diagnóstico de necesidades, y asesorar el plan de acción local; esto ha demostrado utilidad en la generación de sistemas resilientes,<sup>6</sup> y no sólo asegura la infraestructura hospitalaria para la atención.<sup>10</sup>

Los participantes mencionaron que su actuar se ciñe a las normas oficiales, pero nuestros hallazgos revelaron que su nivel de compromiso y responsabilidad obedeció más a un liderazgo y esquema de valores sociales.<sup>6</sup> Por ejemplo, encontramos un liderazgo alto en actores de la SS estatal, en donde se generaron canales de comunicación intersectorial para conseguir los recursos para implementar las políticas; sin embargo, no se identificó ese liderazgo en actores de instituciones como el IMSS o ISSSTE. Esto es relevante, pues el liderazgo se ha documentado como estrategia para fortalecer la gobernanza en los sistemas de salud.<sup>9</sup> De hecho, los actores con liderazgo mostraron mayor autonomía, poder de convocatoria, participación en la toma de decisiones y habilidad para lograr acuerdos. Este hallazgo mostró la necesidad de que todos los tomadores de decisión conozcan de manera precisa su papel dentro del proceso de toma de decisiones, que puedan asumir su responsabilidad y ejerzan un liderazgo proactivo; lo anterior fortalecería la gobernanza y, por ende, habría una mejor capacidad de respuesta<sup>6</sup> ante la ESPII.

Por otro lado, se ha reportado que el éxito de las políticas radica en la capacidad local para subvertirlas,<sup>3</sup> en ese sentido, en primer lugar, es necesario conocer el diseño del plan de respuesta, y la forma de adaptarlo a las condiciones demográficas, epidemiológicas y sociales de cada estado de la república mexicana, sólo así es posible el diseño integral de monitoreo y evaluación

de la gestión de la respuesta. Por ejemplo, un estudio en China reportó el éxito de las políticas bajo este enfoque de gestión,<sup>5</sup> el cual radicó en la divulgación y en el control de la información,<sup>21</sup> además, si el reporte de la gestión es publicado,<sup>22</sup> aumenta la confianza y adopción de las medidas por parte de la sociedad.<sup>23</sup> En este punto, los resultados de la presente investigación dan cuenta de la política federal de difusión masiva. Si este esfuerzo se dirigiera con un objetivo específico, como un diseño de políticas de comunicación de riesgo en el contexto de la Covid-19, podría influir de manera positiva en la confianza de la población, y fortalecer los mecanismos de la respuesta social.<sup>23</sup> Cabe señalar que, hacer de dominio público el plan de respuesta ante la pandemia, implica una rendición de cuentas por parte de los tomadores de decisión en los sistemas de salud, tema aún débil en México como en otros países de ingresos medios y bajos, con pobre eficiencia de los recursos disponibles.<sup>24</sup>

Para fortalecer la gobernanza es necesario brindar mayor autonomía a los tomadores de decisión estatales, para formular y gestionar sus políticas, incorporar estrategias de manera coordinada y colaborativa tanto con actores federales, como con las organizaciones civiles, tan relevantes en este contexto de ESPII; incorporar actores sociales dentro del contexto local, como las organizaciones civiles, fortalece que las políticas sean integrales y sustentables a largo plazo, además de fomentar los valores de equidad,<sup>25</sup> reciprocidad, corresponsabilidad y solidaridad.<sup>6</sup> Este escenario de confianza incentivaría mayor compromiso y responsabilidad entre actores, fortalecería la transparencia y la rendición de cuentas.<sup>26</sup> De lo contrario, se infiere que existe una confusión en los niveles de responsabilidad de los tomadores de decisiones, y un alcance limitado en ellas, que incide en una respuesta parcial, tanto del sistema sanitario, como de la sociedad ante la Covid-19.

En conclusión, a través del MAG es posible analizar los componentes de la gobernanza en el SNS identificando factores para fortalecerla. Es imperativo establecer los niveles de responsabilidad de todos aquellos que tienen injerencia en el cuidado de la salud pública. Las políticas deben ser adaptadas al contexto social, estructural y funcional del sistema de salud y a las necesidades de atención de la población. Además, es necesario hacer de dominio público dicho plan, para fortalecer la respuesta social.

El análisis se limitó a actores del SNS, no contempló otros actores sociales en las decisiones de salud pública. Este abordaje se consideró esencial para una mejor comprensión de la gobernanza y respuesta ante la ESPII en un futuro.

Evaluar la gobernanza en salud en el contexto público es un proceso complejo pero necesario, para que los

tomadores de decisión vayan incorporando mecanismos de buena gobernanza y sistemas de salud sostenibles.

## Financiación

Este estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), como parte del proyecto “Gobernanza en políticas de salud frente a la pandemia por Covid-19 en México”; número: 313274.

*Declaración de conflicto de intereses.* Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. AlKhalidi M, Kaloti R, Shella D, Al Basuoni A, Meghari H. Health system's response to the COVID-19 pandemic in conflict settings: Policy reflections from Palestine. *Glob Public Health*. 2020;15(8):1244-56. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1781914>
2. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century [Internet]. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2012 [citado junio 9, 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326429>
3. Gale N, Dowswell G, Greenfield S, Marshall T. Street-level diplomacy? Communicative and adaptive work at the front line of implementing public health policies in primary care. *Soc Sci Med*. 2017;177:9-18. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.046>
4. Rai NK, Il-Kwang R, Wulandari EW, Subrata F, Sugihantono A, Sitohang V. Strengthening emergency preparedness and response systems: experience from Indonesia. *WHO South-East Asia J Public Health*. 2020;9(1):26-31. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.282992>
5. Duan T, Jiang H, Deng X, Zhang Q, Wang F. Government intervention, risk perception, and the adoption of protective action recommendations: Evidence from the COVID-19 prevention and control experience of China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):3387. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103387>
6. Khan Y, O'Sullivan T, Brown A, Tracey S, Gibson J, Généreux M, et al. Public health emergency preparedness: a framework to promote resilience. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1-16. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6250-7>
7. Hsiang S, Allen D, Annan-Phan S, Bell K, Bolliger I, Chong T, et al. The effect of large-scale anti-contagion policies on the COVID-19 pandemic. *Nature*. 2020;584:262-7. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2404-8>
8. Tabari P, Amini M, Moghadami M, Moosavi M. International public health responses to COVID-19 outbreak: A rapid review. *Iran J Med Sci*. 2020;45(3):157-69. <https://doi.org/10.30476/ijms.2020.85810.1537>
9. Connolly J. The “wicked problems” of governing UK health security disaster prevention: The case of pandemic influenza. *Disaster Prev Manag*. 2015;24(3):369-82. <https://doi.org/10.1108/DPM-09-2014-0196>
10. Cheng C, Barceló J, Hartnett AS, Kubinec R, Messerschmidt L. COVID-19 Government Response Event Dataset (CoronaNet v.1.0). *Nat Hum Behav*. 2020;4(7):756-68. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0909-7>

11. Hufty M. Governance in Public Health: Towards an analytical framework. *Rev Salud Publica*. 2010;12(supl 1):39-61.
12. Prats J. Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. Marco conceptual y analítico. Madrid: Inter-American Development Bank, 2001.
13. Goodin RE, Klingemann HD, eds. A new handbook of political science. Oxford: Oxford University Press, 1998.
14. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad Saude Publica*. 2006;22(Supl):S35-S45.
15. Díaz-Castro L, Arredondo A, Pelcastre-Villafuerte BE, Hufty M. Indicators of governance in mental health policies and programmes in Mexico: a perspective of key actors. *Gac Sanit*. 2017;31(4):305-12. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.001>
16. Secretaría de Gobernación. Manual de percepciones de los servidores públicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal. México: Diario Oficial de la Federación, 2020 [citado julio 9, 2020]. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5594049&fecha=29/05/2020](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5594049&fecha=29/05/2020)
17. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaut FM, Arreola H, Frenk J. El Sistema de Salud de México. *Salud Publica Mex*. 2011;53(supl 2):220-32.
18. Fouquet A. Diferencias regionales en México: una herencia geográfica y política. En: Guzmán N, ed. Sociedad y Desarrollo en México. Monterrey: Ediciones Castillo/ITESM, 2002:385-402.
19. McMahon M, Nadigel J, Thompson E, Glazier R. Informing Canada's Health System Response to COVID-19: Priorities for Health Services and Policy Research. *Healthc Policy*. 2020;16(1):12-24. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2020.26249>
20. Greer SL, Wismar M, Figueras J, eds. Strengthening Health System Governance. Better policies, stronger performance [Internet]. London: Open University Press, McGraw-Hill Education, 2016 [citado noviembre 30, 2020]. Disponible en: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/307939/Strengthening-health-system-governance-better-policies-stronger-performance.pdf)
21. Shangquan Z, Wang MY, Sun W. What caused the outbreak of COVID-19 in China: From the perspective of crisis management. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3279. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093279>
22. Xu T, Yang R. COVID-19 Epidemic and Public Health Measures in China. *J Epidemiol Glob Health*. 2020;10(2):118-23. <https://doi.org/10.2991/ijeh.k.200421.001>
23. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, de Souza-Filho JA, Rocha A, et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: Potential impacts and challenges in Brazil. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(supl 1):2423-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
24. Makuta I, O'Hare B. Quality of governance, public spending on health and health status in Sub Saharan Africa: a panel data regression analysis. *BMC Public Health*. 2015;15(932). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2287-z>
25. Plamondon KM, Pemberton J. Blending integrated knowledge translation with global health governance: An approach for advancing action on a wicked problem. *Health Res Policy Sys*. 2019;17(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0424-3>
26. Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM, et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. *Health Policy*. 2009;90(1):13-25. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.08.005>