

# GESTIÓN DE CRISIS Y COVID-19 EN LA RESPUESTA DEL GOBIERNO MEXICANO. INSTRUMENTOS DE COORDINACIÓN EN LOS GOBIERNOS SUBNACIONALES\*

CRISIS MANAGEMENT AND COVID-19 IN THE MEXICAN GOVERNMENT RESPONSE.  
INSTRUMENTS OF COORDINATION IN THE SUBNATIONAL GOVERNMENTS

JORGE CULEBRO  
Universidad Autónoma Metropolitana,  
Unidad Cuajimalpa, México  
jcmoreno@cua.uam.mx

BENJAMÍN MÉNDEZ BAHENA  
Instituto Politécnico Nacional, México  
bmendez@ipn.mx

PABLO CRUZ  
Colegio Mexiquense, México  
stolzcross@hotmail.com

## RESUMEN

Este artículo, a partir del uso del análisis institucional, la teoría de la organización y la gestión de crisis, examina las políticas y programas implementados por el gobierno federal mexicano y dos gobiernos subnacionales para enfrentar la crisis derivada del brote de COVID-19. En específico, se busca identificar elementos de coordinación y regulación en Ciudad de México y Jalisco durante la segunda etapa del semáforo epidemiológico, instrumento que dirigió la apertura y cierre de actividades en las sucesivas olas de la pandemia. Este trabajo muestra, por un lado, el papel que juega la gestión de crisis en la solución de problemas complejos. En segundo lugar, se subraya la relevancia de los instrumentos de coordinación entre los distintos niveles de gobierno para enfrentar emergencias.

Palabras clave: Gestión de crisis, Coordinación, Gobiernos subnacionales, COVID-19, México.

## ABSTRACT

This article, using institutional analysis and organizational and crisis management theory, examines the policies and programs implemented by the Mexican federal government and two subnational governments to deal with the crisis resulting from the COVID-19 outbreak. Specifically, it seeks to identify elements of coordination and regulation in Mexico City and Jalisco during the second phase of the epidemiological traffic light, an instrument that directed the opening and closing of activities during the successive waves of the pandemic. This paper shows, on the one hand, the role of crisis management in the solution of complex problems. Secondly, it underlines the relevance of instruments of coordination between different levels of government in dealing with emergencies.

Keywords: Crisis management, Coordination, Subnational governments, COVID-19, Mexico.

---

\* La investigación fue apoyada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México. Convocatoria 2020-1 “Apoyo para Proyectos de Investigación Científica, Desarrollo Tecnológico e Innovación en Salud ante la Contingencia por COVID-19”, Proyecto No. 311798

## INTRODUCCIÓN

La pandemia producto del brote de COVID-19 ha tenido un gran impacto a nivel mundial. Desde que fue declarada emergencia de salud pública por la OMS el 30 de enero de 2020, los países han ido adoptando una serie de medidas encaminadas a reducir el impacto de la crisis y transformar sus sistemas de salud. Se tomaron decisiones y se implementaron políticas y programas que no tenían precedentes. El primer caso confirmado en México fue el 27 de febrero de 2020 (Secretaría de Salud 2020b). A partir de ese momento, el virus se encontró con un sistema de salud no solo fragmentado y desigual (Culebro et al. 2019, Méndez et al. 2021), sino también en un proceso de transformación institucional que concluyó, entre otras cosas, con la desaparición del sistema nacional de protección en salud, conocido como seguro popular, y la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Durante las primeras fases de la pandemia, las respuestas fueron complejas y, en muchos casos, altamente políticas (McConnel y Stark 2021). De esta forma, los estilos de liderazgo y la coexistencia de otro tipo de crisis llevaron a que México se convirtiera en uno de los países más afectados por la pandemia, e incluso hubo ciudades y estados donde la pandemia tuvo mayores estragos, como en el caso de la Ciudad de México. En este artículo damos cuenta de la respuesta de México al COVID-19 en el contexto de la gestión de crisis y los problemas de coordinación a partir del estudio comparado de dos gobiernos subnacionales, además con un énfasis en revisar las políticas gubernamentales en el manejo del COVID-19. El artículo no pretende realizar una evaluación de la gestión gubernamental de frente a la pandemia, sino estudiar la importancia de los instrumentos de coordinación y regulación.

Teórica y metodológicamente, el estudio está respaldado por una combinación de análisis institucional y teoría de la organización, así como por la literatura sobre gestión de crisis (Ansel et al. 2020, Hart et al. 2001, Boin et al. 2020, Boin et al. 2021). Más específicamente, nos preguntamos por la naturaleza y características de las dimensiones organizacionales e institucionales (Olsen 1983) que influyeron en los mecanismos de coordinación y regulación durante el manejo de la crisis del COVID 19 en México en dos gobiernos subnacionales. Realizamos un análisis comparativo (Peters 2013) sobre la segunda etapa de la gestión de crisis en México, en la que se empleó principalmente el uso de semáforos para diseñar políticas a nivel federal y estatal.

El objetivo del artículo es doble. En primer lugar, consiste en analizar los mecanismos de coordinación y regulación en el sistema de salud mexicano durante el brote de COVID 19 como parte de la respuesta de los gobiernos locales. En segundo término, se lleva a cabo un análisis comparativo (Peters 2013, Hupe y Saetren 2015) entre los diferentes niveles de gobierno para examinar las capacidades para enfrentar el brote de COVID 19 en dos gobiernos subnacionales: la Ciudad de México y el Estado de México<sup>1</sup>. El estudio compara la respuesta de los gobiernos locales en términos de programas y políticas durante la segunda fase de gestión de crisis. Los casos de la Ciudad de México y el Estado de México han sido escogidos por su tamaño y densidad de población, que generan la mayor Zona Metropolitana del país, en donde se concentra equipamiento hospitalario. No obstante que el manejo de una pandemia es extremadamente complejo, por su contexto político-administrativo, por su aporte a la economía

---

<sup>1</sup> La República Mexicana se compone de 32 entidades federativas, entre las que se incluye el Estado de México y la Ciudad de México

nacional y porque el tipo de programas y políticas implementadas muestran con claridad la interfase entre el gobierno central regional y el local.

Se examina el desarrollo de la pandemia y los enfoques para abordar la emergencia a nivel local con el fin de extraer lecciones y mejores prácticas de la segunda etapa de gestión de crisis. En general, mostramos que la Ciudad de México creó una especie de máquina engrasada que funcionó como un intermediario entre el gobierno federal y el gobierno del Estado de México, con el fin de coordinar los niveles de gobierno y sus políticas durante la primera etapa de la política de semáforos. Esto sucedió, ya sea como resultado de experiencias de coordinación previas, como por la existencia de una serie de programas en materia de transporte y ambiente, entre otros. Mientras que el Estado de México siguió los principales lineamientos propuestos tanto por el gobierno federal como por el gobierno de la Ciudad de México, en gran medida para evitar tomar acciones que pudieran afectar su legitimidad ante la cercanía de procesos electorales. Esto resultó en la existencia de instrumentos de coordinación que se implementaron con muy pocas dificultades entre estos gobiernos. Sin embargo, también exhibió la forma en la cual la ausencia de contar con un análisis contextual podría conducir a la creación de planes de escritorio que luego debían ser modificados, y que solo funcionaban como una ostentación de la administración, no como una propuesta para resolver problemas particulares del territorio. De alguna forma, estas diferencias pueden explicarse por sus impactos sobre la legitimidad y la capacidad de gobernanza (Boin et al. 2021, Laegried y Rykja 2018).

Metodológicamente, el artículo sigue primero la estrategia de estudios de caso (Ragin 1999, Ragin y Becker 1992) con un número pequeño de casos mediante los cuales se realiza una investigación a profundidad para entender el fenómeno (Hollis 1994) y en la que las interacciones entre el caso en particular y el contexto son relevantes a partir de los enfoques institucionales (Pierson y Skokpol 2002). En segundo lugar, y considerando la perspectiva institucional se lleva a cabo un estudio comparativo (Thelen 1999) de las experiencias de respuesta al COVID-19 en dos entidades en México. Se trata de un análisis comparativo (Liphart 1971) a través del cual se observan las diferencias y similitudes en los casos (Levi-Faur 2006, Anckar 2008). Para la obtención y análisis de los datos se privilegió el uso de herramientas de tipo cualitativo; por un lado, se recopiló información de documentos públicos de las respuestas de las entidades frente al COVID-19, algunos de ellos desde los portales de las dependencias gubernamentales; por otro lado, se estudió también la legislación federal, estatal y local con relación a las competencias y facultades encargados del diseño e implementación de políticas públicas en salud y en gestión de crisis.

El orden de artículo es el siguiente. En la primera parte abordamos el tema de crisis y gestión de crisis desde la teoría de la organizacional y el análisis institucional; en la segunda, se analiza la respuesta del gobierno federal, y posteriormente se presenta el análisis comparativo de las dos entidades. El artículo termina con un conjunto de reflexiones sobre los instrumentos de coordinación, la importancia de los estudios comparativos y la aplicabilidad de estas herramientas para el estudio de las políticas en contexto de pandemia.

## CRISIS Y GESTIÓN DE CRISIS DESDE LA TEORÍA DE LA ORGANIZACIÓN Y EL ANÁLISIS INSTITUCIONAL

Los conceptos de crisis y desastre a menudo se usan indistintamente debido a la gran cercanía entre estos dos términos. Un desastre se refiere a la ocurrencia de un evento que produce daños a las personas e infraestructura, causados por fenómenos naturales, como terremotos, inundaciones, huracanes, entre otros, o por el ser humano, como atentados terroristas, fallas tecnológicas, fallas económicas, entre otros (Boin et al. 2018). Algunos de los ejemplos más claros de la relación entre crisis y desastres son, por un lado, el caso de la explosión de la central de Chernóbil en abril de 1986, que puso de manifiesto la necesidad de mejorar la comunicación y preparación ante este tipo de accidentes (Renn 1990). Por otro lado, el accidente en la planta de Fukushima en marzo de 2011, que, entre otros elementos, demostró la importancia de los mecanismos de regulación en materia energética (Hayashi y Hugues 2013).

Una crisis, por su parte, se refiere a una situación, percepción compartida o construcción sociolingüística sobre una amenaza grave a las estructuras básicas o a las normas y valores fundamentales de un sistema, que requiere acciones urgentes por parte de las autoridades para reducir el impacto y generalmente altera la paz y el orden de las sociedades (Backman y Rhinard 2017, Boin et al. 2005, Christensen et al. 2016, Matthwes 2012). Las crisis pueden afectar en diferentes niveles desde personas y organizaciones hasta sociedades y países (Boin et al. 2005), y además se manifiestan en diversas formas como desastres naturales, ataques terroristas, pandemias, accidentes industriales o de transporte. Sin embargo, debido a la complejidad de los sistemas y su interconexión, tienden a cruzar las fronteras desde límites geográficos, administrativos, de infraestructura y culturales (Boin et al. 2018, Christensen et al. 2016).

En términos de política pública, las crisis juegan un doble papel. Por un lado, para los hacedores de políticas públicas, los actores reguladores y los administradores el desafío es establecer estructuras administrativas adecuadas que faciliten respuestas coordinadas en las que estos actores traten de combinar estabilidad y disponibilidad organizacional, con flexibilidad y eficacia (Christensen et al. 2016). Por otro lado, las crisis representan una fuente de poder ejecutivo para quienes las definen, ya que establecen las estrategias adecuadas para enfrentarlas, por lo que, en ocasiones, las crisis pueden ser construidas conscientemente con el objetivo de generar beneficios políticos (Matthews 2012).

Desde la teoría de la organización y el análisis institucional, la gestión de crisis resalta el papel del gobierno como suma de actividades encaminadas a minimizar el impacto sobre la población, sobre las redes de infraestructura crítica y, en general, sobre las instituciones públicas (Baubion 2012). Bajo estos enfoques, las amenazas y vulnerabilidades deben evaluarse correctamente, procurando evitar cualquier evento que pueda derivar en una crisis a fin de que el bienestar social y la resiliencia de la población no se vean afectados (Boin et al. 2005). De esta forma, las acciones y decisiones adecuadas en la gestión de crisis pueden marcar la diferencia entre un incidente o un desastre completo. Sin embargo, se requiere el uso de dos estrategias: lidiar con los eventos que están sucediendo y contender con la agitación política que ellos mismos provocan (Boin et al. 2018). Además, se espera que, debido a estas actividades, haya mecanismos de aprendizaje a través de los cuales se extraigan las lecciones (Boin et al. 2013).

A partir del análisis institucional se pueden identificar diversos elementos para el estudio de la gestión de crisis en el contexto de COVID-19. Uno de estos se refiere a la importancia de las trayectorias de la dependencia y las coyunturas críticas como variables que pueden explicar el éxito o fracaso de las políticas (Moloney y Moloney 2020). Otro elemento se refiere a los análisis comparativos de políticas públicas, en los que la estructura política administrativa es fundamental para comprender las decisiones y la implementación de las políticas públicas (Del Rosario et al. 2021).

De ahí que una perspectiva institucional sugiere que la gestión eficaz de la crisis se puede evaluar a través del liderazgo en la implementación de diez tareas básicas: reconocimiento temprano; crear significado; tomar decisiones críticas o estratégicas; orquestar la coordinación horizontal y vertical; acoplamiento y desacoplamiento; generar significado; comunicación; responsabilidad; aprendizaje; mejorar la resiliencia (Boin et al. 2018). La gestión de crisis involucra una gran diversidad de actores con diferentes intereses, prioridades, lógicas y valores, como actores del sector privado o ciudadanos (Baubion 2012). En este sentido, además de las tareas, se reconocen al menos tres etapas de gestión de crisis en el gobierno: 1) precrisis (precondiciones); 2) gestión de crisis (evento); y 3) postcrisis. Dentro de ellos se puede ubicar una fase de: 1) detección; 2) preparación; 3) contención del daño; 4) recuperación; y 5) aprendizaje (Crandall et al. 2013). En nuestro caso, nos centraremos en la etapa de preparación y contención del daño.

Desde el nuevo institucionalismo y en particular desde el histórico una diversidad de estudios sobre COVID-19 dirigen la atención hacia el análisis las instituciones y sus interacciones con otras políticas y programas que dan forma al comportamiento de los principales actores. De esta manera, se pueden identificar con mayor precisión el papel que juegan la estructura del sistema de salud del país, así como la regulación en el gasto y los problemas de gestión (Del Rosario et al. 2021). Además, con el empleo del nuevo institucionalismo histórico se resaltan variables como el equilibrio puntuado y los procesos históricos anteriores para explicar el éxito o fracaso de las respuestas a la pandemia el cual puede ser el resultado de políticas de cuarentena previas, evolución institucional y alteraciones a mitad de la pandemia de la respuesta nacional clave a la pandemia y el llamado equipaje histórico (Moloney y Moloney 2020).

La coordinación, en un contexto de crisis, se refiere a la cooperación vertical y horizontal entre diversos actores y organizaciones, con el fin de generar un comportamiento sincronizado capaz de implementar de manera efectiva las políticas o decisiones diseñadas para enfrentar un evento crítico, a pesar de la presencia de comportamientos y prácticas rutinarias en las organizaciones (Boin et al. 2018). De hecho, la falta o débil coordinación es precisamente una variable a la que se atribuyen muchos de los fracasos en la respuesta a la crisis. En principio, es también una forma de integrar actividades según determinados criterios como función, territorios y que en situaciones de crisis adquiere el carácter de contingente asociado al diseño organizativo (Kettl 2003).

La gestión de la crisis derivada de la pandemia del virus SARS-CoV2 (COVID-19) ha desafiado tanto las capacidades gubernamentales como, por ejemplo, la legitimidad, así como las estructuras y recursos disponibles para enfrentar el crítico evento. La crisis también ha impactado la percepción y los medios de cómo el gobierno enfrenta los hechos, ya que tales aspectos influyen en la forma en que los actores políticos y administrativos enfrentan la crisis (Christensen y Laegreid 2020). En este sentido, debido a la presión social hacia los actores políticos durante

la eventualidad, existió una gran tentación de tomar medidas impulsivas, rápidas, amplias y llamativas (Boin et al. 2020) que pueden no traer los beneficios esperados. La larga duración de la crisis del COVID-19 es un factor para diferenciar los dos primeros momentos clave en su gestión, las respuestas iniciales y el periodo de adaptación.

En la siguiente sección se presenta la respuesta del gobierno federal en México, así como de dos entidades subnacionales: el gobierno de la Ciudad de México y el Estado de México.

## COORDINACIÓN Y LA RESPUESTA DEL GOBIERNO FEDERAL EN MÉXICO

En términos generales, el sistema de salud en México se divide horizontalmente en dos grandes áreas del sistema público. En primer lugar, para quienes cuentan con seguridad social existen dos instituciones: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); y para los que no están cubiertos, el gobierno brinda los servicios a través del INSABI. A nivel vertical, cada una de las 32 entidades federativas cuenta con sus propios sistemas de protección y seguridad social con distintas modalidades. Por las características del sistema federal y la distribución de competencias, los gobiernos subnacionales juegan un papel muy importante en la gobernanza del sistema de salud, en la medida en que son considerados autoridades sanitarias, incluso con funciones de regulación y supervisión en sus respectivas áreas.

La crisis sanitaria encontró un sistema de salud fragmentado, desigual y debilitado producto de un reciente proceso de transformación y rediseño institucional (Nieva 2020, Bode y Culebro 2018, Sánchez 2022). Este proceso centralizó los servicios de salud, y el llamado “Seguro Popular”, es decir, seguro de salud que prestaba servicios de salud a la población que no estaba cubierta por las instituciones de seguridad social desapareció. Si bien esta transformación dio origen a una nueva organización a través del INSABI, se han registrado menores tarifas de servicio y mayores gastos de bolsillo, aunque posteriormente se transformó en el IMSS-Bienestar (CIEP 2021a, CIEP 2021b).

Además, para febrero de 2022 se anunció la federalización de los servicios de salud, mediante la cual se solicitó al IMSS la cesión de parte de su infraestructura para la prestación de servicios de seguridad y protección social a la población que no pertenecía a un sistema de salud seguridad Social. Con esto desapareció en INSABI y se creó el IMSS-BIENESTAR.

La primera fase de la respuesta representó un escenario de máxima incertidumbre sobre el alcance e impacto de la crisis en diferentes sectores. La mayoría de los gobiernos nacionales comenzaron los preparativos para enfrentarlo, mientras intentaban definir con mayor claridad acciones inmediatas, lo que en algunos casos los tomó por sorpresa, como en China, Italia y España. Por otro lado, otros gobiernos implementaron políticas de carácter regulatorio. Ejemplos de ello fueron el desprecio de Trump y Bolsonaro por la peligrosidad del virus, al que compararon, por diferentes razones, con una pequeña gripe (Rucker y Cosata 2020, Paton et al. 2020). Otros como México, aunque también minimizaron el impacto de la crisis (Rentería y Arellano 2021), dispusieron de dos meses de ventaja para observar la evolución de la pandemia y diseñar elementos centrales de su gestión de crisis.

Para efectos analíticos, en México, la estrategia se puede dividir en tres fases. En la primera etapa, conocida como “Campaña Nacional de Sana Distancia”, se restringieron las actividades

reduciendo la presencia de personas en los espacios públicos para disminuir la velocidad de contagio y reducir el número de pacientes hospitalizados (DOF 2020a, DOF 2020b). Incluía tres medidas centrales no destinadas a prohibir la movilidad de los ciudadanos, a quienes se invitaba a colaborar estando en casa: suspensión de actividades en el sistema educativo, cierre temporal de empresas definidas como no esenciales e interrupción de actividades recreativas. Durante los primeros tres meses, cerca de 80.000.000 de personas, equivalentes a dos tercios de la población total nacional, fueron retiradas del espacio público, lo que permitió de acuerdo con las autoridades “aplanar la curva” de tal forma que con los programas y políticas se podrían reducir los casos hasta en un 46% (Valdes 2021: 84, Méndez et al. 2021). Este resultado es notable en un país donde el 56,2% de la población realiza actividades de la economía informal (INEGI 2019). Al mismo tiempo, se llevó a cabo un proceso de reconversión, adecuando “...áreas hospitalarias distintas a la unidad de cuidados intensivos para convertirlas en unidades de cuidados para pacientes que requieran o puedan requerir soporte crítico” (Secretaría de Salud 2020a, 2021) que incrementó más de cinco veces las camas de cuidados generales y más de tres veces las camas con ventilador para tratar los pacientes con COVID-19.

Un elemento fundamental en la estrategia federal fue la comunicación para generar sentido frente a la crisis (Boin et al. 2013), al establecer la conferencia vespertina diaria de una hora en televisión abierta, impartida por el equipo de epidemiólogos de la Secretaría de Salud Federal (Secretaría de Salud 2020b, 2021), que dio a conocer el reporte “COVID-19 México. Comunicado Técnico Diario” (<https://coronavirus.gob.mx/>). La base de datos diaria fue difundida y decenas de documentos oficiales creados por grupos de médicos especialistas e investigadores de instituciones públicas, quienes crearon modelos de comportamiento y predicción estadística.

El 13 de mayo de 2020 se inició la segunda etapa en la gestión de crisis, denominada “nueva normalidad”, un proceso paulatino de apertura y vuelta al confinamiento mediante la autorización de aforo parcial a los establecimientos. Su cambio fundamental radica en incorporar a la gestión a los gobiernos subnacionales de manera más ejecutiva en su calidad de autoridades de salud, a través de un decreto federal (DOF 2020a) que estableció los lineamientos para la operación de un sistema de semáforos quincenales con cuatro niveles de riesgo: máximo (rojo), alto (naranja), moderado (amarillo) y bajo (verde) determinados por un índice compuesto por diez indicadores: “1.El número de reproducción efectiva ( $R_t$ ) de COVID-19; 2. Tasa de incidencia de casos estimados activos por 100 mil habitantes; 3. Tasa de mortalidad por 100 mil habitantes; 4. Tasa de casos hospitalizados por 100 mil habitantes; 5. Porcentaje de camas generales ocupadas en los hospitales de la Red hospitalaria para la atención de IRAG (Red IRAG); 6. Porcentaje de camas con ventilador ocupadas en los hospitales de la Red IRAG; 7. Porcentaje semanal de positividad al virus SARS-CoV-2; 8. Tendencia de casos hospitalizados por 100 mil habitantes; 9. Tendencia de casos de síndrome COVID-19 por 100 mil habitantes; y 10. Tendencia de la tasa de mortalidad por 100 mil habitantes” (Secretaría de Salud 2020b: 11), calculado por el gobierno federal mediante un mecanismo consensuado con los gobiernos subnacionales (Secretaría de Salud 2020b) a partir de los datos que cada hospital y autoridad sanitaria subnacional registraban en la plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) (<https://www.sinave.gob.mx/>) para crear la base de datos nacional, misma que era verificada con cada una de las 32 entidades cada lunes en reunión virtual de todos los gobiernos subnacionales con el gobierno federal, antes de ser anunciada los martes.

A partir del semáforo, los gobiernos subnacionales, en su papel de autoridades sanitarias, decretaron la apertura o cierre de actividades, así como el aforo. Al principio, apegados a los lineamientos, y posteriormente haciendo algunas excepciones. Después de varias semanas, se acordó modificar el semáforo para no aplicar un mismo color en todo el territorio de cada entidad federativa, sino diferente en cada municipio, bajo el mismo mecanismo del semáforo, reconociendo el comportamiento diferenciado, especialmente en entidades como Chihuahua que cuentan con una extensión de 247.000 km<sup>2</sup>, equivalente a un poco menos del doble de Nicaragua o al territorio de varios países de Europa.

La adopción de ese mecanismo permitió anticipar el comportamiento de las oleadas desde su inicio, para desplazar médicos, enfermeras, medicamentos, equipo especializado, en algunos casos la instalación de carpas para atención provisional y el traslado a unidades de terapia intensiva, ubicadas en ciudades cercanas de algunas decenas de pacientes en las entidades con una anticipación aproximada de una semana al pico que significa un mayor número de contagiados. En este momento, los gobiernos municipales tuvieron mayor injerencia al establecer medidas específicas en mercados, tianguis, pulperías, cementerios, ferias, entre otros, aunque ellos carecen en México de competencias sanitarias. Estas medidas de coordinación atenuaron temporalmente la marcada fragmentación del sistema de salud mexicano.

#### LA SELECCIÓN Y EL CASO DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

El reporte semanal del 9 de mayo de 2023 (Comunicado Técnico 2023) señala que oficialmente desde marzo de 2020 hasta esta fecha en México se contagiaron 7.595.863 personas. De ellos, 1.893.305, equivalentes a 24,7% del total nacional enfermaron en la Ciudad de México (CDMX) y 757.434.00 en el estado de México, equivalentes a 10% del total. Ambas entidades suman 34% del total de contagiados.

Respecto de los fallecimientos vinculados a la pandemia, el total nacional ascendió a 333.961. De ellos, en la Ciudad de México, ocurrieron aproximadamente 58.160, que representan 17% del total, mientras en el estado de México los decesos sumaron 35.514, que son 11% del total. La suma en ambas entidades es 28% del total nacional.

Esto ocurre así porque ambas entidades forman parte de la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM), la más grande concentración de población del país, formada por la Ciudad de México, 59 municipios del estado de México y uno del estado de Hidalgo, en donde viven casi 22.000.000 de personas (17.4% de los 126.000.000 del país) (INEGI 2021). En el Mapa 1 se observa la ubicación de esta urbe y su composición, en donde se aprecia que no todo el territorio del estado de México forma parte de ella. En esa porción radican aproximadamente 5 millones de personas.

En la ZMVM, cuya densidad es de 2.559 hab/km<sup>2</sup> (INEGI 2021), se localiza la capital nacional y por ende el mayor conjunto de agencias de gobierno. También las más grandes instituciones educativas, extensas áreas de corporativos empresariales, un gran número de zonas comerciales, así como mayor infraestructura de salud del país (Culebro et al. 2019), a la cual acudieron decenas de miles de contagiados procedentes de todo el país.



En este territorio, casi tan poblado como la Zona Metropolitana de Sao Paulo, en Brasil, han desarrollado a lo largo de la historia un conjunto de instrumentos de coordinación previos a la pandemia en áreas como transporte, medio ambiente, reducción de la contaminación (Navarro 2019), planeación (Hernández y Miranda 2009) comisiones de coordinación ad hoc (Ugalde 2007). Los antecedentes se remontan a 1979 con el Programa Coordinado para Mejorar la Calidad del Aire en el Valle de México (Duhau 1993) seguida en 1994 con la creación de las comisiones de Agua y Drenaje (CADAM) la Comisión Metropolitana de Transporte y Vialidad (COMETRAVI) y la Comisión Metropolitana de Seguridad Pública y Procuración de Justicia (CMSP y PJ). En 2005 se creó la Comisión Ejecutiva de Coordinación Metropolitana (Duhau 1984). La Ley General de Asentamientos Humanos de 1976 reconoció la conurbación (DOF 1976). La Ley General de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano de 2016 obliga a coordinar la planeación en zonas metropolitanas (DOF 2016). En la Ciudad de México existe una Ley de Coordinación Metropolitana (Gaceta 2020). Empero, con todos estos instrumentos, los resultados han sido escasos por falta de voluntad política. En el ámbito de los servicios de salud, las dos entidades poseen competencias como autoridades sanitarias.

Por las razones expuestas, este trabajo, dirige su mirada a explorar ambas entidades.

Mapa 1: Estado de México y Ciudad de México



*Fuente: Elaboración propia.*

La segunda fase, en la que nos centramos en este artículo, surge una vez que los gobiernos han enfrentado la pandemia y se han encargado de tratar de aprender de las lecciones e implementar

las medidas necesarias para volver a una especie de normalidad. En algunos casos, esto estuvo marcado por la incapacidad de aplanar la curva de contagios y, por lo tanto, la presencia de una nueva ola de contagios (Boin y Hart 2020). De acuerdo con los criterios establecidos en el apartado teórico, en México, la segunda fase de la pandemia abarca el período del 31 de mayo de 2020 al 23 de diciembre de 2020, cuando surgió la segunda ola al mismo tiempo que se inició la vacunación de contagios. Su principal característica, desde esta perspectiva, fue la creación e implementación de políticas subnacionales, las cuales debían estar alineadas con la estrategia nacional marcada por el semáforo. Estas acciones respondieron a las necesidades de cada entidad, así como a las lecciones aprendidas durante el transcurso de la pandemia. Así, a diferencia de la primera etapa, de dos meses de duración, en la que se dispuso el escenario para enfrentar una larga crisis y durante la cual los gobiernos subnacionales en general solo replicaron las medidas dictadas por el gobierno federal, en la segunda comienzan a aflorar los estilos de los gobernadores, sus posiciones políticas a favor o en contra de la estrategia nacional y las presiones que sobre ellos ejercían los actores de cada entidad.

En cuanto a la preparación, es importante establecer tres factores contextuales. El primero se refiere a la descentralización del sistema de salud iniciada en 1983, que creó los sistemas estatales de salud, transfiriendo la responsabilidad de planificarlos, organizarlos y desarrollarlos a las entidades federativas, conservando el liderazgo normativo en el gobierno federal (DOF 1983, DOF 1984). Por lo tanto, los gobernadores serán actores clave en la segunda etapa. Los resultados de esta descentralización son controvertidos (Laurel 2020, Laurel y Ronquillo 2010, Laurel 2019, Frenk et al. 2019, Arellano et al. 2015). El segundo factor son los desafíos de coordinación que impone la existencia de un sistema de salud fragmentado con agencias de salud administradas por gobiernos subnacionales y otras por el gobierno federal (Culebro et al. 2019). De este modo, en el grupo que corresponde al gobierno federal, existen actualmente seis agencias encargadas de brindar servicios de salud a diferentes segmentos de la población. En el grupo de gobiernos subnacionales hay 32 agencias de salud y hospitales. Además, existen 33 unidades de atención en universidades públicas de todo el país. Por lo tanto, es complejo diseñar y aplicar políticas nacionales de salud. El tercer factor de contexto se refiere al inicio del gobierno de Andrés Manuel López Obrador en diciembre de 2018, quien desaparece el Seguro Popular y crea el INSABI (DOF 2019), reforma que pretende crear un Sistema Único de Salud (SUS) a nivel nacional con financiamiento público, universal y gratuito. Por lo tanto, es complejo diseñar y aplicar políticas nacionales de salud.

Para este trabajo se eligieron dos entidades, la Ciudad de México y el Estado de México. Es importante mencionar que durante esta etapa las dos entidades eran gobernadas por partidos políticos distintos. El Estado de México era gobernado por Alfredo del Mazo que pertenecía al Partido Revolucionario Institucional (PRI) opositor al Movimiento de Regeneración Nacional (MORENA) al cual pertenece Claudia Sheinbaum Jefa de Gobierno de la Ciudad de México. En la Ciudad de México, el gobierno está cerca del gobierno federal. En el Estado de México, en cambio, hay un miembro del anterior partido gobernante a nivel nacional.

En esta segunda etapa, los estados emitieron sus propios planes y políticas. En el caso del Estado de México se denominó Plan Retorno Seguro organizado en cuatro ejes principales: 1) la salud como prioridad; 2) reapertura gradual y ordenada; 3) movilidad segura; y 4) reapertura coordinada con la Ciudad de México; Este último eje tiene como objetivos armonizar la reapertura de actividades y las medidas para su funcionamiento y decisiones coordinadas para la

movilidad. Este plan fue implementado desde la Secretaría de Salud del Estado de México e intervinieron otras secretarías como la Secretaría de Economía, Secretaría de Movilidad y la Secretaría de Educación. En el caso de la Ciudad de México, se denominó Plan Gradual hacia la nueva normalidad, como un sistema a coordinar con el gobierno federal y de acuerdo a indicadores principalmente de ocupación hospitalaria. Al igual que el Estado de México, secretarías como Salud, Movilidad y Educación del gobierno de la Ciudad de México tuvieron un papel importante, aunque también se buscó la coordinación con organismos de carácter federal. (Gaceta Oficial del Estado de México 2021).

En la ciudad y el Estado de México, dado que ambas entidades comparten área metropolitana, la implementación de las políticas estuvo marcada por la necesidad de realizar acciones coordinadas basadas en la experiencia. Una de las políticas más representativas en términos de coordinación y características normativas y regulatorias fue la implementación sincronizada del semáforo epidemiológico pues, si bien ambas entidades ejecutaron la medida con características particulares, la esencia de la política fue la misma, implementar un sistema de vigilancia de contagios y riesgo epidemiológico básicamente compartido entre ambas entidades.

A través de este plan, se crea un sistema de semáforos para señalar el desarrollo de la epidemia, mediante cuatro colores atribuidos a un determinado nivel de riesgo, que básicamente replican la metodología del gobierno federal. El primer color, el rojo, significa un nivel máximo de alerta sanitaria en el que solo pueden participar las llamadas actividades esenciales y los nuevos esenciales –construcción, minería y fabricación de equipos de transporte–, pequeños comercios donde no se genere aglomeración de personas, industrias manufactureras y diversos tipos de actividades relacionadas con los servicios, podrían entrar en funcionamiento si se siguieran las medidas sanitarias preventivas establecidas: uso de cubre bocas, aforo del 30% en las actividades de servicios, respetar la distancia de 1,5 y 2 metros entre trabajadores.

El segundo color es el naranja, y significa tener un alto riesgo sanitario donde, además de las medidas anteriores, incluye la apertura de los servicios religiosos al mismo aforo. Por su parte, el tercer color, amarillo, es sinónimo de riesgo sanitario intermedio, que incluye las actividades contempladas por los colores anteriores, así como la reapertura de museos, cines, teatros, entre otros, pero al 60% de su capacidad total. Finalmente, en un escenario de bajo riesgo para la salud, el color utilizado será el verde y no habrá restricciones en los establecimientos indicados, además de que se podrán reanudar las actividades educativas, si así lo determinan las autoridades sanitarias y educativas autoridades correspondiente. Además, se propuso la división del territorio en cuatro zonas, dos de las cuales son las zonas metropolitanas de Toluca y Ciudad de México.

Como se puede apreciar, el gobierno del Estado de México presenta a la población un plan acorde a lo establecido por las autoridades federales, que muestra las distintas etapas previstas para el regreso a la normalidad. Sin embargo, con el desarrollo de la crisis, dicho plan presentado en mayo enfrentó interrupciones debido a que a partir del 17 de agosto las autoridades tomaron la decisión de adoptar medidas de color amarillo, es decir, se permitió la apertura de museos, cines y gimnasios, siempre y cuando se cumplan las medidas de higiene como como mantener la distancia indicada anteriormente, así como la higiene de manos (Animal Político 2020). No solo eso, la división del territorio en cuatro áreas, también presentó alteraciones porque después el gobierno del estado de México presentó un seguimiento del sistema de semáforos por municipios y no por áreas, como se había propuesto, sin explicar la razón, lo que puede ser una

evidencia de cómo una política diseñada únicamente para la vía regulatoria, desde un escritorio y sin el aspecto de flexibilidad de la normativa, puede no corresponder a la realidad, debe ser modificada y, con ello, se incrementa la incertidumbre existente en un escenario de crisis. De la misma forma en que el aprendizaje social se ve afectado y organizacionales, provenientes de la implementación constante de una política, aspectos relevantes en la gestión de crisis. Lo anterior no sólo contribuye al incremento de la incertidumbre existente en un escenario de crisis, sino que también afecta el posible conocimiento que las organizaciones públicas pueden adquirir gracias a la creación e implementación de políticas en un escenario crítico.

En la ciudad de México, la existencia de dieciséis alcaldías facilitó segmentar el territorio; pero el rasgo distintivo fueron las brigadas de detección calle por calle y la instalación de quioscos con miles de pruebas gratuitas, que permitieron atacar puntualmente las zonas en que surgía el mayor contagio. Este giro hacia la prevención a nivel comunitario representó una pequeña discrepancia con el gobierno federal, que no tenía posibilidad de aplicar masivamente pruebas.

Otra dimensión en la que existen algunas diferencias entre los dos gobiernos subnacionales es en el tipo de apoyo durante la pandemia. De acuerdo a los datos proporcionados por el Laboratorio Nacional de Políticas Públicas para el caso del Estado de México, se pueden identificar un total de 15 instrumentos de apoyo al 31 de julio de 2021, de los cuales 8 son fiscales, 6 de asistencia social y uno de los mercados laborales, de estos 9 son de apoyo económico, 3 de incentivos fiscales, 2 de apoyo alimentario y uno de crédito, de los cuales 11 reciben recursos del Estado. En tanto, en la Ciudad de México se otorgaron un total de 29 subsidios, de estos 13 son fiscales, 11 de asistencia social, 7 de seguridad social y 4 de los mercados de trabajo. En cuanto al tipo de apoyo, 20 son económicos, 5 de estímulo fiscal, uno de apoyo alimentario, 6 de otro apoyo y 3 créditos, y en cuanto a la fuente, solo se identificaron 16 cuyo origen de los recursos proviene de la Ciudad de México (Laboratorio Nacional de Políticas Públicas <https://www.cide.edu/investigacion/lnpp/>). La diferencia radica en que en la ciudad de México los apoyos individuales se entregaron en domicilio, al detectar el contagio mediante consulta telefónica, mientras en el estado de México se debían tramitar. En los apoyos a empresas, en la ciudad de México se entregaron solo a pequeñas empresas, en tanto el estado de México no realizó distinción.

## CONCLUSIONES

A lo largo de este artículo hemos presentado las estrategias del gobierno mexicano para enfrentar la crisis; primero desde el nivel federal y luego la experiencia de dos gobiernos subnacionales. El enfoque de gestión de crisis ha sido de gran utilidad, en primer lugar, para analizar el papel de la autoridad en la respuesta a la pandemia y, en segundo lugar, para identificar las diferentes etapas y actores. De allí que la administración pública juega un papel relevante en la gestión de crisis, por lo que es necesario reflexionar sobre el análisis y las políticas y programas.

El propósito del artículo ha sido analizar los instrumentos de regulación y coordinación de dos gobiernos subnacionales a partir de la respuesta de México frente a la pandemia de COVID-19 con especial énfasis en la implementación de los programas y políticas desde el gobierno federal. Para llevar a cabo lo anterior ha sido útil las herramientas de la teoría de la organización y el análisis institucional, en particular del institucionalismo histórico, en la medida en que se ha resaltado la importancia del contexto político administrativo dentro del cual han tomado lugar

las políticas, así como explicar el comportamiento de los gobiernos subnacionales a partir de experiencias previas.

Además, en el caso particular de la política del semáforo epidemiológico, éste se implementó en un sistema de salud que no sólo estaba fragmentado y desigual, sino que también estaba en proceso de transformación institucional, y en el que incluso se ha transitado hacia un proceso de reestructuración del nuevo organismo como el INSABI y su relación con el IMSS, como respuesta a los fracasos de la creación del INSABI. Esto afectó, por un lado, la gestión de crisis durante la pandemia, y por otro, la capacidad institucional del Estado para responder a la crisis y que pueden afectar otras áreas.

En este mismo sentido, el enfoque de crisis también sugiere la necesidad de generar programas que permitan una mayor integración de las políticas, de tal forma que, desde una perspectiva más estructural, se logre un equilibrio entre las decisiones de centralización en situaciones de emergencia con la descentralización de funciones para responder más eficazmente a las necesidades. Por lo tanto, uno de los principales retos es poder satisfacer las expectativas de los ciudadanos en un sistema fragmentado.

Sobre el tema de la coordinación, el artículo ha puesto de manifiesto la importancia del papel que juega la coordinación horizontal y vertical entre niveles de gobierno y que puede variar según las fases, además de aportar lecciones importantes para una crisis de más largo plazo y en la que parece que la coordinación va tomando distintas formas a medida que avanza la pandemia y otros programas como la vacunación.

Existen dos elementos que contribuyen a la literatura. El primero de ellos es la relevancia de los instrumentos de coordinación en el contexto de la gestión de crisis, aunque esto no necesariamente resulte en la disminución del impacto tal y como sucedió entre estas dos entidades federativas. En segundo lugar, el texto enfatiza el papel de los estudios comparativos y el análisis institucional para comprender las respuestas de política frente a una crisis. Así, al igual que otros estudios comparados sobre COVID-19, el artículo destaca la importancia del contexto político administrativo dentro del cual se implementan políticas y programas, sobre todo cuando se emplean herramientas teóricas del nuevo institucionalismo histórico tales como las coyunturas críticas o las trayectorias de la dependencia. Estos análisis comparativos pueden ser de países que comparten características similares y con experiencias históricas de colaboración (Gordon et al. 2021). Esto ha sido el caso de la organización administrativa tanto de la Ciudad de México como del Estado de México, en donde han compartido experiencias previas de coordinación en los programas como por ejemplo en cuestiones de vialidad y ambiente, y en otras áreas ha armonizado esquemas regulatorios, lo que les permitió mejorar la cooperación y la implementación de algunas de las políticas de aislamiento. De ahí que algunas de las lecciones extraídas sugieren que las instituciones de salud pueden rediseñar sus mecanismos de gobernanza al garantizar un sistema de salud una gestión eficiente de las futuras pandemias.

## REFERENCIAS

- Ankar, C. (2008). On the applicability of the most similar systems design and the most different systems design in comparative research. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(5), 389-401.
- Animal Político (2020). CDMX se queda en naranja: en Edomex abren cines, museos y gimnasios. *Animal Político*, 14 de agosto. Disponible en: [https://www.animalpolitico.com/2020/08/cdmx-semaforo-naranja-edomex-abren-cines-museos-gimnasios/\[01-06-2023\]](https://www.animalpolitico.com/2020/08/cdmx-semaforo-naranja-edomex-abren-cines-museos-gimnasios/[01-06-2023]).
- Arellano D, Culebro J., Blanco F., Zamudio E. (2015). *Política de salud y Desempeño Organizacional. El Seguro Popular en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Backman, S y Rhinard, M. (2017). The European Union's capacities for managing crises. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 26(2), 1-11.
- Baubion C. (2012). *OECD Risk Management: Strategic Crisis Management*. París: OECD.
- Bode, I., y Culebro M, J. (2018). Paradoxical internationalization: Regulatory reforms in the Mexican health-care system through the lens of European experience. *Politics & Policy*, 46(4), 678-710.
- Boin A., Hart P. y Kuipers S. (2018). The crisis approach. En Rodríguez, H., Donner, W., Joseph E. (Eds), *Handbook of Disaster Research*. Cham: Springer.
- Boin, A. Hart P., Stem E. y Sundelius B. (2005). *The Politics of Crisis Management*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boin, A., Kuipers, S. y Overdijk, W. (2013). Leadership in times of crisis: A framework for assessment. *International Review of Public Administration*, 18(1), 79-91.
- Boin, A., Lodge, M. y Luesink, M. (2020). Learning from the COVID-19 crisis: an initial analysis of national responses. *Policy Design and Practice*, 3(3), 189-204.
- Boin, A., McConnell, A. y Hart, P. (2021). *Governing the pandemic: The politics of navigating a mega-crisis*. Cham: Springer.
- Boin, A., y Hart, P. (2020). Beyond COVID-19: Five commentaries on expert knowledge, executive action, and accountability in governance and public administration [chapter: Shaping the long shadows of COVID-19: three challenges for Governments]. *Canadian Public Administration*, 63(3), 339-368.
- Christensen, T., Danielsen, A., Laegreid, P. y Rykja, L. (2016). Comparing coordination structures for crisis management in six countries. *Public Administration*, 94(2), 316-332.

- Christensen, T. y Lægreid, P. (2020). Balancing governance capacity and legitimacy: how the Norwegian government handled the COVID-19 crisis as a high performer. *Public Administration Review*, 80(5), 774-779.
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) (2021a). *De seguro popular a INASABI: Mayor población con menor atención*. Disponible en: <https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion/> [01-06-2023].
- \_\_\_\_ (2021b). *Eficiencia del gasto en salud: Compra consolidada de medicamentos*. Disponible en: <https://ciep.mx/eficiencia-del-gasto-en-salud-compra-consolidada-de-medicamentos/> [01-06-2023].
- Crandall, W., Parnell, J. y Spillan, J. (2013). *Crisis management: Leading in the new strategy landscape*. Boca Ratón: Sage.
- Culebro, J., Méndez, B. y Cruz, P. (2019). Coordination and regulation in crisis management. Response of the health sector to disasters. The case of the 2017 earthquake in Mexico City. *International Public Management Review*, 19(2), 47-65.
- Del Rosario, P., Ofilada, F. y Vicente, R. (2021). Comparative study on Vietnam's and Philippines' COVID-19 response using historical institutionalism. *International Journal of Health Governance*, 26(4), 418-431.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (1976). Ley General de Asentamientos Humanos.
- \_\_\_\_ (1983). *Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece las bases para el Programa de Descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia*. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/index\\_111.php?year=1983&month=08&day=30](https://www.dof.gob.mx/index_111.php?year=1983&month=08&day=30) [01-06-2023].
- \_\_\_\_ (1984). Decreto por el que se descentralizan a los Gobiernos Estatales los servicios de salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los Estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por participación Comunitaria denominada "IMSS-COPLAMAR ", proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- \_\_\_\_ (2016). Ley General de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano.
- \_\_\_\_ (2020a). *Acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deben implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19)*. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/20](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/20) [01-06-2023].
- \_\_\_\_ (2020b). *Acuerdo por el que se establece una estrategia para la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas, así como un sistema de semáforo por regiones para evaluar semanalmente el riesgo epidemiológico relacionado con la reapertura de actividades en cada entidad federativa, así como*

*se fundamentan acciones extraordinarias.* Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5593313&fecha=14/05/2020](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593313&fecha=14/05/2020) [01-06-2023].

Duhau E. (1984). Instancias locales de gobierno y gestión metropolitana. En Garza, G. y. Rodríguez, F. (Comps.), *Normatividad urbanística, en las principales metrópolis de México*, México: El Colegio de México.

——— (1994). Planeación urbana y políticas medioambientales. En Coulomb, R. y Duhau, E. (Comps.), *Dinámica urbana y procesos sociopolíticos*. México: Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco.

Frenk, J, Dantés, O, Arreola, H, y Knaul, F. (2019). Instituto de Salud para el Bienestar: vino Viejo en botella rota. *Nexos*, 1 de noviembre. Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=45491> [01-06-2023].

Gaceta Oficial de la Ciudad de México (2020). Ley de Coordinación Metropolitana de la Ciudad de México. Disponible en: [https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/leyes/LEY\\_DE\\_COORDINACION\\_METROPOLITANA\\_DE\\_LA\\_CIUADAD\\_DE\\_MEXICO\\_3.1.pdf](https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/leyes/LEY_DE_COORDINACION_METROPOLITANA_DE_LA_CIUADAD_DE_MEXICO_3.1.pdf) [01-06-2023].

——— (2021). Periódico oficial. Gaceta del gobierno, 15 de octubre. Disponible en: <https://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/gct/2021/oct152.pdf> [01-06-2023].

Gordon, D., Grafton, R. y Steinshamn, S. (2021). Cross-country effects and policy responses to COVID-19 in 2020: The Nordic countries. *Economic Analysis and Policy*, 71, 198-210.

Hart, P., Heyse, L. y Boin, A. (2001). Guest editorial introduction. New trends in crisis management practice and crisis management research: Setting the agenda. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 9(4), 181-188.

Hayashi, M. y Hughes, L. (2013). The policy responses to the Fukushima nuclear accident and their effect on Japanese energy security. *Energy Policy*, 59, 86-101.

Hernández, M. y Miranda, A. (2009). Organizaciones gubernamentales para la planeación urbana en la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM). *Espacios Públicos*, 12(26), 243-260.

Hollis, M. (1994). *The philosophy of social science: An introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hupe, P. y Sætren, H. (2015). Comparative implementation research: Directions and dualities. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 17(2), 93-102.



- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2019). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), trimestre cuarto. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enoe/15ymas/doc/resultados\\_ciudades\\_enoe\\_2019\\_trim4.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enoe/15ymas/doc/resultados_ciudades_enoe_2019_trim4.pdf) [01-06-2023].
- (2021). Censo de Población y Vivienda 2020. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/default.html#Resultados\\_generales](https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/default.html#Resultados_generales) [01-06-2023].
- Kettl, D. (2003). Contingent coordination: Practical and theoretical puzzles for homeland security. *The American Review of Public Administration*, 33(3), 253-277.
- Lægreid, P. y Rykkja, L. (2019). Societal security and crisis management. *Governance capacity and legitimacy*. Cham: Springer
- Laurell, A (2019). Ofuscación ideológica o simples mentiras. *La Jornada*, 12 de noviembre. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2019/11/12/opinion/a03a1cie> [01-06-2023]
- (2020). ¿Hacia un Sistema Único de Salud? *La Jornada*, 10 de septiembre. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/09/10/opinion/a03a1cie> [01-06-2023]
- Laurell, A. y Ronquillo, J. (2010). La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva*, 6(2), 137-148.
- Levi-Faur, D. (2006). A question of size? A heuristic for stepwise comparative research design. En Rihoux, B. y Grimm, H. (Eds), *Innovative comparative methods for policy analysis: Beyond the quantitative-qualitative divide*. Boston: Springer.
- Lijphart, A. (1971). Comparative politics and the comparative method. *American Political Science Review*, 65(3), 682-693.
- Matthews F. (2012). Governance, governing and the capacity of executives in times of crisis. En Lodge M., y Wegrich K. (Eds), *Executive politics in times of crisis. The executive politics and governance series*. Londres: Palgrave Macmillan.
- Mendez Bahena, B., Culebro Moreno, J. y Cruz Hernandez, P. (2021). COVID-19 crisis management in Mexico: initial reopening. *Revista de Direito da Cidade*, 13(2).
- Méndez B., Culebro J. y Cruz, P. (2021). COVID-19 crisis management in Mexico: initial reopening. *Revista de Direito da Cidade*, 13(2), 541-563.
- McConnell, A. y Stark, A. (2021). Understanding policy responses to COVID-19: The stars haven't fallen from the sky for scholars of public policy. *Journal of European Public Policy*, 28(8), 1115-1130.

- Moloney, K. y Moloney, S. (2020). Australian quarantine policy: From centralization to coordination with mid-Pandemic COVID-19 shifts. *Public Administration Review*, 80(4), 671-682.
- Navarro, A. (2019). Control de la contaminación atmosférica en la Zona Metropolitana del Valle de México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 34(3), 631-663.
- Nieva, R. (2020). México y el coronavirus: pasividad gubernamental en una sociedad desigual. *Análisis Carolina*, (16), 1.
- Olsen, J. (1983). *Organized democracy: Political institutions in a welfare state, the case of Norway*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Paton, N., Shelley, J., Duwe, E. y Bonnett, W. (2020). Bolsonaro llama al coronavirus una 'pequeña queja'. Dentro de los hospitales de Brasil, los médicos conocen la horrible realidad. *CNN en español*, 25 de mayo. Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2020/05/25/bolsonaro-llama-al-coronavirus-una-pequena-gripe-dentro-de-los-hospitales-de-brasil-los-medicos-conocen-la-horrible-realidad/>[01-06-2023]
- Peters, B. (2013). *Strategies for comparative research in political science*. Londres: Bloomsbury Publishing.
- Pierson, P. y Skocpol, T. (2002). Historical institutionalism in contemporary political science. *Political Science: The State of the Discipline*, 3(1), 1-32.
- Ragin, C. (1999). The distinctiveness of case-oriented research. *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1137-1151.
- Ragin, C. y Becker, H. (1992). *What is a case?: Exploring the foundations of social inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Renn, O. (1990). Public responses to the Chernobyl accident. *Journal of Environmental Psychology*, 10(2), 151-167.
- Renteria, C. y Arellano-Gault, D. (2021). How does a populist government interpret and face a health crisis? Evidence from the Mexican populist response to COVID-19. *Revista de Administração Pública*, 55, 180-196.
- Rucker, P. y Costa, R. (2020). Trump sabía que el coronavirus era 'mortal' y peor que la queja, y se engañó intencionalmente a los estadounidenses, según el nuevo libro de Bob Woodward. *Washington Post*, 13 de agosto. Disponible en: <https://www.washingtonpost.com/es/politics/2020/09/10/trump-sabia-que-el-coronavirus-era-mortal-y-peor-que-la-gripe-y-engao-intencionalmente-los-estadounidenses-segun-nuevo-libro-de-bob-woodward/>[01-06-2023].

- Sánchez, E. (2022) Impactos sociales de la pandemia del COVID a la luz de la política pública en México. *Economía UNAM*, 19(56), 56-78.
- Secretaría de Salud (2020a). Lineamiento de Reconversión Hospitalaria. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/04/DocumentosLineamientosReconversion-Hospitalaria.pdf> [01-06-2023]
- \_\_\_\_ (2020b). Lineamiento para la estimación de riesgos del semáforo por regiones COVID-19. Versión 5.2 Disponible en: [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/11/Metodo\\_semaforo\\_COVID\\_14Septiembre2020.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/11/Metodo_semaforo_COVID_14Septiembre2020.pdf) [01-06-2023]
- \_\_\_\_ (2021). COVID-19 México. Comunicado Técnico Diario. 11 de junio. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/645730/CP\\_Salud\\_CTD\\_coronavirus\\_COVID-19\\_\\_11jun21.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/645730/CP_Salud_CTD_coronavirus_COVID-19__11jun21.pdf) [01-06-2023]
- Thelen, K. (1999). Historical institutionalism in comparative politics. *Annual Review of Political Science*, 2(1), 369-404.
- Ugalde, V. (2007). Sobre el gobierno en las zonas metropolitanas de México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 22(2), 443-460.

Fecha de envío: 23-03-2023  
Fecha de aceptación: 16-06-2023