

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

FACULTAD DE EMPRESARIALES

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

**INCORPORADA A LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA RVOE
20122888**

TESIS:

**“La política pública como estrategia de contención
en contra del virus SARS-COV 2 (COVID-19)”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PRESENTA:

Efren Castañeda García

DIRECTOR:

Dr. Paolo Riccardo Morganti

CODIRECTOR:

Dr. Salvador Rivas Aceves

Ciudad de México, 2024

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I	4
<u>ANTECEDENTES CONTAGIO SARS-COV-2 (COVID-19)</u>	4
1.1 CONTEXTO EN CHINA PREVIO A LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA POR LA ENFERMEDAD SARS-COV-2 (COVID-19).	4
1.2 LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD ANTE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA SANITARIA.	7
1.3 LA DECLARATORIA DE ALERTA SANITARIA EN MÉXICO ANTE LA PANDEMIA.	10
1.4 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y LEGISLACIÓN ANTE EL SARS-COV-2 (COVID-19).	11
CAPÍTULO II	14
<u>GESTIÓN DIPLOMÁTICA PARA LA BÚSQUEDA DE LA VACUNA CONTRA SARS-COV-2 (COVID-19).</u>	14
<hr/>	
2.1 GESTIÓN PRINCIPAL DE LA SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES DE MÉXICO EN LA BÚSQUEDA DE VACUNAS.	14
2.2 MECANISMO COVAX POR LA ALIANZA CON GAVI.	17
2.3 PROCEDIMIENTO DE COMPRA DE VACUNAS CON LOS LABORATORIOS FARMACÉUTICOS.	22
2.4 RESULTADO DE LA GESTIÓN DIPLOMÁTICA POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES PARA LA BÚSQUEDA DE UNA VACUNA EFICAZ.	24
CAPÍTULO III	26
<u>LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MÉXICO</u>	26
3.1 CONCEPTO Y ELEMENTOS QUE INTEGRAN LA POLÍTICA PÚBLICA.	26
3.2 ANTECEDENTES DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN MÉXICO.	30
3.3 EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MÉXICO.	33
3.4 LA PANDEMIA EN MÉXICO COMO UN TEMA DE GESTIÓN PÚBLICA.	38
CAPÍTULO IV	43

EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN MÉXICO CONTRA EL VIRUS SARS-COV-2 (COVID-19)

	43
4.1 GESTIONES PÚBLICAS POR PARTE DEL SECTOR SALUD PARA LA CONTENCIÓN AL COVID-19.	43
4.2 PANORAMA INTERNACIONAL SOBRE LAS CONSECUENCIAS PRODUCIDAS POR EL VIRUS SARS-COV 2.	48
4.3 PRINCIPALES RESULTADOS DE LAS ACCIONES IMPUESTAS POR EL GOBIERNO DE MÉXICO.	57
4.4 LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA PANDEMIA EN CIFRAS.	62
CONCLUSIONES	75
<u>REFERENCIAS:</u>	78

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES CONTAGIO SARS-COV-2 (COVID-19)

1.1 CONTEXTO EN CHINA PREVIO A LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA POR LA ENFERMEDAD SARS-COV-2 (COVID-19).

Como se ventiló en diversos medios de difusión a nivel mundial, el virus conocido inicialmente en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei en China, se presentó por primera vez en el mes de diciembre del año 2019, aunque las versiones oficiales informaron que el virus fue contagiado a las personas en el Mercado de Wuhan, lugar conocido como un “Mercado húmedo”.

Este tipo de lugares han sido objeto de crítica constante respecto a la gravísima situación higiénica que impera en el entorno, pues en estos espacios se venden carne roja, mariscos y animales vivos, mismos que son asesinados al momento de ser vendidos, es decir, todos los animales que son confinados, son sacrificados cuando son comprados por el cliente, sin embargo, esta forma de hacer comercio con seres vivos genera condiciones de alta insalubridad pues se combinan todos los desechos de los animales.

“Un mercado húmedo es, para un lector medio occidental, un lugar incomprensible. Un ciudadano de Nueva York o de Málaga ya no resistiría la experiencia de caminar sobre charcos de sangre y vísceras de animales recién sacrificados y despiezados, ni podría contemplar jaulas repletas de gatos o perros listos para su consumo, o ya asados para llevar a casa. Esos mercados, donde animales domésticos y salvajes comparten espacio con humanos, se han demostrado como un foco de enfermedades. Los científicos están convencidos de que el coronavirus cuya agresividad ha causado la actual pandemia de la Covid-19 saltó a los humanos desde el mercado de animales salvajes de Wuhan (China). Este jueves, la

organización internacional Igualdad Animal lanza una campaña mundial que persigue la prohibición total de este tipo de zocos salvajes por una sencilla doble razón: son una tortura para los animales y un peligro real para la salud humana.

Los mercados donde se venden animales vivos son conocidos también como mercados húmedos porque sus suelos suelen ser una mezcla de sangre y agua, escamas, plumas, vísceras... Esos restos son consecuencia del sacrificio en directo de prácticamente de cualquier tipo de especie, ya sea salvaje, exótica o criada tradicionalmente.

Los animales enjaulados conviven con los despojos de sus congéneres muertos y despiezados ante los ojos de quienes quieren comer carne sacrificada bajo su mirada. Las especies exóticas y las criadas tradicionalmente se mezclan en minúsculas jaulas y recintos infectos, creando el perfecto caldo de cultivo para el desarrollo de enfermedades zoonóticas.

En esa barahúnda, donde mapaches o pangolines conviven con gallinas y cerdos y el tráfico de humanos es incesante, se tiene constancia de que se originaron enfermedades como el SARS, y más que probablemente irradiaron también la H1N1 (gripe porcina) y el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS). Los científicos también creen que el coronavirus en el origen de la Covid-19 muy probablemente se originó en el mercado de mariscos en Wuhan en China, famoso por el comercio de animales salvajes”. (EL PAÍS, 2020)

Muchos expertos han señalado que lo que hizo posible la rápida dispersión del SARS-CoV-2, que según fue transmitido de un animal a una persona en el mercado de Wuhan, obedece a las condiciones de insalubridad, la venta de animales vivos y sacrificados en el mismo lugar en espacios sumamente reducidos, sin ningún tipo de cerco o medida sanitaria, así como la cercanía de dicho mercado con la estación de trenes Hankou, originó un rápido contagio ya que no existía ningún tipo de control sanitario, pues esta estación de trenes es un punto importante estratégico de conexión entre Wuhan y el resto de China.

Con la información que se recopiló en diversos medios de difusión se concluyó que “el primer caso confirmado fue en diciembre del año 2019, el virus Sars-CoV-2 (COVID-19), es una nueva cepa de los coronavirus, no es el único, pero tampoco es el más letal” (CNN, 13 de abril 2020). No obstante, para ese momento, se tenía muy poca información, pero lo que sí se sabía era que se había identificado y confirmado la infección en humanos, pero hacía falta saber el comportamiento del virus, los factores del huésped, los aspectos ambientales que hacían fácil su dispersión, el periodo de infectividad, la virulencia, los modos de transmisión y la fuente de transmisión en seres humanos. Además se confirmaba que al igual que con otras enfermedades respiratorias, la infección con SARS-COV-2 podría causar síntomas leves, como fiebre, dolor de garganta, tos y secreción nasal.

No existía evidencia suficiente que diera respuesta a si dicho virus podía ser más grave para algunas personas o si en algunos casos extremos podría también provocar neumonía o dificultades respiratorias y falla renal. En otros casos, se había observado que la enfermedad era fatal. Las personas con afecciones médicas preexistentes (como diabetes y enfermedades cardíacas) así como las personas mayores, se reconocían como seres más vulnerables a enfermarse gravemente.

1.2 LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD ANTE LA DECLARATORIA DE EMERGENCIA SANITARIA.

A manera de introducción es importante señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas, es decir, es la organización responsable de llevar a cabo la función de liderazgo en los temas sanitarios del orbe mundial, proporciona el apoyo técnico a los países y vigila las tendencias sanitarias en el mundo, establece la normativa necesaria para contener y/o mitigar un determinado problema sanitario, genera políticas públicas basadas en la evidencia, son algunas de sus principales actividades como ente rector a nivel mundial.

De acuerdo a lo señalado en su momento por la Organización Mundial de la Salud, China reportó que se habían detectado 41 casos confirmados de casos de coronavirus, sin embargo, la autoridad china señaló que no había suficiente certeza para determinar que dicha enfermedad podría transmitirse a las personas, esto evidentemente motivó a que retrasaran las medidas de confinamiento que se implementaron posteriormente.

Inicialmente la OMS recibió información más detallada de la Comisión Nacional de Salud sobre el brote, se encontraron pruebas de que el brote se originó por exposiciones en un mercado de pescados y mariscos de la ciudad de Wuhan, como ya se había rumorado en diversos medios de difusión oficial. Este mercado se cerró el 1 de enero de 2020 y hasta ese momento, no se había registrado ningún caso de infección entre el personal sanitario y no existía alguna evidencia de que el virus pudiera contagiarse entre personas.

No obstante, de acuerdo con la información presentada por las autoridades chinas a la OMS los días 11 y 12 de enero, se diagnosticaron inicialmente 41 casos de infección por el nuevo coronavirus en la ciudad de Wuhan, para esas fechas ya había fallecido una persona que presentaba otras enfermedades. Desde el momento en que la OMS recibió formalmente el reporte

de los casos confirmados en China procedió a actuar conforme al Reglamento Sanitario Internacional (RSI), este último es un instrumento legalmente vinculante que cubre medidas para prevenir la propagación internacional de enfermedades infecciosas.

El RSI, fue aprobado por la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2005, por medio de la resolución WHA58.3,1 y constituye el marco jurídico que, entre otros aspectos, “define las capacidades nacionales básicas, incluso en los puntos de entrada, para el manejo de los eventos agudos de salud pública de importancia potencial o real a escala tanto nacional como internacional, así como los procedimientos administrativos conexos.” (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

Este Reglamento que data del 2005 tiene como propósito prevenir la propagación internacional de enfermedades, controlar esa propagación y brindar una respuesta de salud pública lo más expedita posible así como, restringir los riesgos para la salud pública, evitando las interferencias innecesarias en el tráfico y el comercio internacional. El RSI es de cumplimiento obligatorio en 196 países, incluidos los 194 miembros de la OMS en el que por supuesto está México.

El objetivo del Reglamento de referencia en otras palabras; es el establecimiento de un sistema internacional de vigilancia que permita evitar la propagación de enfermedades a nivel mundial, que para el caso en concreto, puso en un contexto la gravedad a nivel mundial del SARS-Cov-2 y su rápida dispersión a los demás países del mundo.

En ese entendido, con fundamento en este Reglamento, el 30 de enero de 2020, la OMS se reunió con el Comité de Emergencias y determinaron declarar a la enfermedad de COVID-19 como una emergencia de Salud Pública de Interés Internacional. Para mayor ilustración resulta pertinente mencionar la cronología de los principales eventos y acciones realizados por esta Organización Internacional.

Después de que China reportó los hallazgos presentados en diciembre del 2019, el 5 de enero de 2020, la OMS publica su primera parte sobre brotes epidémicos relativo al nuevo virus, una publicación técnica de referencia para la comunidad mundial de investigación y salud pública y los medios de comunicación, sin embargo, aún no se contaba con información veraz y confirmada.

Al quedar demostrado la transmisión del nuevo virus entre seres humanos, la OMS convocó a un Comité de Emergencias según lo previsto en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) para evaluar si el brote constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional.

El Comité al confirmar que el brote constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), la OMS publica el Plan Estratégico de Preparación y Respuesta de la comunidad internacional para ayudar a los Estados con sistemas de salud más frágiles a protegerse.

Derivado de la información proporcionada por las autoridades chinas y los propios hallazgos analizados por la Organización Mundial de Salud que confirmaban de manera preocupante y alarmante los niveles de propagación de la enfermedad y por su gravedad, y por los niveles también alarmantes de inacción, la OMS determina en su evaluación que la COVID-19 se caracteriza como una pandemia.

Derivado de lo anterior, se hizo notar que la declaratoria de la pandemia realizada por el Director General de la OMS, ya advertía la gravedad observada y la urgente y necesaria acción de todos los países miembros, ya que para este momento la propagación del virus ya era inevitable, profunda y se perfilaba como el suceso más grave en varias décadas a nivel mundial.

Lo anterior, resulta altamente ilustrativo pues se advierte la gravedad de la situación y la tibieza por parte de las autoridades chinas en la atención a los contagios que se

incrementaron rápidamente, puesto que fueron claves los meses de diciembre 2019 y enero 2020 para realizar acciones internacionales que dieran como resultado la contención y así evitar la propagación del virus, sin embargo no se contó con información suficiente, aparentemente esto fue reflejo de la negligencia con que las autoridades chinas actuaron en el tratamiento del nuevo virus.

1.3 LA DECLARATORIA DE ALERTA SANITARIA EN MÉXICO ANTE LA PANDEMIA.

El 19 de marzo se celebró la primera sesión extraordinaria 2020 del Consejo de Salubridad General, a través de la cual se reconoció el SARS-CoV-2 como epidemia grave y de atención prioritaria, en consecuencia, se debían coordinar las medidas de preparación, prevención, control de la epidemia de COVID, mismas que supervisó la Secretaría de Salud a través de la Subsecretaría para la Prevención y Promoción de la Salud a cargo del Doctor López Gatell.

Por lo tanto, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y sus equivalentes en las entidades federativas, serían los responsables de la organización y coordinación de las acciones frente al coronavirus, notificando que para dicha gestión se establecería una vocería única para la información derivada de esta emergencia a la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

Sin embargo, lo anterior no fue así, pues como es de conocimiento el vocero del gobierno federal fue el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud ofreciendo una conferencia todas las tardes destacando la estadística de contagios y decesos.

Las medidas emergentes que se publicaron en el Diario Oficial de la Federación fueron la del 24 de marzo y 5 de abril del 2020, estableciendo medidas preventivas que debían observarse para poner en acto la mitigación y control del virus, además de imponer medidas de austeridad para enfrentar la emergencia sanitaria.

Algunas de las medidas importantes que estableció el Gobierno de México era que la ciudadanía se abstuviera de realizar actividades fuera de casa, mantener la sana distancia y las medidas necesarias de higiene, con el fin de evitar un mayor número de contagios, sin embargo, en la práctica sería más difícil de lo esperado, pues limitar la movilidad para mucha gente no era una solución, pues de ello dependía obtener ingresos para su subsistencia día a día.

1.4 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y LEGISLACIÓN ANTE EL SARS-COV-2 (COVID-19).

La intención del presente apartado es ilustrar de una forma breve la evolución de la legislación en materia de salud que emana desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) y su legislación reglamentaria. A manera de antecedente, recordemos que para el año 2009 se presentó una emergencia sanitaria con motivo del brote y propagación del virus de Influenza AH1N1, sin embargo, fue la primera vez que la Secretaría de Salud se dirigió a la ciudadanía respecto del virus y su posible propagación en México y qué medidas se tomaron para evitar la diseminación de un virus aún no confirmado.

Para comenzar es importante destacar que para el siglo XIX en México como autoridades sanitarias estaba la Facultad Médica del Distrito Federal y posteriormente, el Consejo Superior de Salubridad (CSG), teniendo como principal regulación el Código Sanitario promulgado en 1891, con reformas en 1894 y expidiendo uno nuevo para el año 1902.

No obstante, con la promulgación en 1917 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) se contempla el Consejo de Salubridad General, así como el Departamento de Salubridad; el primero se mantiene en la actualidad, siendo la autoridad máxima sanitaria en el país. Así también con la expedición de una nueva constitución se prevé que para el caso de que una persona desee internarse en el país, queda subordinado al cumplimiento de las

disposiciones y limitaciones incluidas las de salubridad, es decir: que para la internación queda sujeta a la protección de la salud de la población para evitar contagios de enfermedades provenientes del extranjero.

Asimismo, se crea el Consejo de Salubridad General, este es la mayor autoridad en materia de salud, como una autoridad ejecutiva y consultiva, dependiendo únicamente del presidente. Por lo que se refiere a la creación del Departamento de Salubridad es la responsable de dictar las medidas en caso de invasión de enfermedades exóticas así como, cumplir con las acciones que determine el CSG. (Santillana Meneses, 2020, pág. 33)

Lo anterior resulta trascendental para que se hayan llevado a cabo las acciones legales que determinaron las autoridades sanitarias por instrucciones del titular del Ejecutivo Federal, pues constituyen la base legal para la imposición de las medidas de mitigación del virus que el Gobierno de México diseño conforme a su plan de monitoreo y contención.

No obstante lo anterior, es preciso acotar otras modificaciones específicas en el sector salud, como fueron las reformas en los años 1982, 1983 y 1984, pues se reformó la CPEUM para adicionar un tercer párrafo que establece el derecho a la protección a la salud como garantía individual, es decir, se materializa la obligación del Estado Mexicano de proteger y otorgar servicios de salud. Dicha situación es por demás importante, pues es la primera vez que el Estado Mexicano se asume como garante respecto a la protección a la salud, tomando con ello un papel activo para su realización. (Santillana Meneses, 2020, pág. 35)

Con la reforma anterior, se concretó una ley reglamentaria tercer párrafo del artículo 6° (Ley General de Salud promulgada el 7 de febrero de 1984) de la CPEUM, que era necesaria para establecer el proceso de protección a la salud, es decir; contar con un marco normativo detallado, con la estructura necesaria para articular a los diferentes niveles de gobierno, para realizar la promoción, prestación de servicios y control de sanitario de bienes.

Con la Ley General de Salud se aplica plenamente las facultades para brindar la atención del brote y propagación de la enfermedad SARS-CoV-2, en ella se presenta la acción extraordinaria en materia de salud; las obligaciones y acciones de vigilancia epidemiológicas; las disposiciones aplicables los servicios de salud y los derechos de los pacientes; ordenamientos aplicables a los insumos para la salud, incluyendo: medicamentos, equipo médico y pruebas de laboratorio; facultades y coordinación de las autoridades en materia de salud; investigación para la salud y en general todas normas aplicables a la protección de la salud de la población; de ella también parten las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, podríamos decir que a través de las necesidades se ha ido complementando, pero la regulación sanitaria en México es compleja por su gran número de disposiciones vigentes.

Al establecerse lo anterior en el sistema constitucional mexicano, se aprecia de manera clara la protección a la salud como un derecho de primer orden, es decir un derecho humano, que permitirá imponer las modalidades a los servicios de salud, incluyendo la creación de un Sistema Nacional de Salud como aquel ente indispensable para instaurar garantizar a los gobernados su acceso y protección.

CAPÍTULO II

GESTIÓN DIPLOMÁTICA PARA LA BÚSQUEDA DE LA VACUNA CONTRA SARS-CoV-2 (COVID-19).

2.1 GESTIÓN PRINCIPAL DE LA SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES DE MÉXICO EN LA BÚSQUEDA DE VACUNAS.

Derivado de la declaratoria de emergencia sanitaria en México, el 19 de marzo del 2020, se llevó a cabo la primera reunión del Consejo de Salubridad General (CSG), resultando en el anuncio de las las medidas aprobadas más importantes; a) reconocimiento del virus SARS-CoV-2 como epidemia grave y de atención prioritaria; b) el CSG aprobó las medidas que serían coordinadas y supervisadas por la Secretaría de Salud, así como las demás dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, poderes legislativo y judicial, gobiernos locales y demás instituciones del sector salud; c) la Secretaría de Salud fue la dependencia que coordinaría las medidas para la prevención y control con los demás entes de gobierno; y d) el CSG hizo un llamado a los gobiernos de las entidades federativas e instituciones del Sector Salud a buscar la forma en expandir la atención hospitalaria que se necesitaría.

El 24 de marzo del 2020, se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) un Decreto que establece *“las medidas preventivas para la prevención y mitigación que implican los riesgos para la Salud con motivo del virus COVID-19”*, (Diario Oficial de la Federación, 24/032020) dicho decreto establecía de manera formal que es la Secretaría de Salud Federal sería quien establecerá las medias para hacer frente a dicha pandemia instruyendo a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal a coordinarse y brindar los apoyos necesarios para la instrumentación de las medidas preventivas.

El 23 de abril del mismo año, se expidió otro Decreto Presidencial mediante el cual se establecieron las medidas de austeridad que deberían observar las dependencias y entidades

de la Administración Pública Federal. No obstante es con el Acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de marzo de 2020, con el que el Secretario de Salud instruye a las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal a coordinarse y brindar apoyos que fueran necesarios para la instrumentación de las medidas preventivas contra la enfermedad provocada por el virus del SARS-CoV-2 (COVID-19), instrucción que fue sancionada por el Ejecutivo Federal a través del Decreto publicado en el DOF, en versión vespertina, del mismo día 24 de marzo de 2020.

Así pues, el 27 de marzo de 2020, el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos señaló en Conferencia de Prensa desde Palacio Nacional que hay un operativo para adquirir todos los bienes que se requieran en el extranjero, y “en la conferencia de prensa matutina que encabeza el presidente Andrés Manuel López Obrador, el secretario de Relaciones Exteriores, Marcelo Ebrard Casaubon, dio a conocer que, próximamente realizaría una serie de viajes al extranjero para garantizar que se cumplan los compromisos firmados en materia de adquisición de vacunas” (Gobierno de México, 2021) y agregó el Presidente “nosotros lo que estamos haciendo es comprar toda la vacuna que se necesita para garantizar que a nadie le falte y que sea gratuita” (Capital 21 web, 29 diciembre 2020) y por lo tanto la Secretaría mediante los canales diplomáticos, estaba realizando gestiones en el extranjero para conocer la disponibilidad de vacunas candidatas contra la COVID-19 para atender la pandemia en la emergencia sanitaria provocada por el virus SARS-CoV-2 establecida por el Gobierno Federal y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 y 30 de marzo de 2020.

Derivado de lo anterior y con fundamento en las atribuciones y competencia de la Secretaría de Relaciones Exteriores descritos en el artículo 28 fracción I de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal que establece:

“Artículo 28.- A la Secretaría de Relaciones Exteriores corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

I.- Promover, propiciar y asegurar la coordinación de acciones en el exterior de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; y sin afectar el ejercicio de las atribuciones que a cada una de ellas corresponda, conducir la política exterior, para lo cual intervendrá en toda clase de tratados, acuerdos y convenciones en los que el país sea parte;” (Diario Oficial de la Federación, 03 mayo 2023)

Bajo ese orden de ideas, la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) comenzó a coordinar acciones en el exterior a través de los canales diplomáticos, a efecto de facilitar el contacto de la Secretaría de Salud con las actividades propias en la búsqueda de vacunas seguras y eficaces para que el Gobierno de México tuviera en el menor tiempo posible dosis para comenzar a inocular a la población.

Los acercamientos con las grandes farmacéuticas comenzaron a dar frutos, pues el Gobierno de México a través de la Cancillería Mexicana habría logrado sentar a la mesa a los más grandes laboratorios farmacéuticos que estaban produciendo en fase experimental la vacuna anti covid, como fue el caso de; Pfizer, AstraZeneca, Cansino, Novavax, Moderna, Sputnik, Jhonson & Jhonson y Sinovac.

Sin embargo, no era una tarea sencilla, el mundo se encontraba tomando las medidas de distanciamiento social entre otras para mitigar la expansión del coronavirus, mientras los países desarrollados avanzaban con encontrar una vacuna que frenará los contagios y decesos a nivel mundial. Algunos de los obstáculos que se fueron presentando, fue el hecho de que los países donde residen estas transnacionales estaban presionando para que se fabricarán dosis suficientes,

primero para la población del país en el que residían, bloqueando la venta de dosis a otros países, hasta en tanto no terminarían con la distribución al interior.

Lo anterior generó reclamos de los demás países en distintos foros internacionales, ya que para lograr una inmunidad y desacelerar los índices de mortandad, era necesario distribuir la vacuna a todos los rincones del mundo, de nada serviría inmunizar a la población de países ricos, si millones de personas no podían acceder a ella y el contagio seguiría latente.

En paralelo de lo anterior, se buscaron otras alternativas que dieran como resultado la pronta remisión de una vacuna contra el coronavirus, localizando el Mecanismo COVAX, este fue una iniciativa global encabezada por la Alianza Mundial GAVI para las Vacunas y la Inmunización, la Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante las Epidemias (CEPI), Organización Mundial de la Salud y la UNICEF, cuya misión para el 2021 era asegurar la entrega equitativa de vacunas para el 20% de la población de los países participantes en todo el mundo.

Estaba claro que el mandato presidencial se había dado en el marco de una emergencia mundial y que era necesario realizar todas aquellas gestiones que dieran como resultado el contar con una vacuna que contenga las características de calidad, seguridad y eficacia avalados en primera instancia por la Organización Mundial de la Salud y, posteriormente, por la normatividad mexicana vigente, permitiendo controlar y mitigar la pandemia generada por el virus SARS-CoV 2 (COVID-19).

2.2 MECANISMO COVAX POR LA ALIANZA CON GAVI.

Como quedó de manifiesto en el apartado anterior, en la pandemia, los sistemas de salud de todo el mundo se encontraban luchando para hacer frente al virus SARS-CoV-2, por lo que la obtención de una vacuna que logrará proteger contra esta enfermedad era y sigue siendo de

vital importancia, a efecto de reducir el riesgo de continuar perdiendo millones de vidas humanas, y con ello reducir también los severos estragos que ha causado a la economía mundial.

La labor de encontrar vacunas seguras y eficaces contra el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) requirió la colaboración de instituciones tanto del sector público como del privado, incluidos los laboratorios que producían vacunas, agencias internacionales, mecanismos internacionales de gestión de vacunas e insumos para la salud y otros países. Muchos de ellos participaron activamente en la adquisición de vacunas contra otras enfermedades prevenibles por esta medida de salud pública.

El Mecanismo COVAX fue uno de los tres pilares del acelerador de acceso a herramientas COVID-19, que se lanzó en abril del 2020, en respuesta a la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, reuniendo a gobiernos, fabricantes, científicos, organizaciones mundiales de salud, sector privado, filantropía y sociedad civil, con el objetivo de brindar acceso equitativo a diagnósticos, tratamientos y vacunas contra el COVID-19.

En este momento, el Gobierno de México y el mundo se encontraba en la búsqueda de sumarse a estrategias de intercambio que permitiera la adquisición oportuna de vacunas contra el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), una opción viable a ello era el Mecanismo COVAX, por lo que el Gobierno de México procedió a firmar el documento denominado: *COMMITMENT AGREEMENT (OPTIONAL PURCHASE ARRANGEMENT)* mismo que fue suscrito por el titular de la Secretaría de Salud, (dependencia facultada para ello), siendo el objetivo de la referida negociación el dar a nuestro país, la oportunidad de beneficiarse con un amplio número de dosis de la vacuna en contra del SARS-Cov-2, asegurando un acceso oportuno y seguro a las mismas, facilitando el objetivo adquirir dosis seguras y eficaces cuando éstas se encontrarán disponibles para los países miembros.

La creación del mecanismo COVAX se centró en buscar una solución accesible y global a esta pandemia, porque fue el único esfuerzo comunitario que garantizaba que las personas en todo el mundo tuvieran acceso a los biológicos contra el COVID-19, una vez que estuvieran disponibles, independientemente de si se trataba de un país desarrollado o en vías de desarrollo, esto último fue muy importante, pues fue un hecho conocido que los países pobres no tenían acceso a sistemas de salud seguros y eficaces.

En ese entendido, el mecanismo COVAX era necesario porque sin él existía un riesgo real y fundado de que la mayoría de las personas en el mundo quedarán desprotegidas contra el SARS-CoV-2, y esto permitiría que el virus y su impacto continuaría. Por ello, COVAX se creó para ampliar las posibilidades de desarrollar con éxito vacunas contra el COVID-19 y fabricarlas en las cantidades necesarias para poner fin a esta crisis y, al hacerlo, garantizaría que la capacidad de pago de los países no fuera en una barrera para acceder a ellas por parte de aquellos con ingresos más bajos en el mundo.

Lo primero que se necesitaba para que este mecanismo fuera exitoso eran vacunas contra el COVID-19 que fueran seguras y eficaces, lo cual en ese momento no se tenía certeza de ello pues los procesos para la fabricación de las vacunas se encontraban en fase experimental. Para aquel momento, el panorama se resumía de la siguiente manera: *“hay más de 170 vacunas candidatas en desarrollo, pero es probable que la gran mayoría de estos esfuerzos fracasen. Según el desarrollo previo de vacunas, las que se encuentran en la etapa de ensayo preclínico tienen aproximadamente un 7 % de posibilidades de éxito, mientras que las que llegan a los ensayos clínicos tienen alrededor de un 20 % de posibilidades. Para aumentar las posibilidades de éxito, COVAX ha creado la cartera más grande y diversa del mundo de estas vacunas, con nueve vacunas candidatas ya en desarrollo y otras nueve en evaluación”*. (Berkley, S.03 septiembre 2020)

Por otra parte, el proceso para la adquisición de las dosis de vacunas se hacía de la siguiente manera; para el caso de los países con autofinanciamiento que decidían unirse al Fondo COVAX tenían dos formas de participar; 1) mediante un Acuerdo de Compra Comprometida o 2) un Acuerdo de Compra Opcional. Bajo esta premisa, los países se autofinanciaban y optaban por el primer supuesto debían otorgar garantías para adquirir un volumen acordado de dosis a través del Fondo. A cambio de este compromiso firme, estos participantes debían realizar un depósito inicial más bajo de US \$1,60 por dosis, o el 15 % del costo total por las dosis a adquirir. En virtud de este tipo de acuerdo, los participantes se comprometían efectivamente a comprar una cantidad determinada de vacunas que, una vez disponibles, se distribuían de manera justa y equitativa entre los participantes. Los países tenían la posibilidad de que si el precio de la vacuna era el doble o más del esperado, podrían optar por no comprar una vacuna.

Para el caso de elegir la segunda opción, es decir, el Acuerdo de compra opcional, los participantes podían optar por no recibir ninguna vacuna, sin poner en peligro su capacidad de recibir su parte completa de las dosis de otros candidatos, sujeto a que hubiera disponibilidad de suministro. Este tipo de acuerdo podía ser más atractivo para los países participantes que ya tenían formalizados acuerdos bilaterales con los laboratorios fabricantes, a través de los cuales ya podrían haber obtenido suficientes dosis de esa vacuna en particular.

La contrapartida para estos participantes, que tenían más opciones, es que debían pagar una mayor proporción del costo total por dosis por adelantado, haciendo un pago inicial de US\$ 3,10 por dosis y una garantía de riesgo compartido de US\$ 0.40 por dosis, para ayudar a proteger al Fondo contra cualquier responsabilidad que resultara que los participantes decidieron no comprar una vacuna candidata en particular, después de que el Fondo ya haya celebrado un contrato con el fabricante. Además, de no optar por recibir las vacunas asignadas debían esperar a que hubiera

otra disponible y, estos países inevitablemente podían experimentar un retraso en el envío del volumen total de vacunas comprometido.

Al final, el costo total de las vacunas sería el mismo para las dos opciones. Como un paso previo, los participantes pagaban el monto de las dosis que negociaron al inicio, más una prima conocida como de velocidad invertida en la aceleración y ampliación de la fabricación, así como una tarifa muy pequeña por la instalación. Algunos laboratorios fabricantes proporcionaron vacunas a precios fijos, mientras que otros establecerán niveles de precios según los niveles de ingresos, tal y como se había previsto.

El Fondo de Acceso Global para las vacunas Covid-19, pretendía que los países usando una plataforma tecnológica, tuvieran la oportunidad de beneficiarse de un portafolios de vacunas, producida por más fabricantes alrededor del mundo, ocasionando un mercado más grande y competitivo que pudiera brindar mayor seguridad ante la demanda y con mayor alcance para que los gobiernos que no tienen los recursos de las grandes potencias, hicieran posible un acceso temprano a vacunas seguras y eficaces.

El procedimiento para la adquisición de dosis consistió en que GAVI notificaba al participante por escrito de sus opciones de compra, por lo que si el participante no deseaba ejercer una opción de compra de un fabricante, el Participante debía notificar a GAVI por escrito, durante la propuestas de opciones, en caso de no hacerlo se entendía que si aceptaba la opción de la vacuna propuesta de manera tácita.

Ahora bien, al ejercer una opción de compra, el país participante se comprometía a adquirir sus dosis asignadas y a recibir la entrega de sus dosis pre pagadas del fabricante especificado en la oferta, tan pronto como dichas dosis estuvieran disponibles y en cualquier caso dentro del periodo, GAVI notificaba al Participante por escrito.

El Fondo antes mencionado, pretendió procurar 2 mil millones de dosis de una vacuna segura y eficaz para finales de 2021. Para tal caso, los participantes tendrían acceso a dosis de vacunas candidatas como resultado de los compromisos de compra anticipada que GAVI concluiría con los fabricantes de la vacuna, entonces a medida de que las vacunas candidatas fueran exitosas y estuvieran disponibles, se daría oportunidad al participante de comprar vacunas aprobadas por los fabricantes.

Sin embargo, la última remisión de dosis de vacunas fue el año pasado, con dosis pediátricas, por lo que no fue tan rápido dicho mecanismo para traer las vacunas pactadas.

2.3 PROCEDIMIENTO DE COMPRA DE VACUNAS CON LOS LABORATORIOS FARMACÉUTICOS.

Tal y como se señaló en párrafos precedentes, presenciamos una demanda mundial de vacunas e insumos médicos, la pandemia hizo evidente el atraso de los sistemas de salud que muchos países habían llevado por muchos años, además de la escasez de oportunidad para lograr traer una vacuna en el menor tiempo, cuidando la calidad, seguridad y eficacia de la misma.

El gobierno de México a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores realizó diversas gestiones al exterior para comprar vacunas con los grandes consorcios farmacéuticos. Es decir, aún y cuando la vacuna aún estaba en fase experimental, era necesario ir un paso adelante y México logró concretar acuerdos bilaterales con diversas farmacéuticas para que una vez que sus vacunas fueran autorizadas por las autoridades sanitarias correspondientes, suministrarían las dosis que se habían pactado previamente, con lo que ayudaría a acelerar el esquema de vacunación y proteger la salud y la vida de las personas en México.

Tabla 1. Cantidad de dosis de vacunas compradas.

No.	Contrato	Cantidades de dosis	Personas
		(millones)	(millones)
1	ASTRAZENECA	77.4	38.7
2	COVAX	51.1	25.75
3	CANSINO BIO	35	35
4	PFIZER	34.4	17.2
5	SPUTNIK V	24	12
6	SINOVAC	20	10
7	ASTRAZENECA - SERUM INSTITUTE	2.03	1.01
Total		243.93	139.66

***Información publicada en el portal de gestión diplomática SRE.**

En la tabla 1 (Secretaría de Relaciones Exteriores, Transparencia, 2022) se advierte aquellas empresas con las que México a través de la Cancillería mexicana pactó acuerdos de compra anticipada, se pueden visualizar incluyendo las dosis asignadas y los millones de personas que serían inoculadas con dicha dosis.

Dichos Acuerdos de compra actualmente se encuentran públicamente disponibles en el portal de gestión diplomática COVID. Estos Acuerdos se encuentran en Versión Pública por que el Gobierno de México consideró que se trata de un tema de seguridad nacional, pues la Suprema Corte de Justicia de la Nación confirmó que el dar a conocer cierta información pudiera poner el riesgo la estrategia nacional de vacunación y con ello el suministro de dosis suficientes que México pudiera seguir requiriendo.

La Secretaría de Salud firmó el 13 de octubre de 2020, diversos contratos para la provisión de vacunas con Pfizer, AstraZeneca y CanSino. Según lo que se manejó en medios, estas farmacéuticas se situaban como las que presentaban los mayores avances en el desarrollo y ensayos clínicos de sus productos biológicos.

Posteriormente, se buscaron más opciones de compra de vacunas con otras empresas como SINOVAC y ZERUM e incluso se recibieron donaciones por parte del Gobierno de los Estados Unidos de América.

2.4 RESULTADO DE LA GESTIÓN DIPLOMÁTICA POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES PARA LA BÚSQUEDA DE UNA VACUNA EFICAZ.

Como ya se mencionó, se realizaron gestiones diplomáticas de acuerdo con lo establecido en el primer párrafo del numeral 28 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para facilitar el contacto de la Secretaría de Salud con el mecanismo multilateral COVAX auspiciado por la Organización Mundial de la Salud.

La Alianza para la Vacunación (GAVI) convocó al Gobierno de México, a través de la Misión Permanente de México ante los Organismos Especializados de las Naciones Unidas con sede en Ginebra (Delegamex OI) a sostener una reunión para la presentación del proyecto de COVAX el 11 de agosto de 2020. Dicha invitación y los documentos preparatorios que incluían las bases de funcionamiento fueron retransmitidos a la Cancillería Mexicana y a su vez a la Secretaría de Salud (SSA) y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

En dicha reunión se presentaron las modalidades de participación al mecanismo, sus términos y condiciones y los documentos marco de los acuerdos que los participantes deberían firmar según su modalidad. La Secretaría de Salud envió el Acuerdo final formalizado el 24 de septiembre de 2020 y fue retransmitido a la Delegamex OI para ser entregado a GAVI en Ginebra Suiza el 25 de septiembre de 2020.

COVAX notificó al titular de la Secretaría de Salud, Doctor Jorge Alcocer, la apertura de las ventanas de compra para la vacuna de AstraZeneca. Por lo que la SSA instruyó participar en el proceso para su adquisición, lo cual fue informado a GAVI a través del canal diplomático, poniendo en marcha la más ambiciosa tarea que tendría el Gobierno Federal de conseguir vacunas antes la escasa posibilidad y la monopolización de aquellas para los países que las producían.

Podemos colegir que como iniciativa fue una buena idea concebir la posibilidad de proteger a la población de los países más pobres, sin embargo no podemos soslayar el hecho de que las grandes economías decidieron cómo debían suministrarse los biológicos, quedando nuevamente demostrados que las pequeñas economías siguen estando a merced de unos cuantos líderes.

CAPÍTULO III
LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MÉXICO
3.1 CONCEPTO Y ELEMENTOS QUE INTEGRAN LA POLÍTICA
PÚBLICA.

Cuando hablamos de políticas públicas (PP) generalmente nos referimos a todo aquello relacionado con actividades públicas, es decir todo aquello que debe gestionar el gobierno a favor de su población o de los sectores de la población que resulten más vulnerables, no obstante, no existe una acepción genérica de lo que significa política pública, toda vez que no se refiere únicamente a un campo de estudio sino por el contrario, de varios que buscan abarcar diferentes problemas sociales que requieren la acción del gobierno.

El enfoque de la política pública según Peter de León (De León , 1978) señala que tiene 3 características esenciales;

“1) Están orientadas a problemas, por lo que su objetivo es abordar problemas públicos para su mejora o solución, no obstante, el éxito de esta dependerá del análisis minucioso de su contexto, 2) Los problemas públicos responden a diferentes contextos por lo que los enfoques para su atención pueden ser multidisciplinarios pues se integraron de diversos factores que deben ser revisados y analizados desde las diferentes disciplinas y, 3) Todo problema social se orienta a valores que están constreñidos dentro del entorno al problema social del que se trate.”

El análisis de la política pública, refiere a un conjunto de elementos que debe sustentarse en información, gestión financiera, recursos económicos y capacidad administrativa, sin embargo, son los tomadores de decisiones quienes priorizan qué problema público se deba resolver a través de una política pública.

La política pública puede entenderse como un conjunto de decisiones fundadas y motivadas que pueden permear en todos los niveles de gobierno, y deben estar sujetas a un conjunto

de normas que permitan la toma de decisiones, utilizados en la administración pública y la legislación; es decir, las leyes, normas, reglamentaciones, los estatutos y los tratados son un ejemplo de política.

Hay diversos autores que han conceptualizado el término de políticas públicas (Mead, 1995, pág. 68) capturó el alcance y el sentido de ese campo académico al escribir que una política pública es *“una aproximación al estudio de la política que analiza al gobierno a la luz de los asuntos públicos más importantes”*. Por su parte, (Lynn, 1980) define una política como *“un conjunto específico de acciones de gobierno que producirán, por su diseño o por otras razones, una clase particular de efectos.”*

Algunos, como (Brewer & De León, 1983) han considerado a estas como *“las decisiones más importantes de una sociedad y que consta de un proceso conformado por sistemas y niveles, articulado en seis etapas: iniciación, estimación, selección, implementación, evaluación y terminación.”* Jean Claude Thoenig (1997) se ha referido a las *public policies* como *“el trabajo de las autoridades investidas de legitimidad pública gubernamental y que abarca múltiples aspectos, que van desde la definición y selección de prioridades de intervención hasta la toma de decisiones, su administración y evaluación”*. Laswell también realiza su aportación y nos señala que *“la política pública es un programa proyectado de valores, fines y prácticas”*. (Laswell D. en Aguilar, (1957) 2000).

También, una política pública implica el establecimiento de una o más estrategias orientadas a la resolución de problemas públicos así como a la obtención de mayores niveles de bienestar social resultantes de procesos decisionales tomados a través de la coparticipación de gobierno y sociedad civil, en donde se establecen medios, agentes y fines de las acciones a seguir para la obtención de los objetivos señalados. En el concepto concurren los aspectos institucionales, los fenómenos participativos, las fórmulas de representación y otros elementos relacionados con las

dimensiones de la democracia, pero ante todo predomina un elemento central para su existencia que es la presencia de la autoridad gubernamental (González Tachiquín, 2004, pág. 110)

De lo anterior podemos concluir que las políticas públicas son las acciones de gobierno, que tienen como propósito realizar objetivos de interés público y que los alcanzan con eficacia y eficiencia. Estas acciones de gobierno tienen un componente normativo y un componente científico-técnico. Por un lado son acciones de política, en tanto se orientan a realizar objetivos de interés y en beneficio de la social en general, y por el otro son acciones que se basan en un razonamiento técnico con el fin de alcanzar los objetivos planteados de los gobernantes se representen a hechos sociales.

Así entonces, está claro que resulta necesario que para construir una política pública eficaz se debe conocer la manera en que una política; ya sea de educativa, salud, agropecuaria y ambiental, han evolucionado con el tiempo y cuáles son los factores que explican el desarrollo de esos objetivos, instrumentos, actores y a qué factores responden los cambios buenos y malos se ha experimentado a lo largo de los años, y el conocimiento adquirido en las políticas públicas, es decir, el empleo de los métodos y resultados del conocimiento en la elaboración de las Pp, hacer que influyan en la toma de decisiones con el fin de mejorar su corrección y eficacia. Ambos objetivos se interrelacionan y tienen como propósito final, asegurar y fomentar el análisis de la decisión de la aplicación de las políticas públicas y, en consecuencia, mejorar la capacidad de decisión del gobierno.

La evolución de las PP continuó por el sendero del análisis económico con la intención de acreditar la eficiencia del gasto público, con la intención de determinar la eficiencia de las políticas públicas cuyo fracaso sería atribuido a la gestión administrativa o al desempeño incorrecto de los servidores públicos a cargo de esta y no al análisis realizado.

También es importante señalar que la política pública es un producto de la relación entre el gobierno y la comunidad y naturalmente compartido entre el poder público y el poder de la ciudadanía según las diferentes formas de influencia e interlocución. En la práctica el concepto de política pública se ha creado como una forma de solución de problemas, esta elaboración se sustenta básicamente en dos cosas: 1) las situaciones sociales que denominamos de interés público, beneficio público o necesidad pública o aquellas otras cosas contrarias a lo deseado como la represión, inequidad, inseguridad pobreza y discriminación y 2) son aquellas que consideramos que el gobierno debe intervenir para brindar la atención con un enfoque de política pública.

Así también, las Pp son entendidas como solución, respuesta, y son diseñadas con la finalidad de que se lleven a cabo acciones cuyos efectos y resultados cambien la configuración del llamado problema. La forma de entender la política como respuesta a problemas públicos - sociales deben ser objeto de conocimiento científico, cuya finalidad es descubrir los nexos causales.

Ahora bien, derivado de las diversas acepciones que se han dado al término de políticas públicas, podríamos decir que los más importantes son los siguientes; 1) Es un conjunto de acciones orientadas a realizar objetivos con contenido para resolver problemas cuya solución se considera de interés público que traen consigo un beneficio; 2) el conjunto de acciones que tienen lugar entre el gobierno y sectores de la comunidad; 3) un conjunto de acciones que han sido aprobadas y decididas por las autoridades públicas competentes y cuya decisión las convierte formalmente en públicas dotándolas de legitimidad; 4) un conjunto de acciones que son llevadas y aplicadas por actores gubernamentales o por estos, asociados con actores de la sociedad que pueden ser civiles y/o económicos (Aguilar, 2012).

Así entonces, la decisión de instrumentar una política pública como un acto de gobierno en sentido estricto, requiere que esa política tenga la característica de pública de conformidad con la decisión del gobierno. No obstante, en la etapa de formulación de la política,

así como en la etapa posterior a su lanzamiento y cumplimiento, participan diversos agentes de gobierno y aquellos que no son parte del mismo pero que interactúan con las autoridades, funcionarios y asesores del gobierno. Usualmente el proceso de decisión no solo involucra al aparato del gobierno pues la toma de decisión es resultado de la relación entre gobierno y sociedad o sector a beneficiar, por ello se dice que es un producto compartido entre el poder público y el sector de la ciudadanía, por tanto es pública y no solo gubernamental.

3.2 ANTECEDENTES DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN MÉXICO.

Como ya se ha mencionado, el nacimiento de las políticas públicas se originó en Estados Unidos de América en los años 50's. En México irrumpió en los años 70's como un tema de implementación de políticas públicas, sin embargo, con la experiencia del vecino del norte, se fue recopilando que la deficiencia presentada se originó de la toma de decisión de ponerlas en práctica pues las interacciones fueron muchos y ponían en riesgo el cumplimiento de sus objetivos, puesto que era necesario incluir la investigación de cómo debía ser implementada la política pública.

Fue en la década de 1980, cuando se creó la Contraloría General de la Federación y se instauró el Sistema Nacional de Planeación con la Ley de Planeación, que exigía la presentación de indicadores financieros y físicos al Congreso por parte de diversas iniciativas de la Administración Pública Federal (Castro, Vela, & Garcia, 2012). Sin embargo, estos ejercicios no fueron orientados hacia el logro de resultados, sino que representaron en su momento un ejercicio de contabilidad gubernamental en que el indicador más importante fue lo que se gastaba, es decir, el gasto ejercido.

Las evaluaciones a las acciones de política social se incrementaron a finales de los noventas, algunas políticas fueron elaboradas con propósitos específicos y sus resultados no siempre

fueron del dominio público, además algunas evaluaciones se originaron derivado del Programa para la Modernización de la Administración Pública Federal (1995- 2000).

Con la creación de la Coordinación Nacional del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) en 1997, cuyo objetivo era coordinar, formular, evaluar la ejecución de dicho programa, por primera vez se incluyó la evaluación de resultados e impactos de un programa gubernamental. El Progresá en su momento se distinguió por ser la primera iniciativa a nivel nacional diseñada con base en hallazgos de investigación para que pudiera ser monitoreada su operación y evaluar su impacto para mejorar el programa (CONEVAL, 2015).

Así pues, el Progresá partió de un diagnóstico antes de su inicio, ejecutado a través de la aplicación de encuestas a hogares a finales de 1997 y principios de 1998; elaborando tres evaluaciones posteriores a finales de 1998 y 1999 (Cardozo Brum, 2006). La Evaluación de Impacto fue externa al programa y en ella participaron organizaciones mexicanas y extranjeras. Esta última proporcionó diversos elementos para que el programa continuará pese al cambio de gobierno, convirtiéndose en marzo de 2002 en el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Las primeras evaluaciones externas del Progresá, realizadas por prestigiosos académicos e investigadores nacionales e internacionales con base en metodologías, significaron un gran avance en la evaluación de programas de transferencias condicionadas en México y otras regiones del mundo (Feinstein, 2015). No obstante, los avances en el proceso de auditoría del Progresá, son insuficientes para comprender el avance que tuvo la evaluación en el país en los quince años recientes.

México durante el proceso incrementó las acciones en materia de política social en los últimos 20 años, por ejemplo; los programas sociales que estaban dirigidos a la población más vulnerable han extendido su cobertura y han aumentado presupuesto considerablemente. Antes del 2019, los principales programas sociales se caracterizaban por ser en su mayoría transferencias

condicionadas, sin embargo, actualmente en la Federación estos programas fueron reemplazados con otros que carecen de la condicionalidad para su transferencia.

Estas condiciones pueden ser que los beneficiarios cumplan con requisitos de atención a la alimentación, salud y educación, pero también cumplir con aquellas condiciones que impliquen que los beneficiarios se involucren en actividades productivas y/o vinculadas al empleo. Estos programas tienen como objetivo principal que en el corto plazo las familias reduzcan sus niveles de pobreza y que a largo plazo desarrollen capacidades para terminar con la pobreza entre generaciones.

Sin embargo, la condicionalidad de las transferencias ha sido cuestionada, pues estas limitaciones pueden atentar contra los derechos humanos, la autonomía y la dignidad de los beneficiarios. Además, en el caso de que los beneficiarios no cumplieran con los requisitos que pide el programa, ponen en riesgo el objetivo del programa por el cual se creó y se perjudicaría a los grupos vulnerables al retirarles esas transferencias.

Los programas que esta administración ha considerado como prioritarios, de acuerdo con el Listado de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social publicado por el CONEVAL, son los programas sociales a los que se les asignó una mayor cantidad de recursos en el PEF 2019 y 2020. Estos programas tienen la finalidad de apoyar económicamente y en especie a grupos vulnerables, principalmente adultos mayores, personas con discapacidad y jóvenes.

Una de las características de la aparición de la política pública en el país fue su crítica directa a la idea de gobernar conforme a un “plan nacional de desarrollo”, que el gobierno de los años ochenta había considerado que era la forma apropiada de gobierno para superar la profunda crisis económica del país y la había elevado como principio constitucional de Estado (arts. 25 y 26). El Gobernar con base en un plan podía parecer algo lógicos y sensato, no obstante las decisiones erróneas de un Presidente de la República sin controles, parecía evidenciar que a través de este plan

la sociedad sabría con claridad los objetivos que seguiría el gobierno y se pusieran candados a acciones coordinadas desde la presidencia calificadas muchas veces como caprichosa, arbitraria u oportunista, cuyas tristes consecuencias sociales eran evidentes en esos años de crisis. Sin embargo, el plan significaba una apuesta a la buena conducción del timón económico del gobierno y una reconstrucción necesaria de la presidencia como el personaje central de la “rectoría del desarrollo nacional”, que para ese tiempo dejaba poco espacio al ejercicio de las libertades económicas de los ciudadanos.

El gobierno mantenía un tono autoritario, al suponer que las acciones de las organizaciones y personas en el plano económico y social eran susceptibles de ser planificadas, se les podía y debía imponer prioridades, objetivos, y áreas. De manera extraña y paradójica, la propuesta del plan aparecía en un momento en el que sectores sociales y regiones clave del país se resistían a subordinarse a las órdenes del gobierno presidencialista y por el contrario, trataban de restablecer sus libertades políticas y económicas, dado que habían perdido confianza en la capacidad directiva del gobierno. El plan era elaborado y decidido en las oficinas de la presidencia, y era gestionado por un equipo de planeación democrática que reproducía la cadena de mando de gobernantes y funcionarios por todos los puntos del país, sin incorporar realmente las propuestas de los ciudadanos. (Aguilar, L. 2012)

3.3 EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MÉXICO.

La evaluación de las políticas públicas es un elemento clave para analizar la eficacia, eficiencia, impacto y sostenibilidad de las medidas implementadas y, a partir de la evidencia generada sobre su implementación y resultados, se toman las medidas necesarias encaminadas a su mejora. Entonces, en teoría la evaluación permite identificar lo que funciona y en

qué medida lo hace, el avance de los objetivos, así como las problemáticas que impiden la consecución de los mismos.

Para tener un mapeo de su éxito o fracaso, es necesario medir las consecuencias de su implementación, sin embargo, resulta en muchos de los casos complejo, pues depende de muchas variantes y de una adecuada y eficiente recolección de información de los programas y/o políticas a evaluar y su impacto en la población objetivo.

Esta evaluación puede realizarse con objetivos y criterios muy diversos como lo es la disponibilidad de recursos, el análisis de procesos, y claro no puede faltar medir la eficacia, eficiencia, calidad, equidad, entre otros, pero la doctrina ha considerado que la más importante es la evaluación de impactos por ser la más compleja. Pues esta implica valorar el conjunto de efectos, directos o indirectos y que la intervención realizada ha provocado soluciones al problema que la originó (Cardozo Brum, 2013, págs. 39-59). Este tipo de evaluación se aplica desde la década de los ochenta.

Dicha evaluación busca establecer relaciones de causalidad entre el programa y/o política y sus efectos; ya que es necesario verificar relaciones de causa-efecto estables entre ciertas acciones y sus supuestas consecuencias. Para la construcción de indicadores se requiere el conocimiento de los objetivos y actividades de la política o programa evaluado, las fuentes de información disponibles, los estándares de aceptabilidad, la periodicidad de la información y sus usuarios potenciales. Dichos estándares pueden presentarse desde las metas planteadas o resultados de unidades de análisis similares a las evaluadas.

Cabe mencionar que los organismos multilaterales suelen solicitar que los indicadores se diseñen siguiendo la orientación de su marco lógico: objetivo general, objetivos específicos, metas, indicadores, fuentes de información y resultados. (Pacheco, Ortegon, & Sanin, 2015). La Comisión Económica para América Latina y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID,

1997) han propuesto el uso de una matriz de cuatro filas que contengan; objetivo superior, objetivo específico, productos o componentes y actividades; y cuatro columnas; resumen narrativo de objetivos, indicadores para medirlos, medios de verificación de los anteriores y supuestos de desarrollo. Respecto al Banco Mundial (BM, 2004), su marco lógico se compone de indicadores para: 1) monitoreo de desempeño continuo: de entrada, actividades y salida (resultados de corto plazo), y 2) evaluación de impacto (de largo plazo).

Diversos Críticos han señalado que los criterios utilizados en las mediciones cuantitativas se basan fundamentalmente en la eficacia (logro de objetivos), la eficiencia (logro de resultados al menor costo posible), la efectividad (impacto, incluyendo externalidades positivas y negativas) y la equidad (distribución de los objetivos logrados en relación directa con las necesidades existentes). Es de destacar que cuando se habla de logro de objetivos y de costos, no se hace referencia sólo a los de carácter económico, sino también a los sociales y ambientales, de ser el caso.

En la práctica del análisis de las políticas identificamos que hay un conjunto de técnicas medianamente exploradas que no han sido plenamente exitosas en ningún contexto nacional, particularmente en el caso mexicano, ya sea por su excesiva simplificación y falta de realismo o como por la arraigada tradición de tomar decisiones gubernamentales sin el debido contexto y con base en otros criterios: intereses políticos, experiencia previa, motivos electorales. La única alternativa viable a considerar es aquella que capte la verdadera esencia del problema y su complejidad de los procesos desde una óptica multidisciplinaria y que fomente una activa participación social que exija nuevos criterios de decisión con la idea de mejorar la calidad de vida de la población o resolver el problema que se prevé solucionar no solo de manera efectiva sino plena e integral.

La promulgación de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) en 2004, con el consenso de todos los actores políticos, estableció al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) como el responsable de normar y coordinar la evaluación de las Políticas y Programas de Desarrollo Social, ejecutadas por las dependencias y entidades de la administración pública federal, además de establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza.

Las primeras iniciativas de evaluación analizaron el Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural (PIDER) y el Programa Integral para el Desarrollo Rural y la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) durante la década de 1970 en colaboración con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); sin embargo, las evaluaciones sobre los efectos de los programas sociales promovidas desde la administración nacional acontecieron en la segunda mitad de los años noventa del siglo XX (CONEVAL, 2019).

La explicación más importante que da sentido el cambio de cultura hacia la evaluación sucedió a partir de los avances democráticos en el país, entendidos como el equilibrio de poder entre el Congreso y el Ejecutivo, iniciados en 1997. Esta variable fue el punto de partida de una nueva era en la política mexicana, pues ningún partido había logrado ganar la Presidencia y alcanzar la mayoría absoluta en el Congreso de manera simultánea. Ello fue posible gracias a los acuerdos entre los grupos parlamentarios para modificar la legislación y promulgar las normas que rigen la actuación de los entes de gobierno, además de robustecer la vigilancia y control del gasto público. Esta nueva acción provocó la creación y aprobación de la primera norma para el seguimiento efectivo del gasto público y los resultados de las políticas públicas. Como consecuencia, en 1998 el Congreso estableció que todos los programas federales que entregarán subsidios y transferencias debían normarse con Reglas de Operación (ROP). Un año después, el

Congreso instituyó que los programas federales sujetos a estas últimas debían realizar evaluaciones externas.

También se creó la Auditoría Superior de la Federación, por parte del Congreso de la Unión, con el objetivo de fiscalizar los recursos ejercidos por el Ejecutivo Federal, y la Secretaría de la Función Pública a cargo de realizar las auditorías del desempeño. En 2002 se promulgó la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental que, entre otros aspectos, es garantizar la apertura y acceso de los registros administrativos que puedan ser de acceso público (como los padrones de beneficiarios de los programas sociales) y susceptibles de utilizarse para realizar las evaluaciones.

Todos estos cambios tenían como finalidad que el Ejecutivo actuará con mayor transparencia en su gestión e iniciará la construcción ordenada de un sistema de evaluación, medición y monitoreo de la política pública, en particular de la política de desarrollo social. Asimismo, con el marco normativo, la evaluación se convirtió en una estrategia que, además de fomentar una cultura de transparencia y rendición de cuentas, buscaba contribuir a la mejora continua de los programas, planes y políticas vinculados al desarrollo social. Aunque ha habido iniciativas para evaluar programas de desarrollo social en México, el ejercicio normado a través de una política de evaluación orientada hacia el logro de resultados existe desde hace poco tiempo.

Además de los cambios antes señalados, fue necesario ordenar el proceso pues, la Ley General de Desarrollo Social le otorga al CONEVAL la facultad de evaluar toda la política de desarrollo social, pero la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria le concede a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y a la Secretaría de la Función Pública potestad amplia de evaluar toda la política pública. Eso significa que hay que realizar arreglos específicos para evitar que el sistema de evaluación se vicie de huecos o duplicidades.

Podemos concluir que la evaluación contribuye a tener un proceso de mejora continua de las políticas públicas para lograr su efectividad, es decir, que atiendan principalmente a los principales problemas de la población, particularmente en el ámbito del desarrollo social. Además de mejorar programas y políticas, la evaluación ayuda a fortalecer la democracia porque, por un lado, al tener evidencia de lo que funciona, y de los recursos empleados también los ciudadanos pueden participar en la construcción de políticas públicas, y por el otro, con los resultados de la evaluación y los recursos empleados para su instrumentación, se apoya el proceso de rendición de cuentas.

3.4 LA PANDEMIA EN MÉXICO COMO UN TEMA DE GESTIÓN PÚBLICA.

México presenta avances muy diferentes en materia de análisis y de evaluación de políticas públicas. Si bien su estudio se introdujo al país a inicios de los años ochentas y las técnicas empleadas en el campo del análisis tenían ya treinta años de utilizarse en diversos países como Reino Unido, Francia o Estados Unidos de América, su enseñanza en programas de estudio de posgrado fue restringida y no habían llegado a utilizarse en forma amplia en una práctica de gobierno, que estaba acostumbrado a tomar decisiones basadas más en el interés político que en su análisis económico, técnico, y social.

Se tiene conocimiento que en el continente americano a principios del siglo XX, gran parte de las muertes fueron causadas por epidemias derivadas de la difteria, tosferina, tétanos, sarampión, tuberculosis, poliomielitis, el promedio de vida no sobrepasaba los 50 años (Orive, 2020). Ante ese problema, las políticas públicas de salud desarrollaron programas que ofrecieron cobertura a través de la vacunación universal, un programa que derivó de un estudio epidemiológico y que desde el punto de vista técnico brindaba el beneficio social requerido. Sin embargo, a través

de los años se han identificado fallas en las políticas públicas de salud por la falta de evidencia científica veraz.

Por otro lado, la vacunación ha favorecido el aumento en el promedio de vida, pero como consecuencia, la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades de corazón y la obesidad, que ahora aparecen cada vez en edades más jóvenes y con mayor frecuencia por la falta de políticas públicas de salud eficaces e intereses ajenos a la política pública. Estas afecciones causan un gran impacto económico y social y han representado un reto de salud mundial, pública constante, y actualmente un factor de riesgo de mortalidad durante la pandemia causada por Covid 19, creando una crisis en materia de salud pública, económica y política.

Es un hecho conocido que en la población mexicana así como en muchos países de la región, cuentan con preexistencias de enfermedades crónicas degenerativas que han sido un factor determinante para la complicación de la salud de las personas con el virus SARS-CoV-2. En el caso de México se ha dicho que la mayoría de las personas fallecidas eran mayormente vulnerables por enfermedades, diabetes, cerebrovasculares, pulmonares y del corazón, que obedecen a personas en situación de obesidad e hipertensión y derivaron en complicaciones con neumonías atípicas.

En múltiples debates con expertos, se ha cuestionado en torno a las medidas que tomó el gobierno federal para manejar la pandemia denominada COVID-19, principalmente por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud a cargo del Dr. Hugo López Gatell, autoridad en el presente gobierno quien se ungió como artífice y quién llevó la batuta en la toma de decisiones para la prevención, control y contención del virus antes señalado. No obstante, su actuación ha dejado sinsabores, pues ha sido una constante escuchar la crítica en donde quedó evidenciado las fracturas nacionales y problemáticas entre los diferentes órdenes de la administración pública federal, estatal y local, ello aparentemente respaldado por intereses propios y partidistas, ante una

política de Gobierno Federal vertical, centralizada y jerarquizada, lo que ha impedido una mayor comunicación entre los diferentes actores de la sociedad civil.

Lo anterior se robustece con la idea de que la pandemia provocada por el nuevo coronavirus SARS-Cov-2 puso al mundo en una situación de respuesta inmediata, la mayoría de las acciones o medidas de contención se realizaron sin una infraestructura adecuada y si evidencia científica veraz que pudieran sostener las acciones globales en los sistemas de salud de todos los países, ya que al ser un evento sin precedentes y el poco tiempo que se tuvo para reaccionar se vio reflejado en la incidencia de casos reportados a nivel mundial, hasta el 6 de enero de 2021, se habían registrado 85,091,012 casos confirmados (585,557 casos nuevos) y 1,861,005 defunciones (11,632 nuevas defunciones), con una letalidad global de 2.2 %; en América los casos reportados hasta ese momento fueron de 242,785 dando un porcentaje de distribución de 41.5%³.

Ciertamente, la evidencia científica como los datos epidemiológicos, son elementos básicos para guiar a las políticas públicas de salud de cualquier país, las cuales tienen como principal función guiar las acciones para dar una respuesta socialmente organizada y comprometida con el fin inmediato, a través del uso adecuado de los recursos humanos y materiales. Estas políticas públicas tienen su operación a través de los programas que de ellas emanen, es decir, llegan a concretarse cuando se transforman en servicios de conformidad con las necesidades de salud de las comunidades.

Después de que la Organización Mundial de la Salud declaró como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV 2 (COVID-19), el gobierno de México a través de la Secretaría de Salud, publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 24 de marzo de 2020, el Acuerdo mediante el cual instruyó a las dependencias y entidades de la administración pública federal de los tres órdenes de gobierno a coordinarse y brindar apoyos que fueran necesarios para la instrumentación de las medidas

preventivas contra la enfermedad provocada por el virus del SARS-CoV 2 (COVID-19), instrucción que fue sancionada por el Ejecutivo Federal a través del Decreto publicado en el mismo diario de difusión oficial, en versión vespertina, del mismo día 24 de marzo de 2020.

Con dicho mandato del presidente de la república, ordenó a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal a mantener una coordinación con la Secretaría de Salud para la instrumentación de las medidas de mitigación, prevención y control, pues dicha Dependencia era la única instancia responsable de la emisión y manejo de la información oficial, toda vez que era la competente para la interpretación de los efectos administrativos del presente Acuerdo, así como la resolución de los casos no previstos en el mismo.

Por diversa publicación del 27 de marzo del 2020, la Secretaría de Salud tenía la facultad de implementar de manera inmediata, acciones extraordinarias como la de; adquirir todo tipo de bienes y servicios, a nivel nacional o internacional, así como todo tipo de mercancías y objetos que resulten necesarios para hacer frente a la contingencia, sin necesidad de llevar a cabo el procedimiento de licitación pública, por las cantidades o conceptos necesarios para afrontarla; así como la de importar y autorizar la importación, la adquisición en el territorio nacional de los bienes y servicios citados anteriormente, sin necesidad de agotar trámite administrativo alguno, por las cantidades o conceptos necesarios para afrontar la contingencia, estas medidas principalmente estaban direccionadas a prevenir la diseminación del virus que era el principal problema a solucionar.

El 03 de abril de 2020, se publicó en el DOF otro Acuerdo secretarial, mediante el cual se otorgaban facilidades en el curso de los diversos trámites respecto a que no existía la necesidad de agotarlos por parte de las unidades facultadas, pues aquellos que se encontraban a cargo de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, era con la finalidad de responder a la emergencia derivada de la enfermedad generada por el virus SARS-CoV 2 (COVID-

19). La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) prestó asesoría inmediata y expedita a las unidades facultadas, para llevar a cabo la adquisición de los bienes y servicios de que se trata, en el caso en concreto las vacunas, en el menor tiempo posible y bajo condiciones de calidad y seguridad.

CAPÍTULO IV

EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN MÉXICO CONTRA EL VIRUS SARS-COV-2 (COVID-19)

4.1 GESTIONES PÚBLICAS POR PARTE DEL SECTOR SALUD PARA LA CONTENCIÓN AL COVID-19.

Como ya lo hemos señalado, el Gobierno de México a través de la Secretaría de Salud Federal estuvo a cargo de coordinar diversas acciones con las demás dependencias y entidades de la administración pública federal, con la finalidad de reforzar la respuesta de los esquemas locales de salud ante el crecimiento de la epidemia de COVID-19 en las diferentes regiones del país. Por tanto a través del Instituto de Salud para el Bienestar (antes INSABI) y la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud en México (OPS) y la Secretaría del Bienestar, diseñaron una estrategia de promoción, prevención, atención y mitigación del COVID-19 denominada “estrategia de atención primaria en salud para covid-19” misma que permitiría continuar con las acciones de salud pública a nivel comunitario y del primer nivel de atención en el marco del esquema de salud pública.

La estrategia antes referida se basó básicamente en 3 acciones comunitarias para atender a la población, para lograr esto se basaron en tres grupos; 1) Brigada Comunitaria de Promoción de la Salud; 2) Brigada Especializada y 3) Equipo de atención clínica (personal de la unidad de salud). Las brigadas comunitarias de promoción de la salud y las brigadas especializadas operaron como un complemento y en estrecha vinculación a las acciones que desarrollaban los equipos de atención clínica en las unidades de primer nivel de atención.

La instrumentación de esta estrategia, se realizó progresivamente dando prioridad a los municipios con base a criterios de mayor incidencia de casos de COVID-19, criterios de vulnerabilidad social y grado de transmisión comunitaria.

También se puso en marcha el Programa “Fortalecimiento de la Atención Médica” ante la pandemia de COVID-19, para reforzar acciones en las entidades federativas con atención primaria a la salud en 240 unidades médicas móviles que otorgaron más de 71 mil consultas. Asimismo, hasta octubre de 2021 se realizaron casi 400 mil acciones de promoción y prevención de la salud, dirigidas a la detección y atención de síntomas del virus SARS-CoV-2.

Por lo que respecta a la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2, también fue una de las medidas que se anunciaron con mayor éxito, al reducir la carga del virus de esta enfermedad y las defunciones por esta causa. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que, “en caso de epidemia de carácter grave, peligro de invasión de enfermedades transmisibles, situaciones de emergencia o catástrofe que afecten al país, la Secretaría de Salud será quien dicte inmediatamente las medidas indispensables para prevenir y combatir los daños a la salud” (Cámara de Diputados, 2024). Por tanto el gobierno de México a través de la Secretaría de Salud, instrumentó la Política Nacional de Vacunación, que contiene la estrategia operativa del proceso de vacunación en territorio mexicano y de la cual no entraremos a detalle ya que es materia de un complejo y diverso análisis.

Por otra parte, la Jornada Nacional de Sana Distancia (JNSD) fue una estrategia del Gobierno Federal que buscaba disminuir el riesgo de contagio y propagación del virus SARS-CoV-2, a través de acciones de mitigación que incluían el famoso distanciamiento social, confinamiento parcial o total de la población, medidas de higiene como lavado frecuente de manos, estornudo de etiqueta y la reducción del autocontacto de nariz, boca y ojos y el saludo a la distancia (consistía en evitar dar la mano, abrazar y dar besos). Además de lo anterior, había otros puntos importantes de la JNSD, que fue la suspensión temporal de “actividades no esenciales” y protección de los adultos mayores (Gobierno de México, 2020). Esta política del gobierno federal fue el

resultado de una situación de emergencia mundial declarada por entidades internacionales competentes y que trajo consigo una nueva realidad para el mundo.

La JNSD marcó un inicio en la gestión pública gubernamental con relación a la pandemia, ya que antes de establecer dicha estrategia había una sensación de indecisión, de contradicciones, de una incertidumbre y despreocupación sobre las medidas que habría que adoptarse a nivel local y nacional ante la inminente presencia del virus en México, además de que fueron ciertas manifestaciones públicas poco afortunadas sobre la forma de tratar la pandemia que ya era una realidad.

Al inicio de la JNSD, hubo contradicciones acerca del uso del cubrebocas; por una parte la Jefa de Gobierno de la Ciudad de México, Claudia Sheinbaum recomendó su uso, sin embargo el vocero del Gobierno Federal y encargado de la estrategia de salud ante la pandemia, indicó en más de una ocasión que no era demostrable ni verificable que su uso inhibiera los contagios, no obstante, en un plano de salud mundial, la OMS exigía como obligatorio su uso. Los discursos de profesionales de la salud en México también fueron reiterativos y puntuales en la necesidad del uso de cubrebocas para disminuir el riesgo de contagio.

Esta contradicción generaba una percepción equivocada sobre qué tan contagioso era el virus SARS-CoV 2, toda vez que, si el gobierno federal “trataba de mitigar los riesgos” a través de medidas como la JNSD que involucra el uso de cubrebocas, la higiene y el cuidado, parecía que esto era prescindible pues según el discurso reiterado al inicio de la pandemia, el Subsecretario de Salud, Hugo López-Gatell, señalaba que no “existía evidencia científica suficiente” que demostrara la utilidad del cubrebocas. En consecuencia, organizaciones dedicadas a la salud, académicos, así como diversos medios de divulgación científica criticaron dicha afirmación, pues si bien no se tenía suficiente evidencia científica de cómo avanzaba el virus, también era cierto que había ya numerosos estudios académicos que habían resaltado la importancia del uso del cubrebocas

como medida necesaria de prevención en los diferentes espacios de interacción con las demás personas.

Otra señal que se percibía en el ambiente de forma equivocada, era la que presentaba el presidente Andrés Manuel López Obrador, pues en diversas ocasiones se posicionó por una estrategia del gobierno federal para disminuir los casos y no politizar un evento de tal magnitud como lo fue la pandemia. Sin embargo, su narrativa durante la JSND revela la contradicción del discurso institucional y su resistencia al uso del cubrebocas. Esto es importante recordarlo, pues considerando los niveles de aceptación que tenía, en términos de riesgo, esta presentación adoptaba consecuencias en la construcción de ideas y prácticas a replicar en la sociedad mexicana.

Luego entonces, ante la declaración a nivel mundial de la OMS, que declaró oficialmente al Covid-19 como pandemia, aún no se percibía plenamente la magnitud del desastre epidemiológico que vendría en camino, y tampoco se esperaba que fuera tan fatal como se presentó, hablando de cifras de mortalidad en el mundo, debido a la alta complejidad que significaba la logística del traslado físico y continuo de las personas entre sus áreas de origen y de destino. Los periódicos de mayor difusión en el ámbito nacional en México ya adelantaban que, a nivel mundial, la situación era crítica en el ámbito de la conectividad y de la salubridad, como en lo social y lo económico.

Esta paralización necesaria, se vio reflejada en nuestro país hasta el 23 de marzo del 2020 que se publicó la JSND, esto fue, 12 días después de hacer oficial la declaración de la OMS y 25 días después de la aparición del primer caso en México. Esto es, casi un mes después del inicio de los casos presentados en el país para que las autoridades tomarán las medidas que debían comenzar a hacer frente al contagio del virus, sin embargo, las fechas fueron ampliándose y postergándose debido al crecimiento de la crisis.

Ante esta desorientación que causó la pandemia, el gobierno federal concluyó de manera conjunta la JSND y, en consecuencia, comenzó un retorno a las actividades socioeconómicas dentro de un proceso escalonado. Para ello, estableció la estrategia de un Semáforo Epidemiológico para atender la emergencia, el cual se planteó el 14 de mayo de 2020 y se puso en vigor el 1 de junio (Secretaría de Salud, 2022). Esta medida de semáforo por regiones, fue un sistema de estimación de riesgos que permitió entender y comunicar el riesgo epidémico poblacional a nivel local o regional de una manera más sencilla, así como sugerir las acciones que debían de implementarse en las localidades de acuerdo con la intensidad de la epidemia (Secretaria de Salud, 2022b).

Este semáforo fue la estrategia que intentó generar certezas, que disminuían los contagios, y por ende que el control propuesto por esta medida nacional buscaba la unificación de los niveles de riesgo de los diferentes estados del país, sin embargo, como se vio en la práctica los criterios e interpretaciones contrarias y heterogéneas de cada región, dieron cuenta de la temporalidad intermitente, e indefinida del riesgo, pues lo que se observó fueron ritmos y movimientos no dirigidos en una misma dirección derivado de las constantes medidas regresivas de contención en razón del semáforo epidemiológico.

La sensación nacional sobre las consecuencias era evidente, en autoridades del gobierno como lo fue Hugo López-Gatell, quien expresó, en septiembre de 2020, que se había considerado con base en proyecciones matemáticas que en octubre del mismo año, la primera mitad de los estados en la primera quincena, la segunda mitad en la segunda quincena, y había algunos, dos o tres estados que posiblemente serían hasta noviembre para llegar al semáforo verde, en la medida en que empiecen los semáforos a estar en verde, se podrá ir abriendo el espacio educativo y de comercio. (Expansión, 2022).

Fue tan evidente y representativa la falta de visión por parte del Gobierno Federal, que en su momento el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud señaló que era “cuestión de tiempo” y que antes de diciembre del 2020, todo el país estaría en semáforo verde con una normalidad establecida. Por supuesto que dicha aseveración carecía no sólo de elementos de convicción que permitían suponer que dicha situación fuera posible, sino que además, fue omiso a los comunicados que difundían organismos internacionales calificados en el sentido que sería una pandemia larga quedando demostrado nuevamente una construcción equivocada de los escenarios venideros.

4.2 PANORAMA INTERNACIONAL SOBRE LAS CONSECUENCIAS PRODUCIDAS POR EL VIRUS SARS-COV 2.

De acuerdo a un estudio de la CEPAL, (Cid, & Marinho , 2022) los datos para los países de América Latina muestran que:

Donde hay mayores niveles de pobreza y pobreza extrema, el exceso de mortalidad medido en tasa de muertes por cada 100.000 habitantes fue más alto en aquellos países en pobreza. Casos como el de México, Ecuador, El Salvador y Nicaragua cuyos niveles de pobreza superan al 30% de la población, tuvieron una mayor proporción de exceso de mortalidad que países como Cuba, Paraguay Costa Rica y la República Dominicana, donde la pobreza afecta a menos de un cuarto de su población. La misma tendencia se observó al considerar el exceso de mortalidad según la población en pobreza extrema; el exceso de mortalidad fue más alto en países como Ecuador y Nicaragua. Además se observó que los datos respecto a el Perú y del

Estado Plurinacional de Bolivia están significativamente fuera de la tendencia, a pesar de no tener los niveles más altos de pobreza y pobreza extrema, lo que aparentemente podría estar relacionado con los altos niveles de informalidad en dichos países, también, en menor medida, se observa que en Guatemala y Colombia el exceso de mortalidad no ha sido particularmente alto aún y cuando tienen altas tasas de pobreza y pobreza extrema” (págs. 19-20).

Durante la última década los países de América Latina y el Caribe, sus ingresos públicos totales de los gobiernos centrales de América Latina promediaron el 18% del PIB. Este letargo se debió a la lentitud de la reactivación de la actividad económica, la caída de los precios internacionales de las materias primas que afecta especialmente a América del Sur y a México, la reducción de aranceles por la apertura comercial, la evasión fiscal, es decir, todos los ingresos públicos se vieron afectados por la fuerte contracción de la actividad económica a nivel mundial, acentuando diversos elementos que fueron potencializados por los efectos de la pandemia.

Las estrategias para hacerle frente a esta crisis sanitaria tuvo y sigue teniendo efectos recesivos sin precedente sobre la economía (CEPAL, 2022). Ante la sorpresiva aparición del COVID-19, la inexistencia de tratamientos médicos para la enfermedad así como la falta de sistemas de salud solventes, se optó en todo el mundo por estrategias de confinamiento domiciliario, de distanciamiento social, algunos de ellos de manera obligatoria e higiene personal profunda. Como consecuencia a ello, la economía mundial enfrentó un agresivo colapso de sus economías pues se presentó una reducción involuntaria, pero obligada de la oferta de trabajo, y una baja en la oferta de bienes y servicios resultante de la cancelación de actividades productivas. Además con la paralización económica trajo consigo una significativa caída del empleo y los ingresos de la población que habrá que distinguir sobre aquella población que se labora en el ámbito informal, lo

que provocó un choque negativo en la demanda y en consecuencia en el ingreso de la gente, por ello, la pandemia se transformó pronto en la recesión más profunda que se ha tenido en los últimos cien años.

Tabla 2. Disminución del Producto Interno Bruto 2020 - 2021

Región	2020 (PIB)	2021 (PIB)
Mundo	-3.40%	5.90%
Zona Euro	-6.40%	5.20%
Estados Unidos	-3.60%	5.60%
México	-8.30%	5.30%

Fuente: Fondo Monetario Internacional (FMI), 2022.

En la tabla 2 se muestra la variable del Producto Interno Bruto para los años 2020 y 2021, (Reyes Hernández & y Mejia Reyes, 2022) toda vez que los gobiernos de los diferentes países utilizaron distintas estrategias para mitigar los efectos nocivos de la crisis sanitaria. Dado que la economía mundial cayó; la Zona Euro, Estados Unidos y México tuvieron una disminución evidente en su PIB, por tanto, la crisis sanitaria dificultó la recuperación de la economía a lo largo de 2021. Resulta importante en análisis antes referido pues México es quien proporciona el dato estadístico relevante respecto a la disminución del PIB del 2021 con respecto al año 2020.

Para el presente caso, la variable del PIB se mide de acuerdo al valor monetario de los bienes y servicios finales es decir, los que adquiere el consumidor final producidos por un país en un período determinado (por ejemplo, un trimestre o un año), y cuenta todo el producto generado dentro de las fronteras. Abarca los bienes y servicios producidos para la venta en el mercado, pero incluye también otros, como los servicios de defensa y educación suministrados por el gobierno.

Dado que el PIB se mide en la moneda nacional, es necesario hacer un ajuste al comparar el valor del producto de dos países con distinta moneda. Lo que se acostumbra es convertir el valor de cada PIB a dólares de EE.UU.; esa conversión se basa en el tipo de cambio vigente en el mercado de divisas o en el tipo de cambio ajustado según la paridad del poder adquisitivo (PPA). Este último es el tipo de cambio que habría que aplicar al convertir una moneda a otra para poder comprar el mismo volumen de bienes y servicios en cada país. En los países de mercados emergentes y en desarrollo hay una gran diferencia entre un tipo de cambio y otro; en la mayoría, la relación entre el tipo de cambio de mercado y el ajustado según la PPA es entre 2 y 4.

A nivel internacional los efectos de la pandemia han sido heterogéneos tanto a nivel de la población como en las diferentes regiones. Por ejemplo, América Latina ha sido de las regiones más afectadas tanto en términos económicos como sociales. El desplome de la producción, así como la reducción del comercio mundial y la caída de los precios de exportación, en especial de materias primas (productos agrícolas, metales, petróleo), debido a la reducción de la demanda, afectaron de manera importante el valor de las exportaciones de la región. (Cepal, 2020a; y (FMI, 2020). Como estableció el Fondo Monetario Internacional (IMF) las amplias medidas de política económica y las nuevas iniciativas para hacer frente a la pandemia evitaron un mayor desplome de la actividad económica a nivel global (IMF, 2020a).

Ahora bien, específicamente en México, con respecto a la política para enfrentar la crisis, algunos medios de difusión sostuvieron que el gobierno mexicano adoptó medidas fiscales muy limitadas, pues destinó alrededor de la quinta parte de lo que asignaron otros países emergentes, e incluso menos si se toma a América Latina como referente (Esquivel, G. & Provencio, E., 2020). El gobierno argumenta que estas políticas fueron restringidas debido a la insuficiencia de recursos fiscales y, que de igual forma, que el gobierno priorizó la sostenibilidad de las finanzas públicas toda vez que el Presidente en varias ocasiones señaló enfáticamente que no se contrataría deuda para

hacer frente a la pandemia, entonces se buscó de cualquier forma no poner en riesgo esa sostenibilidad, situación que pone entredicho la viabilidad de dicha medida ante el creciente número de defunciones.

Debido a ello, México como los países de la región y del mundo enfrentaron las primeras consecuencias inmediatas; un mayor desempleo que afectó principalmente a los servicios turísticos y recreativos, a los trabajadores jóvenes, muy jóvenes y de más de 60 años, y a los de peores salarios. Las altas tasas de informalidad, inhibieron el confinamiento, pues aumentó el trabajo por cuenta propia; además de que pocos países prevén prestaciones de desempleo, sólo para el año 2019, en ocho países de América Latina y el Caribe los trabajadores del sector formal tenían seguro de desempleo, los sistemas de protección social fueron afectados financieramente en su mayoría por la mayor demanda de camas, atención hospitalaria e insumos médicos.

La desaceleración previa a la pandemia, el cierre de actividades consideradas no prioritarias y la reducción de la movilidad de la población como producto de las medidas sanitarias provocaron una profunda caída de la actividad productiva en 2020 y una lenta recuperación en 2021, en tanto que las limitadas políticas monetaria y fiscal parecen no haber sido relevantes, no al menos de forma ejemplar en la región.

Al enfrentar esta recesión sin precedentes, el gobierno mexicano priorizó una política fiscal de austeridad y no endeudamiento como ya se mencionó, esto fue para mantener la sostenibilidad de las finanzas públicas (Hernández, F. 2020). De esta manera, se buscó preservar las fuentes de empleo y el ingreso de las familias en condición de vulnerabilidad, se otorgaron apoyos al sector productivo y a los hogares por un monto de 204.9 mil millones de pesos, equivalente al 0.82% del PIB, cantidad minúscula comparada con otras economías del orbe. Destacan la ampliación de programas sociales ya existentes, el otorgamiento de créditos y subsidios a personas físicas y microempresas y el aumento de las transferencias a las entidades federativas (CEPAL,

2020). Además, el sector salud contó con 40 mil millones de pesos adicionales (0.16% del PIB) para hacer frente a la emergencia a lo que se sumó el cambio hacia un nuevo sistema de salud, como fue el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, INSABI que poco duró pues para el año 2023 cambió a IMSS Bienestar.

Parte de los gastos de estos programas se financiaron con recursos del Fondo para la Prevención y Atención a Emergencias por un monto de 180,733 millones de pesos (0.7% del PIB), el Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud y la reasignación de otros rubros del presupuesto, como el Seguro Popular (que dejó de operar en 2020) y gastos extraordinarios. De manera adicional, la SHCP incluyó como pasivos contingentes un programa de garantías y créditos de la banca de desarrollo por un monto de 253.3 miles de millones de pesos (SHCP, 2020).

En el contexto regional, para desacelerar o contener el desplome económico mundial frente al COVID-19, los países implementaron medidas de política económica con la finalidad de apoyar las necesidades de gasto de familias y empresas mediante ayudas directas, reducción o retraso en el pago de impuestos y las cotizaciones a la seguridad social, líneas de liquidez con garantías públicas, extensión de prestaciones por desempleo, disminución de tasas de interés y crédito bancario, entre otras (Banco Mundial, 2020).

Estados Unidos de Norteamérica, Reino Unido y Canadá, fueron los países que aumentaron significativamente su déficit en 2020 con relación al año 2019 (entre 10 y 11 puntos porcentuales del PIB), mientras que el país que más incrementó su deuda en la zona fue Canadá con un 35% del PIB, seguido de España con 22.6% (FMI, 2021). En Latinoamérica y otras economías del orbe, donde los apoyos han sido más modestos, el déficit fiscal creció 4 puntos porcentuales durante el mismo año 2020. En el caso de México, el déficit pasó de 2.3 a 4.6% y la deuda de 53.3 a 60.6% del PIB, cifras diseñadas aparentemente para buscar una ventaja significativa en fase de recuperación (IMF, 2021a).

Tabla 3. Aumento de déficit y deuda con respecto al 2019

País	Aumento del Déficit (%)	Aumento de Deuda (% del PIB)
Estados Unidos	10 a 11	n/a
Reino Unido	10 a 11	n/a
Canadá	10 a 11	35
España	n/a	22.6
América Latina	4	16.3
México	2.3 a 4.6	53.3 a 60.6

Fuente: Fondo Monetario Internacional (FMI), 2021. (Informe Anual del Fondo Monetario Internacional, DE 2021).

En la tabla 3, se advierten las variables aumento del déficit y aumento de deuda, medidos en porcentaje para ambos casos, en ambos casos México resulta ser un parámetro importante en el aumento de la deuda. Entonces una de las desventajas de los apoyos fiscales es la presión que ejercen sobre las finanzas públicas al aumentar el déficit fiscal y la deuda del gobierno. Por ejemplo, los datos de la tabla de referencia nos dan un argumento cuantitativo general.

Así, el aumento de deuda y déficit obedecen a factores internos y a factores externos. Entre los factores internos cabe señalar la aplicación de políticas fiscales y monetarias inadecuadas, que puede conducir a grandes déficits fiscales o en cuenta corriente y a altos niveles de deuda pública. Entre los factores externos cabe mencionar los desastres naturales hasta fuertes sacudidas de los precios de las materias primas. Ambos factores son una causa común de crisis, especialmente en los países de ingresos bajos.

A menudo, los países que recurren al FMI enfrentan más de un tipo de crisis, ya que los problemas de un sector se extienden al resto de la economía. Por lo general, las crisis pueden desacelerar el crecimiento, aumentar el desempleo, reducir los ingresos y crear incertidumbre, lo

cual da lugar a una profunda recesión. En las crisis graves, es posible que no pueda evitarse el incumplimiento o la reestructuración de la deuda soberana.

La pandemia de COVID-19 fue un ejemplo de factor externo que afectó a países de todo el mundo, siendo el FMI quien respondiera con una asistencia financiera sin precedentes para ayudar a los países a proteger a los más vulnerables y sentar las bases de la recuperación económica.

En el ámbito internacional, México como ya se ha mencionado en el presente trabajo fue de los países que implementaron menos programas de apoyo para enfrentar la pandemia, los apoyos fiscales llegaron por debajo de los promedios de otros países equivalentes a 8.9 y 11.0%. Los programas de apoyo de México se quedaron incluso muy por debajo de los de países con un nivel similar de desarrollo, como Argentina, Chile, Brasil y Turquía. Las medidas monetarias y financieras que se implementaron tenían como objetivo ofrecer liquidez a familias y empresas a través de la banca comercial, con la intención de minimizar el daño económico.

Tabla 4. Medidas monetarias en términos del PIB

País	Medidas Monetarias (% del PIB)
Estados Unidos de América	33
Reino Unido	19.5
Japón	16.6
España	14.8
Chile	9.9
México	3.3

Fuente: Fondo Monetario Internacional (FMI), 2021.

En la tabla 4, se muestra la variable medidas monetarias en porcentaje del Producto Interno Bruto de cada economía, (entendiendo a éstas como las acciones que adopta el banco central para cumplir con objetivos específicos, como el de una inflación baja y

estable que mantenga el poder adquisitivo del dinero y contribuya a mantener un crecimiento económico sostenible) que para el caso de México resulta ser ínfimo. Por lo tanto, las medidas monetarias implementadas por Estados Unidos de América y otros países avanzados, como Reino Unido, Japón y España, también fueron las de mayor magnitud. En contraste, en los países en desarrollo estos apoyos alcanzaron menos del 10% del PIB, destacando Chile y en el caso particular de México; la magnitud de las medidas impulsadas por el Banco de México correspondió a la provisión de créditos a personas y negocios en condiciones preferenciales.

Como se mencionó anteriormente, dado que el PIB se mide en la moneda nacional, es necesario hacer un ajuste al comparar el valor del producto de dos países con distinta moneda. Esto se debe a que los bienes y servicios suelen ser más baratos en los países de bajo ingreso que en los de alto ingreso, aún si el costo de fabricar bienes como maquinaria, es el mismo. En las economías avanzadas, la diferencia entre los tipos de cambio es mucho menor. Todo esto significa que los países de mercados emergentes y en desarrollo tienen un PIB estimado en dólares más alto cuando se utiliza el tipo de cambio ajustado según la PPA.

La experiencia internacional, mostró que no hay una clara correlación entre la magnitud de los apoyos y la caída de la economía, algunas de ellas tuvieron paquetes de rescate de más de 30 puntos porcentuales del PIB y aún así experimentaron recesiones similares a las de otros países con programas de menor magnitud. Por lo que posiblemente programas de rescate más amplios no podían evitar la caída de las economías, dada la magnitud del choque que ha significado la pandemia, pero podrían haber apoyado de forma sobresaliente a las familias a sortear sus dificultades económicas.

Lo que parece claro, es que las políticas gubernamentales adoptadas en México para enfrentar y mitigar la crisis sanitaria y sus secuelas han sido insuficientes debido a la magnitud del colapso, que derivó en la peor recesión que se ha tenido en la historia reciente, y a la persistencia

de los contagios en olas sucesivas, que ha dificultado la recuperación. Los limitados recursos fiscales y la percepción generalizada de que la pandemia se controlaría en el corto plazo, sin embargo, condicionaron la magnitud de los apoyos a las familias y las empresas. Como se señaló en líneas previas, parece indicar que el gobierno priorizó la sostenibilidad de las finanzas públicas en el combate a la pandemia, por lo que no se incurrió en un aumento significativo de la deuda pública, sin embargo, al parecer favoreció la recuperación de la economía una vez que se retorne de manera definitiva a la nueva normalidad, pero sin olvidar la cifra de muertos que sin lugar a dudas, es un lastre que el gobierno de Andrés Manuel López Obrador deberá cargar históricamente.

4.3 PRINCIPALES RESULTADOS DE LAS ACCIONES IMPUESTAS POR EL GOBIERNO DE MÉXICO.

México en su último reporte sobre salud “Health at a Glance 2021” (Guanais, F. 2021), la OCDE reporta que 4,456 mexicanos por millón murieron, superando por mucho las expectativas que consideró el Gobierno, mientras que la mortalidad del promedio de sus países miembros es tres veces menor. Además, México fue de las economías que perdió más Producto Interno Bruto (PIB) y que está tardando más en recuperarse: lo hace a una tasa 4 veces menor que el promedio de los países de la OCDE.

En términos generales, podríamos señalar que la política sanitaria relacionada con la pandemia por la COVID-19 en México se puede resumir en seis grandes acciones: 1) cierre de centros escolares en todos los niveles; 2) declaración de la Jornada Nacional de Sana Distancia; 3) suspensión de actividades no esenciales (confinamiento); 4) apertura del sistema privado de salud a beneficiarios del sistema de salud público; 5) plan de reapertura gradual y semáforo epidemiológico; 6) campaña de vacunación. De acuerdo con estas acciones, se puede afirmar que las autoridades sanitarias de México basaron la estrategia de respuesta ante la COVID-19 en el distanciamiento

físico, el cierre de la economía y la ampliación de la capacidad hospitalaria, incluso por medio de la asociación público-privada como se anunció con bombo y platillo. En contraste, la realización de pruebas no fue considerada necesaria para aislar casos y prevenir contagios.

La Política Nacional de Vacunación por Covid-19 comenzó en México en diciembre de 2020, con la inmunización del personal de salud de primera línea de control de la COVID-19, con el primer envío que gestionó la Secretaría de Salud con el acompañamiento de la Secretaría de Relaciones Exteriores. En dicha política se estableció como objetivo principal disminuir la carga de la enfermedad y las defunciones, estableciendo como prioritaria la vacunación a personas susceptibles a desarrollar complicaciones, además de estar dirigida a facilitar la reapertura económica y alcanzar a entre 70 y 80% de la población mexicana para lograr la inmunidad de grupo (Gobierno de México, 2020). La idea era que para noviembre de 2021, con al menos una dosis en México 74.6 millones de personas fueron vacunadas contra la COVID-19 y 60.3 millones con el esquema de vacunación completo y 14.2 con una dosis (Secretaría de Salud, 2022).

Ahora bien, uno de los grandes problemas con los que se enfrentó México fue la informalidad laboral, si bien no es un problema que podamos adjudicar a la actual administración, también lo es que a tres años de la pandemia no se observan políticas dirigidas a la disminución de la informalidad laboral, especialmente para la incorporación de las mujeres al mercado laboral formal. Esto resulta sumamente importante, más aún cuando la crisis sanitaria demostró la importancia de que toda la población hombres y mujeres tengan acceso a servicios de salud públicos, de seguridad social y prestaciones labores ante cualquier eventualidad por la parálisis de la actividad económica. Aunado a que la informalidad está asociada con menores ingresos, la población con empleos informales tiene mayor probabilidad de estar en pobreza laboral. Es decir, en la situación en la que el ingreso de un hogar no es suficiente para que todos los miembros puedan acceder a la canasta alimentaria básica.

La Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) correspondiente al último trimestre de 2019, reportó una tasa de informalidad de 56.4% (CEPAL, 2020). (INEGI, 2019). Dicha situación coloca a más de la mitad de la población en una doble situación de vulnerabilidad. En primer lugar, las personas que laboran en la informalidad están excluidas de la atención de las instituciones de seguridad social y de sus prestaciones, por ejemplo; el pago de una incapacidad por enfermedad en caso de que llegaran a contagiarse, o del pago de una pensión a su familia, en caso de muerte. Aunado a que el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) se encontraba recientemente creado y en la etapa de consolidación, pues vendría a ocupar el lugar que tenía la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, denominado “Seguro Popular” el acceso a servicios de salud pública se dificulta para las personas en informalidad, asociado a potenciales riesgos para una debida y diligente atención médica.

La pandemia impactó fuertemente a la economía, ésta ya mostraba debilidad antes de la crisis sanitaria; en el tercer trimestre de 2018 la actividad económica alcanzó un pico, y subsecuentemente inició una trayectoria descendente. A partir del segundo trimestre de 2019 se observaban tasas anuales de crecimiento negativas, por lo que en 2019 la economía se contrajo 0.2% anual, y en el primer año de la pandemia mostró una caída pronunciada de 8% anual. Después de la fuerte contracción registrada en el segundo trimestre de 2020, la economía mexicana mostró un crecimiento constante en los cuatro trimestres posteriores. Sin embargo, en el tercer trimestre del año 2021 presentó una disminución de 1.1% a tasa trimestral. Esta contracción alejó a la economía de la esperada recuperación. Por ello, hasta el tercer trimestre de 2022 la economía logró recuperar su nivel pre pandemia (cuarto trimestre del 2019).

Al cuarto trimestre de 2022, de acuerdo con la Estimación Oportuna del PIB, se estima que la economía tiene un tamaño similar al registrado en el tercer trimestre de 2019. A pesar

de esto, la economía aún se encuentra ligeramente alejada del pico alcanzado en el tercer trimestre de 2018, y aún más alejada de la meta de crecer al 4.5% anual de forma sostenida.

Con respecto al empleo, el gobierno federal adoptó dos estrategias. La primera fue la promoción del trabajo remoto como parte de las medidas de confinamiento adoptadas en el país. La segunda se dirigió a “prohibir” los despidos injustificados atendiendo a lo establecido en la Ley Federal del Trabajo. No obstante, por los resultados observados en el mercado laboral y dadas las altas tasas de informalidad, es posible concluir que estas medidas tuvieron escasos resultados. En comparación con el conjunto de medidas tomadas por otros países de América Latina y el Caribe, las estrategias adoptadas por las autoridades dejaron de lado otras como flexibilidad en las jornadas laborales, suspensión temporal de contratos, vacaciones adelantadas, licencias para personas trabajadoras vulnerables, programas para la creación de empleos y programas especiales de capacitación (Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 2021).

Durante 2021, las medidas adoptadas para proteger el empleo se han concentrado en el fortalecimiento del marco normativo y en la continuidad de los principales programas de apoyo al empleo y apoyos crediticios destinados a un segmento específico de las personas trabajadoras. Respecto de la primera medida, al iniciarse el año se aprobó la Reforma sobre Teletrabajo (STPS, 2021). A comienzos del segundo trimestre del año, se aprobaron reformas para prohibir la subcontratación y establecer sanciones para empleadores públicos y privados que continúen tomando ese esquema.

Por su parte, la Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV), ofreció a las personas físicas la posibilidad de aquellas que cuenten con créditos a la vivienda con garantía hipotecaria, créditos revolventes y no revolventes pudieran diferir de manera total o parcial los pagos de capital o intereses (SHCP, 2020). Sin embargo, de acuerdo con estimaciones del FMI, estas medidas equivalen únicamente a 0.08% del PIB nacional: uno de los porcentajes más bajos

para este tipo de apoyos entre economías emergentes, y similar al de países en desarrollo con ingresos bajos (INFORME ANUAL DEL FMI DE 2021, 2021).

Si bien hasta el momento no se ha realizado una evaluación sobre los resultados de las medidas adoptadas por el gobierno federal para apoyar al empleo, sí se puede afirmar que dichas medidas han sido insuficientes, pues han dejado de lado las estrategias para generar empleos temporales, evitar la pérdida de ingresos e incentivar la reinserción laboral, además de seguros de desempleo o de separación individual (CONEVAL, 2021a).

Otros datos muestran que los impactos económicos del covid-19 en el ámbito mundial fueron tan graves que desató una crisis económica mayor que la crisis financiera de 2008 y no tiene referente desde la Gran Depresión de 1929. En México se estima en 9% la caída del Producto Interno Bruto (PIB) en 2020, en casi un millón de empleos perdidos y en varios millones de “nuevos pobres”, tanto de las clases populares como de las clases medias.; la población desocupada subió de 2200,000 a 2800,000 de personas, y lo más preocupante, los subempleados pasaron de 4300,000 a 8700,000; esto refleja una pérdida de horas de empleo y de salarios (Reforma 18/11/2020). La población ocupada que percibe hasta dos salarios mínimos aumentó 4.2% y pasó a 76% del total, 3/4 de la Población Económicamente Activa (PEA), pero se registró una caída del ingreso real laboral de casi 41% del primer quintil (20%) de la población, respecto al primer trimestre de 2020, de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL.

A la par, aumentaron los precios de los alimentos y bebidas, como el pollo, frutas y verduras, carnes rojas y pescado, por arriba de la inflación, en especial en el área rural y causó una reducción del gasto en la compra de alimentos de 47% de la población durante la pandemia, elevando a 59% de la población la que tiene algún grado de inseguridad alimentaria, según la “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición” ENSANUT (Reforma 15/06/2021), lo cual,

aunado al incremento por la pandemia, del uso de servicios privados de salud, en especial los ligados a farmacias, no entre los mejores, habla de un proceso de pauperización de la población acelerado y de un deterioro de la calidad de la dieta y la salud de los mexicanos. La pandemia y su correlato, el confinamiento, produjeron un empeoramiento de la dieta de la población, pues se consumió más alimentos ultra procesados, dulces, botanas, comidas rápidas, gaseosas, tendencia favorecida por las compras en línea.

Por otra parte, hay que decir que no ha habido fuga de capitales, ni una depreciación de la moneda, al contrario. El compromiso del presidente López Obrador por no aumentar la deuda ha atraído a inversiones extranjeras a comprar deuda de portafolio (sobre todo a partir del atractivo diferencial de tasas que ha mantenido el banco central). Las tasas de interés de los bonos soberanos se han mantenido estables y el país ha preservado su grado de inversión crediticio. Además, la moneda está entre las más apreciadas del 2022 y a excepción de los últimos días ante la crisis bancaria en EE. UU. ha seguido subiendo este año.

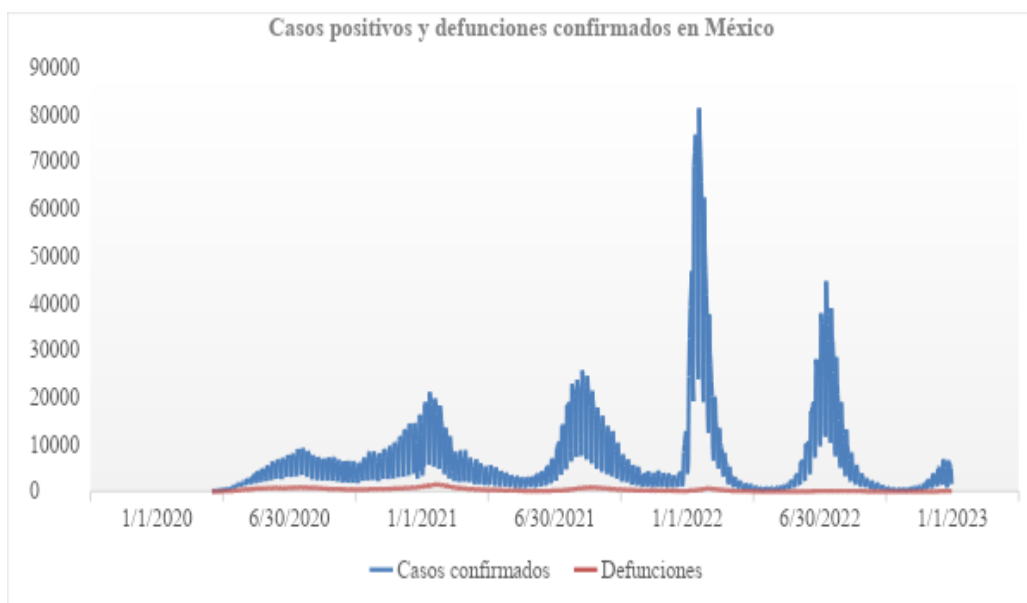
El ingreso de divisas no es solo por inversión de portafolio, las exportaciones se han fortalecido y el turismo se ha recuperado. Además, el mercado laboral ha visto una importante recuperación a partir de las restricciones impuestas a la subcontratación, de manera que en lo que va del año se han creado más de 200.000 empleos formales registrados ante la seguridad social (Cota, I. 2023).

4.4 LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA PANDEMIA EN CIFRAS.

De conformidad con las últimas estadísticas publicadas por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud Federal, podemos observar en la tabla 6 un gráfico con las variables de casos positivos estimados y defunciones confirmadas en el ámbito nacional, misma que muestra desde la semana diez del 2020 hasta la semana cincuenta y uno del año 2022; donde se

percibe una curva de estabilidad, pero para la semana cincuenta y uno del 2021 tiene un incremento exacerbado, como se ilustra a continuación:

Tabla 5. Casos positivos y defunciones en México.



Año 2020-2022

https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/covid19/Info-06-22-Int_COVID-19.pdf

Estas dos variables se pueden estudiar a la par ya que el plan de acción se realizó con base en la cantidad de casos positivos estimados, esto nos muestra presuntamente una tasa de mortalidad baja con respecto a los casos de contagios que se estimaron. No obstante, como también se aprecia en la imagen anterior, se advierte que los casos positivos tuvieron un importante incremento en diversos momentos de la pandemia, que si bien es cierto las defunciones están por debajo de los casos positivos, es evidente que la contención no fue lo suficientemente eficaz ya que de haberlo sido, las defunciones no hubieran superado las expectativas trazadas por las autoridades sanitarias mexicanas, ni mucho menos ocupar uno de los primeros lugares en defunciones a nivel Latinoamérica.

El Índice de Pobreza del Ingreso Laboral (LIPI) mide la pobreza basada en la proporción de los hogares que tienen un ingreso laboral per cápita por debajo de la línea regional de pobreza, relativo a un periodo de referencia seleccionado. El Índice Gini del Ingreso Laboral (LIGI) mide la desigualdad basada en el ingreso laboral (en vez de ingreso total).

El LIPI está basado en data proveniente de encuestas de empleo que frecuentemente se recauda y disemina con mucha mayor frecuencia que data proveniente de encuestas de hogares. Por ende, el LIPI actúa como un primer indicador de la pobreza. El LIPI solo está disponible para trece países en la región: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Uruguay.

Por otro lado, no podemos soslayar el factor de la política en la pandemia, pues es de explorado conocimiento que el éxito o fracaso de una política pública depende en gran medida de las gestiones eficaces que realice la autoridad competente, por tanto, no podemos olvidarnos que el poder público; los partidos políticos como tomadores de decisiones han jugado un papel fundamental en el proceso de prevención y contención del virus SARS-CoV-2.

Por tanto, una de las causas que estimo fue crucial para un manejo deficiente de la pandemia por parte de las autoridades sanitarias, fue la mínima compra de pruebas para la detección del virus SARS-CoV-2 y esto lo podemos corroborar con la compra de pruebas que realizaron los demás países de América Latina y el Caribe, toda vez que ello pudo haber logrado poner en cuarentena ciertas zonas o bien, robustecer los cuidados en determinadas localidades e incluso, realizar las pruebas a los visitantes que llegaban originarios de países con mayores contagios a los aeropuertos de México, con la finalidad de brindar una trazabilidad en el seguimiento y contención al virus Covid-19.

A continuación se muestra una tabla en donde se muestran algunos países de América Latina y el Caribe y México, donde podemos apreciar el número de pruebas realizadas para el año 2022 y el número de habitantes de cada país, como se indica a continuación:

Tabla 6. Número de pruebas médicas Covid-19

Número de pruebas médicas de coronavirus (COVID-19) realizadas en América Latina al 5 de julio de 2022, por país				
No.	País	No de pruebas	Millones de habitantes	% de la Población
1	Brasil	63,776,166	216,422,446	29.5
2	Chile	40,715,467	19,629,590	207.4
3	Argentina	35,716,069	45,773,884	78.0
4	Colombia	35,539,516	52,704,820	67.4
5	Perú	31,654,872	34,352,719	92.1
6	México	16,656,709	128,455,567	13.0
7	Cuba	13,852,049	11,194,449	123.7
8	Panamá	6,597,121	4,468,087	147.6
9	Uruguay	6,114,822	3,423,108	178.6
10	Guatemala	4,954,708	18,917,714	26.2
11	Costa Rica	4,659,757	5,212,173	89.4
12	República Dominicana	3,508,264	11,332,972	31.0
13	Venezuela	3,359,014	28,838,499	11.6
14	Bolivia	2,705,422	12,388,571	21.8
15	Paraguay	2,646,163	6,109,644	43.3
16	Ecuador	2,470,170	18,190,484	13.6

De la tabla anterior, se desprende que para el caso de Chile realizó el número de pruebas por más del doble de su población y Chile tuvo un excelente control de la pandemia a nivel mundial. Para el caso de México sólo realizó la compra de pruebas para un 13% de su población, lo

que significa que esto pudo haber sido un detonante importante para realizar una contención eficiente y que pudiera poner en cuarentena a personas poseedoras del virus y evitar un contagio gradual. Sin embargo, la causa para no comprar más pruebas fue la política de austeridad con la cual el gobierno ha pregonado durante estos casi seis años, pero el costo se cuantifica en el número de pérdida de vidas humanas.

La tabla siguiente muestra el número de casos confirmados y el número de personas fallecidas a septiembre de 2022, considerando algunos países de América Latina y el Caribe:

Tabla 7. Número de casos confirmados y personas fallecidas.

Número de casos confirmados y personas fallecidas a causa del coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe al 8 de septiembre de 2022, por país				
No.	País	No. de casos confirmados	No. de personas fallecidas	% Población fallecida
1	Brasil	34,477,539	684,425	0.32
2	Argentina	9,689,861	129,769	0.28
3	México	7,046,220	329,652	0.26
4	Colombia	6,304,317	141,708	0.27
5	Chile	4,549,927	60,696	0.31
6	Perú	4,121,036	216,003	0.63
7	Cuba	1,110,808	8,530	0.08
8	Guatemala	1,108,779	19,626	0.10
9	Bolivia	1,105,236	22,212	0.18
10	Costa Rica	1,097,629	8,867	0.17
11	Ecuador	997,791	35,873	0.20
12	Panamá	981,822	8,480	0.19
13	Uruguay	981,186	7,455	0.22
14	Paraguay	715,569	19,494	0.32
15	República Dominicana	640,064	4,384	0.04
16	Venezuela	543,204	5,804	0.02

De la tabla anterior se desprende el número de casos confirmados y número de personas fallecidas en diversos países de América Latina y el Caribe incluyendo México, relacionando el porcentaje de defunciones conforme a su población, desprendiéndose que para el caso de Brasil, fue el país que tuvo el mayor número de casos confirmados y defunciones y en un segundo lugar se encuentra México, evidenciado que la política pública implementada por las autoridades sanitarias no fue la esperada, pues el número de defunciones fue mucho mayor a la que tuvo Argentina aún y cuando este último tuvo mayores casos confirmados. Esto pone en contexto la duda razonable si en realidad la cifras publicadas por el Gobierno fueron las cifras reales pues como se ha mencionado en diversos medios de difusión oficial, fueron mayores las cifras reales que las publicadas, lo que no parecería raro pues hubo varias contradicciones en los informes proporcionados por las autoridades federales y estatales.

Ahora bien, en otro ejercicio localizamos el impacto de la pandemia del coronavirus en el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) para los años 2020, 2021 y 2022, en algunos países de América Latina según datos de abril de 2023. Para el año 2020 la caída de PIB fue generalizada en todos los países como se demuestra a continuación.

Tabla 8. Crecimiento del PIB en América latina y el Caribe.

Impacto de la pandemia del coronavirus en el crecimiento del PIB en algunos países de América Latina según datos de abril de 2023 (en porcentaje)				
No.	País	2020 %	2021 %	2022 %
1	Argentina	-9.94	10.4	5.24
2	Bolivia	-8.74	6.11	3.2
3	Brasil	-3.23	4.99	2.9
4	Colombia	-7.25	11.02	7.5
5	Costa Rica	-4.27	7.78	4.32
6	Ecuador	-7.79	4.24	3.04

Impacto de la pandemia del coronavirus en el crecimiento del PIB en algunos países de América Latina según datos de abril de 2023 (en porcentaje)				
No.	País	2020 %	2021 %	2022 %
7	El Salvador	-8.18	10.27	2.8
8	Guatemala	-1.76%	7.98	4
9	Haití	-3.34	-1.8	-1.68
10	Honduras	-8.97	12.53	4
11	México	-8.3	4.72	3.07
12	Nicaragua	-1.79	10.35	4.02
13	Panamá	-17.95	15.34	10
14	Paraguay	-0.82	4.02	0.2
15	Perú	-11.01	13.55	2.7
16	República Dominicana	-6.72	12.27	4.95

Como se puede apreciar Brasil y Argentina fueron los países que tuvieron una disminución más importante en su Producto Interno Bruto (PIB) a nivel latinoamérica para el año 2020, la caída fue generalizada en todo el mundo y para México, su PIB fue - 8.3 (INEGI, 2020) menor al año 2019, no obstante en el tema de recuperación Argentina creció en los siguientes dos años a un nivel contundente. Para México el crecimiento fue paulatino para los años 2021 y 2022, dejando evidencia que una política pública de austeridad no era la respuesta, pues el número de decesos fue la segunda a nivel latinoamérica.

Asimismo, se procedió a realizar un análisis con cifras de defunciones esperadas, defunciones observadas por entidad federativa, provocadas por el virus SARS-CoV-2, información oficial publicada por la Secretaría de Salud Federal, así como también se consideró el partido político que se encontraba en el poder y las transiciones a las que hubo lugar en esos años,

documentando posibles cambios durante el período de análisis. Para lo cual se establecieron las siguientes dos hipótesis:

Hipótesis 1:

H0: el cambio de Partido no afectó los decesos observados

Ha: El cambio de Partido afectó los decesos observados.

Hipótesis 2:

H0: diferentes partidos no afectaron de manera diferente los decesos observados.

Ha: diferentes partidos afectaron de manera diferente los decesos observados

El Modelo econométrico 1:

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 \text{CambioPartido}_i + \beta_2 \text{DummySinaloa}_i + \gamma \text{DummyPartidos}_i + \delta \text{Vacunas}_i + \varepsilon_i$$

Donde, y_i representa las Defunciones Observadas en cada Entidad Federativa, en los años 2020, 2021 y 2022. Cambio Partido_i es una variable dicotómica que tiene valor igual a 1, si se observó un cambio de partido al gobierno local en el periodo de estudio. Dummy Sinaloa_i es una variable dummy que tiene valor igual a 1 si la entidad federativa es Sinaloa. Esto debido a que Sinaloa tiene un gobierno surgido de una coalición en la que el PRI fue la fuerza principal.

La variable PIB reporta el producto interno bruto de cada entidad estatal. Se incluyeron 3 variables dummies (Dummy Partidos_i) para controlar el partido que gobernaba cada entidad federativa. Los partidos que se consideraron son: Morena, PRI y PAN. El partido Movimiento Ciudadano fue escogido como categoría de control, debido a su menor peso político. Por lo tanto, todos los resultados tienen que ser interpretados como cambios relativos a la base de este partido. Al final se introdujeron las cantidades de vacunas que fueron administradas en cada Entidad Federativa. Esta información se encuentra desagregada por productores: Pfizer, AstraZeneca, Cansino, Janssen, Moderna, Sinovac y Sputnik.

Tabla 9: Resultados de la Regresión entre variables políticas y Defunciones

Observadas

Defunciones observadas 2020. 2021 y 2022.

Cambio_Partido	-17238.06 (-2.27) **
Partido_Morena	-2289.257 (-0.31)
Partido_Mov_CIUD	0 (omitted)
Partido_PAN	-11555.41 (-1.40)
Partido_PRI	-6490.582 (-0.78)
Dummy_sinaloa	-2571.761 (-0.19)
Pfizer	.0039092 (0.73)
AstraZeneca_1	-.0045828 (-0.93)
Cansino_1	.0326255 (1.85) *
Janssen_1	-.0046383 (-0.26)
Moderna_1	.0169361 (0.89)
Sinovac_1	.0041569 (0.36)
SputnikV_1	.0189343 (3.62) ***

PIB	.0042697 (1.33)
R- cuadrado: 0.4926	
Adj R-cuadrado: 0.4122	
Número de observaciones: 96	
<i>Los errores estándar se informan entre paréntesis. *, **, *** indica significancia al nivel del 90%, 95% y 99%, respectivamente.</i>	

Hipótesis 1: la H0 es rechazada porque la variable Cambio-Partido es significativa al 5% (p- value = 2.6%).

Para la Hipótesis 2 se hicieron pruebas de Wald para ver si los coeficientes de dos partidos son iguales. En cada prueba no se rechazó la hipótesis nula. Es decir, los partidos actuaron de manera similar. Por lo tanto, no podemos rechazar la Hipótesis 2.

Pruebas Wald:

1	Morena = Movimiento Ciudadano.	P value = 0.7551
2	Morena = PRI.	P value = 0.5411
3	Morena = PAN.	P value = 0.1721
4	PAN = PRI.	P value = 0.5117
5	PAN = Movimiento Ciudadano.	P value = 0.1666
6	PRI = Movimiento Ciudadano.	P value = 0.4369

Modelo econométrico 2

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 \text{CambioPartido}_i + \beta \text{Ent.Federativas} + \gamma \text{DummyPartidos}_i + \delta \text{Vacunas}_i + \varepsilon_i$$

En esta versión del modelo se introdujeron variables dicotómicas de control para cada Entidad Federativa. Aguascalientes fue considerada como la entidad federativa de control.

Tabla 10. Defunciones observadas y Vacunación.

Cambio_Partido	-4397.106 * (-1.85)
----------------	------------------------

Partido_Morena	-668.7009 (-0.18)
Partido_Mov_CIUD	0 (omitted)
Partido_PAN	-1716.405 (0.33)
Partido_PRI	972.6442 (0.24)
Pfizer	.0020961 (1.23)
AstraZeneca_1	-.0042802 *** (-2.87)
Cansino_1	-.0031741 (-0.57)
Janssen_1	-.0050868 (-0.87)
Moderna_1	-.0040848 (-0.71)
Sinovac_1	.0180605 *** (5.23)
SputnikV_1	-.0037931 (-1.89)

R- cuadrado: 0.9761

Adj R-cuadrado: 0.9572

*Los errores estándar se informan entre paréntesis. *, **, *** indica significancia al nivel del 90%, 95% y 99%, respectivamente.*

No reportamos los coeficientes de las variables de control por Entidad Estatal por espacio. Solo se utilizaron para capturar heterogeneidad en esta dimensión y mejorar el análisis.

Hipótesis 1: En el segundo modelo, se rechaza al nivel de significancia 10%. P-value de cambio partido = 6.9%.

Hipótesis 2: No se pudo rechazar al nivel de significancia 5% ni 10%.

Pruebas Wald:

1	Morena = Movimiento Ciudadano.	P value = 0.8615
2	Morena = PRI.	P value = 0.5288
3	Morena = PAN.	P value = 0.5462
4	PAN = PRI.	P value = 0.8533
5	PAN = Movimiento Ciudadano.	P value = 0.7397
6	PRI = Movimiento Ciudadano.	P value = 0.8099

Curiosamente, se encontró que en las entidades federativas donde hubo un cambio en el partido político gobernante entre 2020 y 2021 experimentaron aumentos en el número de defunciones. El coeficiente de esta variable fue significativo a un nivel del 99%. Una de las razones que puede existir para explicar esto, es que el plan de acción que se tomó a nivel nacional no se ejecutó debidamente en las entidades federativas pues pudo haberse desviado los recursos para destinarlos a las campañas políticas buscando la permanencia de la fuerza política que estuviera gobernando, descuidando las acciones para mitigar y controlar el COVID-19, esto puede explicar relativamente este fenómeno.

Es importante hacer énfasis que, durante las campañas, el semáforo epidemiológico pasó de rojo a amarillo para poder llevar a cabo la propaganda y que las tasas de contagiados y de fallecimientos por el virus SARS-CoV-2 generan riesgo en la sociedad y, por ende, altos costos para los electores. Se asume que una parte de las tasas de participación puede explicarse desde las condiciones sociales, económicas y sanitarias que determinan una estructura de riesgos colectivos que favorecen el abstencionismo en un contexto específico y en un espacio determinado. Por otro lado, el cambio de partido influye de manera positiva directamente al número de muertes esto se sabe gracias a que el coeficiente de correlación es de casi 0.5 lo implica una correlación

directa mediana, también notemos que da un resultado positivo en cuanto a su nivel de significancia, lo anterior se hace notar debido al p-value.

Antes de concluir este capítulo, se desea discutir las limitaciones del estudio. Primero, solo se tuvo acceso a un marco temporal limitado, lo cual limitó la disponibilidad de observaciones. Segundo, no se tuvo acceso a otras variables latentes que potencialmente afectaron el número de defunciones en cada estado. Esto potencialmente restringió la eficiencia de nuestra regresión. Tercero, es posible que técnicas estadísticas más sofisticadas producirían mejores resultados.

Finalmente, después de realizar esta investigación e independientemente de las limitaciones que se mencionaron con antelación, estos resultados preliminares pueden estimular una discusión interesante sobre el funcionamiento del gobierno y motivar por supuesto a investigaciones futuras con miras a una nueva evaluación de la política pública.

CONCLUSIONES

En la segunda década del siglo XXI el mundo no estaba preparado para vivir una emergencia sanitaria como lo fue el coronavirus, por una parte la tibieza y negligencia de las autoridades sanitarias chinas en realizar una debida investigación relativo a los contagios por un virus desconocido, mismos que se fueron incrementando rápidamente a finales del año 2019 e inicio del 2020, esto retrasó la implementación de acciones internacionales que dieran como resultado la prevención y contención y así evitar la propagación de un virus desconocido, pero el hecho de que no se contará con información suficiente en el conocimiento del virus, provocó la peor pandemia a nivel global en los últimos cien años.

Después de la declaratoria de emergencia sanitaria por el virus SARS-CoV-2 declarada por el Consejo de Salubridad General, la estrategia para la prevención y control de la epidemia se debe dividir en dos momentos; 1) la gestión que realizó la Secretaría de Relaciones Exteriores para traer las vacunas a México aún y cuando los mecanismos internacionales no eran los más expeditos y los laboratorios farmacéuticos se encontraban amagados para surtir vacunas a los demás países y, 2) la política pública de prevención, control y mitigación contra el virus SARS-CoV-2 estuvo a cargo de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, misma que tuvo un papel fundamental en la estrategia implementada para mitigar los efectos de la pandemia y quizá la responsable de las cifras altas por contagios y muertes en México.

Para el primer caso, la labor que realizó la Cancillería mexicana fue de gran utilidad pues como quedó precisado en el cuerpo del presente trabajo de investigación, México logró celebrar contratos con los principales laboratorios, que para ese entonces habían desarrollado en fase experimental vacunas que prometían seguridad y eficacia contra el coronavirus, además de adherirse al mecanismo COVAX que pretendía dotar de mayor número de dosis de vacunas para su pronta aplicación a nivel mundial.

Para el segundo caso, la estrategia aplicada por parte del sector salud no tuvo el efecto esperado, pues los números de contagios y decesos superaron las cifras calculadas y esperadas por las autoridades sanitarias; ocupamos el segundo lugar a nivel latinoamérica en decesos y contagios por el COVID-19. Además no se destinaron suficientes recursos para personas que estaban en situación de pobreza y/o que desarrollaban sus actividades dentro de la economía informal, por lo que el distanciamiento social no fue el esperado y en consecuencia, el virus siguió propagándose con una notoria velocidad.

La pandemia también dio muestras de el uso de la tragedia para llevarlo al escenario político, pues quedó evidenciado las rupturas con los estados, municipios y con las entidades gubernamentales. Las problemáticas entre los diferentes órdenes de la administración pública federal, estatal y local, ello aparentemente respaldado por intereses propios y partidistas, ante una política de Gobierno Federal vertical y centralizada, pues desde el Ejecutivo Federal se daba la línea de las acciones que debían llevarse al interior del país para que los estados implementarían las medidas dictadas por la autoridad sanitaria sin embargo, su mal manejo impidió una mayor comunicación colectiva entre los diferentes actores de la sociedad civil y gubernamental.

La política gubernamental adoptada en México para contener y mitigar la crisis sanitaria y sus secuelas han sido insuficientes debido a la magnitud del colapso, que si bien derivó en la peor recesión que se ha tenido en la historia reciente ha dificultado la recuperación económica, también lo es que los limitados recursos financieros y fiscales aunado a la percepción generalizada de que la pandemia se controlaría en el corto plazo, como lo señaló las autoridades sanitarias, condicionaron la magnitud de los apoyos a las familias y las empresas. En otras palabras el gobierno priorizó la sostenibilidad de las finanzas públicas en el combate a la pandemia, por lo que no se incurrió en un aumento significativo de la deuda pública, sin embargo, esto descuido el

distanciamiento social pues muchas de las personas fallecidas tenían que salir de sus casas a buscar el alimento para sus familias ya que vivían al día.

Derivado del ejercicio realizado en las regresiones comentadas en el capítulo 4, se localizó que en las entidades federativas donde hubo un cambio de partido político gobernante entre 2020 y 2021, experimentaron aumentos en el número de defunciones esperadas. Las razones que pueden explicarlo es que el plan de acción que se tomó a nivel nacional no se ejecutó debidamente por las entidades federativas, pues además de llevarlo a fines partidistas, también fue el hecho de evidenciar el mal manejo de la pandemia por el Ejecutivo Federal de las medidas tomadas para su mitigación, las contradicciones en el número de fallecidos, la vacunación con dosis que aún se encontraban en fase experimental y el periodo de nuevas elecciones que abrieron la puerta al desvío de recursos para destinarlos a las campañas políticas que buscaban la permanencia, descuidando las acciones encaminadas a combatir de manera eficiente el virus SARS-CoV-2.

REFERENCIAS:

- Cámara de Diputados.* (22 de Marzo de 2024). Obtenido de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Capital 21 web.* (29 de Diciembre de 2020). Obtenido de empresas podrán comprar vacuna contra COVID-19 en extranjero: <https://www.capital21.cdmx.gob.mx/noticias/?p=7038>
- Cardozo Brum, M. (2006). *La evaluación de políticas y programas públicos. El caso de los programas de desarrollo social en México.* México: Cámara de Diputados/Porrúa.
- Cardozo Brum, M. (2013). *Políticas públicas: los debates de su análisis y evaluación.* Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/628/62828836003.pdf>
- Castro, M., Vela, M., & Garcia, R. (2012). *Política pública. Seguridad y asistencia social crisis en México.* México: Miguel Angel Porrúa.
- Laswell D. en Aguilar, L. ((1957) 2000). *La orientación hacia las políticas - El Estudio de las Políticas Públicas.* México: Miguel Ángel Porrúa.
- CEPAL. (2020). *Principales condicionantes de las políticas fiscal y monetaria en la era pospandemia de COVID-19.* CEPAL.
- Cid, C., & Marinho, M. (22 de Agosto de 2022). *CEPAL.* Obtenido de Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. Reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47914-anos-pandemia-covid-19-america-latina-caribe-reflexiones-avanzar-sistemas-salud>
- CNN.* (13 de Abril de 2020). Obtenido de Inside ground zero of China's coronavirus outbreak: you can't even tell Lunar New Year is in town: <https://edition.cnn.com/2020/01/22/asia/wuhan-ground-zero-intl-hnk/index.html>

- Comunicado de prensa núm. 555/19. Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, cifras durante el Tercer Trimestre de 2019.* (14 de Noviembre de 2019). Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI): <https://www.inegi.org.mx>
- (2015). *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. La política de evaluación en México: 10 años del CONEVAL.* México: : CONEVAL,.
- Cota, I. (16 de Marzo de 2023). Obtenido de La economía en México avanza a paso lento.: https://elpais.com/mexico/2023-03-16/la-economia-en-mexico-avanza-a-paso-lento.html?event_log=oklogin
- Lynn, L. (1980). *Designing public policy: A casebook of the role of policy analysis.* Santa Monica: Goodyear.
- Aguilar, L. (2012). *Política pública.* Escuela de administración pública del df y secretaría de educación del df.
- Aguilar, L. (2012). *Política Pública.* Obtenido de https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25351w/M1AP113_S4_AGUILAR.pdf
- Berkley, S. (03 de Septiembre de 2020). Obtenido de Vaccines Work, Covax explicado: <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained>
- Brewer, G., & De León, P. (1983). *The foundation of policy analysis. Homewood.* USA: The Dorsey Press.
- De Leon , P. (1978). *Public Policy Termination: An End and a Beginning* (Vol. Vol. 2). California: University of California.
- Diario Oficial de la Federación.* (24 de Marzo de 2020). Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590340&fecha=24/03/2020#gsc.tab=0

Diario Oficial de la Federación. (03 de Mayo de 2023). Obtenido de Ley Orgánica de la Administración Pública Federal:

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5687754&fecha=03/05/2023#gsc.tab=0

EL PAÍS. (02 de abril de 2020). Obtenido de Coronavirus: Los mercados de animales salvajes, tortura para ellos amenaza para nosotros:

https://elpais.com/elpais/2020/04/02/mundo_animal/1585812109_542487.html

Entra en vigor reforma que regula el teletrabajo en México. (12 de Enero de 2021). Obtenido de Secretaría del Trabajo y Previsión Social: <https://www.gob.mx/stps/prensa/entra-en-vigor-reforma-que-regula-el-teletrabajo-en-mexico>

Esquivel, G., & Provencio, E. (2020). *Pandemia, Confinamiento y Crisis: ¿Qué hacer para reducir los costos económicos y sociales? Cambiar el Rumbo: El desarrollo tras la pandemia.* Ciudad de México, México: UNAM.

(2021). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2021: dinámica laboral y políticas de empleo para una recuperación sostenible e inclusiva más allá de la crisis del COVID-19.* Chile: CEPAL.

Evaluación: una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos. (1997). USA, Washington. Obtenido de Oficina de Evaluación del BID.

Expansión. (2022). Obtenido de <https://expansion.mx/semaforo-covid>

Feinstein, O. N. (2015). Sobre el desarrollo de los sistemas de evaluación en América Latina y el Caribe. *Revista del CLAD Reforma y Democracia,*, 193-210.

Gobierno de México . (01 de Junio de 2020). Obtenido de COVID-19: <https://www.gob.mx/covid19medidaseconomicas/acciones-y-programas/nueva-normalidad-244196>

Gobierno de México 2021 SRE. (06 de Abril de 2021). Obtenido de El canciller realizará viajes al extranjero para garantizar que se cumplan los compromisos firmados en adquisición de vacunas Comunicado No. 166: <https://www.gob.mx/sre/prensa/canciller-marcelo-ebrard-realizara-viajes-al-extranjero-para-garantizar-que-se-cumplan-los-compromisos-firmados-en-adquisicion-de-vacunas?idiom=es-MX>

González Tachiquín, M. (2004). El estudio de las políticas públicas: un acercamiento a la disciplina. *Universidad de Chihuahua*, 110.

Guanais , F. (09 de Noviembre de 2021). *Panorama de la Salud 2021*. Obtenido de <https://www.oecd.org/costarica/Health-at-a-Glance-2021-How-do-LAC-compare.pdf>

Hernández, F. (20 de Junio de 2021). ¿Había espacio fiscal para enfrentar la pandemia en México? *Una revisita a la sostenibilidad fiscal*, pp. 1-16.

(septiembre 2020). *Informe Anual 2020 del Banco Mundial*. Banco Mundial.

(15 de Septiembre de 2020). *INFORME ANUAL DEL FMI DE 2020*. USA: Fondo Monetario Internacional. Obtenido de INFORME ANUAL DEL FMI DE 2020.

(2021). *INFORME ANUAL DEL FMI DE 2021*. FMI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Obtenido de La evolución del PIB de México: <https://cuentame.inegi.org.mx/economia/pib/grafica-PIB.pdf>

Mead, L. (1995). *Public policy: Vision, potencial, limits, Policy Currents*. USA: Newsletter of the Public Policy Section, APSA.

Organización Panamericana de la Salud. (14 de abril de 2020). Obtenido de Reglamento Sanitario Internacional : <https://www.paho.org/es/temas/reglamento-sanitario-internacional>

Orive, N. (20 de Septiembre de 2020). *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2017 [Disponible en:.* Obtenido de Mortalidad infantil, malformaciones

congénitas y transición epidemiológica: un reto para el sistema de salud:

https://revzoiolomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1047/pdf_391

Pacheco, F., Ortegon, E., & Sanin, H. (2015). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Santiago de Chile: CEPAL.

Reyes Hernández, M., & y Mejia Reyes, P. (Diciembre de 2022). Paradigma económico. *La pandemia de COVID-19 en la economía mexicana: condiciones iniciales, estrategias de política y efectos productivos*, 58-83. Obtenido de La pandemia de COVID-19 en la economía mexicana: condiciones iniciales, estrategias de política y efectos productivos.

Santillana Meneses, G. A. (2020). *Virus Sars-Cov-2, Enfermedad Covid 2019. La emergencia de salud pública ante la legislación mexicana*. Ciudad de México: Tirant lo blanch.

Secretaría de Relaciones Exteriores, Transparencia. . (09 de Marzo de 2022). Obtenido de Gestión

Diplomatica: <https://portales.sre.gob.mx/transparencia/gestion-diplomatica-vacunas-covid/>

Secretaría de Salud. (01 de Mayo de 2022). Obtenido de Semaforo epidemiologico:

<https://coronavirus.gob.mx/semaforo/>

Social, C. N. (2019). *Marco normativo para la evaluación de la política, programas y acciones de desarrollo social en el ámbito federal en México*. México: CONEVAL, .