



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y GOBIERNO**

**Proyecto de Investigación**

**“Política de Emergencia Sanitaria en el marco de los Criterios  
de la Gestión del Riesgo. Caso Estado de México”**

**Elaborado por:**

**L. en Act. Marybel Ruiz Orta**

**Director de Tesis**

**Dr. Juan Carlos Patiño**

***Co-directora***

***Dra. Laura Elizabeth Benhumea González***

***Asesor***

***Dra. Nadia Nancy Hernández Pichardo***



## ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	3
<b>CAPÍTULO I.- Antecedentes de la Política de Gestión de Riesgo</b>	6
1.1 Política Pública .....	6
1.1.1 Política Pública en Salud .....	13
1.1.2 Evolución histórica del Sistema de Salud en México .....	19
1.2 Gestión del Riesgo .....	25
1.2.1 Gestión del Riesgo en Salud (emergencia sanitaria) .....	32
1.2.2 Gestión del riesgo en Salud en México y Estado de México .....	35
<b>CAPÍTULO II.- Política de Gestión del Riesgo Sanitario</b>	38
2.1 Comprensión del Riesgo Sanitario .....	43
2.2 Principios Metodológicos por el estudio de una Política de Gestión del Riesgo.....	49
<b>CAPÍTULO III.- Análisis de la Política de Salud y Gestión del Riesgo en México durante la pandemia COVID - 19</b>	52
3.1 Análisis de la Política de Salud y Gestión del Riesgo en México durante la pandemia COVID-19 .....	59
3.1.1 Caso Estado de México .....	71
3.2 Desafíos y ausencias en la Política de Salud del Estado de México ante la pandemia.....	100
<b>Conclusiones</b> .....	104
<b>Bibliografía</b> .....	108
<b>Anexos</b> .....	114





## INTRODUCCIÓN

La pandemia de 2020 por SARS-COV-2 (Covid-19) iniciada en China en 2019, ha puesto a todo el mundo en crisis, provocando riesgos exponenciales diferentes al sanitario como: riesgos sociales, emocionales, mentales; que sobrepasaron la capacidad de atención por parte del gobierno municipal, estatal y federal. Por lo que se hizo necesario contar con herramientas metodológicas para realizar una administración correcta en las capacidades de atención como recursos humanos, financieros, políticos, de servicios generales, así como intelectuales.

El manejo de estos eventos puede hacerse mediante la Gestión del Riesgo (GR) que permite vincular las acciones preventivas, de ejecución y pronóstico para poder crear y tener protocolos referentes a la ruta de acción, definición de actores y sectores involucrados en las diferentes fases. Es indispensable conocer los insumos con los cuales se debe contar para capacitar al personal y que esté preparado para enfrentar el riesgo y también para administrar los recursos; principalmente interiorizar en que se debería reforzar para contenerlo de la mejor manera.

El presente trabajo muestra cuales han sido los avances en materia de Riesgo que se han podido consolidar a lo largo de la historia del mundo, como ha evolucionado y cuales han sido los impactos que pueden sufrirse al no contar con herramientas que solidifiquen la planeación para hacer frente a diversas eventualidades, específicamente la sanitaria.

El capítulo 1 permite entender cuál ha sido la evolución de la política de la gestión del riesgo, como se entiende y cómo esta se ha podido fusionar con la política sanitaria;





cuáles son los elementos y cómo en México se puede observar a través del Sistema de Salud.

En el capítulo 2 se analiza inicialmente como una emergencia evoluciona y se transforma en un desastre por la perturbación funcional al sistema y entorno en el que se desarrolla; puesto que se convierte en una cadena de multi-riesgos. En seguimiento, el riesgo se divide en tres, de acuerdo a la intervención que se requiera: correctiva, prospectiva y reactiva.

Existe un proceso de Gestión de Riesgo en Desastres; y es este al que se asocia el concepto de riesgo sanitario de acuerdo a la naturaleza de la propia emergencia que se analiza.

También se da a conocer las variables que forman parte del GR, y como cada una de ellas generan vinculación para su estudio y medición. Se encuentra la metodología de la GR (amenaza, exposición, vulnerabilidad y capacidad de respuesta), sus componentes, elementos, características principales; así como las fases y procesos en su aplicación de acuerdo a cómo se va presentando el riesgo potencial que se pretende analizar y planificar. Metodología en la que se basa el desarrollo del siguiente capítulo.

En el capítulo 3 se hace un recorrido sobre cómo se vivió el evento de la pandemia de 2020 en México y específicamente en el Estado de México, cuáles fueron las políticas y acciones implementadas por las autoridades y de qué forma se atendieron por parte de la población, así como el impacto que se vivió durante los primeros dos años del evento. Además, se hizo un análisis comparativo para observar en qué parte de la metodología de la GR se llevaron a cabo que acciones, Proceso de Gestión del Riesgo en Desastres, Orientaciones de la OMS en respuesta a una epidemia, análisis de las variables que conforman la GR y como acciones, inacciones que instauró el gobierno se vinculan con ellas y se crea un orden cronológico que puede relacionarse con el proceso.





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



Se observa cómo conocer ubicación, lugares de atención, lineamientos y estadística de prevalencia y mortalidad; permite generar un panorama claro de la forma en que vivió la emergencia.

Lo anterior, permitió poder hacer conclusiones de cómo fue el proceso, con qué se contó, con qué no, que se hizo bien y que falló. De igual manera, cómo puede incorporarse en una mejora de procesos, procedimientos, lineamientos y análisis para mejorar el desempeño de los gobiernos.

Es importante aclarar que este trabajo no se trata de analizar ninguna política pública, sino más bien de lograr incluir la metodología de GR en los procedimientos instaurados por la autoridad pertinente y fortalecer el sistema de atención.





## CAPÍTULO I

### Antecedentes de la Política de Gestión del Riesgo

#### 1.1 Política Pública

A lo largo de la historia de la humanidad el desarrollo y crecimiento de las sociedades son temas de investigación y discusión; la evolución de ambos ha puesto de manifiesto la atención en las necesidades básicas y de carácter emergente, y cómo han tenido que adaptarse a los cambios del mundo; uno de esos principales cambios que ha sufrido la sociedad es la transformación en la forma de gobernar y administrar sus recursos.

Los tomadores de decisiones para el desarrollo de la sociedad no únicamente han estado por parte del gobierno, sino que la misma transformación del entorno ha procurado que se involucren diversos sectores.

El gobierno no solo toma decisiones para dar una pronta solución a una problemática, sino que el proceso se ha vuelto más complejo debido a la diversidad que existe en el entorno, por lo cual el diseño y la implementación de las políticas públicas se ven afectados, lo que repercute en la administración de servicios y recursos; y estos a su vez en la calidad de vida.

Las políticas públicas se vislumbran como un ejercicio de racionalización ante el cual se elige la mejor propuesta para dar solución a una problemática; lo que permitirá mejorar las condiciones de vida de la sociedad y corregir, a través de programas, errores de gobiernos anteriores.





La ciencia política tiene la posibilidad tanto de analizar las decisiones políticas (cómo, quién, qué y de qué modo...), así como estudiar la eficacia directa del gobierno en la vinculación con la sociedad.

Nancy Milio, (2001:55) define a las políticas públicas como “directrices para modificar aquello que ocurriría en caso de no intervenir, y que se expresan en la asignación y distribución de recursos”.

Otra definición interesante es la de Dye (2013), donde menciona que una política pública es lo que los gobiernos deciden hacer o no hacer. Es decir, la acción de no actuar y dejar que todo fluya de acuerdo a lo que el entorno proporciona, resulta en una toma de decisión que también impacta.

Asimismo, “Una política pública es un programa de acción propio de una o varias autoridades o gubernamentales en un ámbito sectorial de la sociedad o un espacio territorial dado” (Thoening, 1985).

Por otro lado, “Una política pública está conformada por actividades orientadas hacia la solución de problemas públicos, en la que intervienen actores políticos con interacciones estructuradas y que evolucionan a lo largo del tiempo” (Lemieux, 1995). Esta concepción es un poco más completa haciendo hincapié en la vinculación de las acciones con la diversidad de actores que intervienen.

Una definición más reciente y completa, es la que ofrece R. Velásquez (2009: 157).

*Política Pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades con la participación eventual*





*de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener.*

Es en este concepto se puede ver consolidada la relación que debe existir entre la administración de los estados, el entorno social, la población y los actores políticos, sociales y privados que tomarán relevancia en el diseño de las políticas públicas.

Para entender lo que es la Administración Pública se tomará a Omar Guerrero, (2007): en el siguiente sentido y contexto.

*[...]constituye la actividad del Estado que está encaminada a producir las condiciones que facilitan la continuidad de la sociedad y crear las capacidades de desarrollo de los elementos que la constituyen.*

M. Merino (2013) establece que los cambios referentes a la conceptualización de la Administración Pública refieren que:

*[...] se quiso normar cuando hacían falta instituciones para asentar el poder de los gobiernos y entonces produjo leyes, decretos, reglamentos: derecho administrativo; quiso organizar cuando esas instituciones generaron burocracias cada vez mayores y surgió entonces la necesidad de redactar manuales, organigramas y procesos administrativos; luego quiso controlar y conducir el desarrollo –cuando el desarrollo parecía el producto simple de un gobierno– mediante planes, programas y presupuestos, que casi nunca consiguieron cumplirlo que cumplían. Y más tarde, ante el fracaso, la administración pública se volvió simplificación administrativa.*

De acuerdo con lo anterior se crea una incapacidad para resolver el dilema sobre qué es lo que se tiene que hacer; de esta manera se genera el concepto de *ciencias de las*







*políticas* y se crean los estudios encaminados *de* las políticas y *en* las políticas; de esta manera se puede encauzar que una política en algunos casos puede ser una regulación, en otra distribución de recursos y algunas más, serán creación de programas, manuales o procedimientos.

Así, las políticas parten de la identificación de problemas a través de cierto flujo de acciones para poder dar respuesta a ellos. Las políticas van a surgir de todas y cada una de las necesidades o exigencias sociales y económicas a las cuales el gobierno deberá analizar y elegir entre diversas alternativas para afrontarlos.

De esta manera, el enfoque de Harold Laswell, explica que las políticas públicas se convirtieron en la forma de expresar los propósitos y la acción de cualquier gobierno. Cada una de las políticas creadas responderá a la definición de un problema por resolver y los resultados realizables por parte del gobierno. Por lo tanto, esta política debe basarse en un proceso racional, informado, bajo la selección y definición de problemas, a partir de los medios que se tengan al alcance; debe existir un compromiso y relación directa entre la identificación del problema, los medios de selección para afrontarlo y los resultados esperados.

El diseño, creación e implementación de una política pública supone una estrategia que permitirá establecer tiempos, determinar recursos y posicionar metas. Entendiendo que una estrategia es una planeación de cómo deben presentarse las circunstancias del medio que nos rodea para poder llegar a un fin determinado.

Hacer frente a situaciones complejas, es difícil para poder resolverlas de modo convencional; lo que muchas veces implica un proceso en el cual se vaya de una crisis a otra.





Las políticas públicas deben entenderse como aquellas directrices emanadas del Estado, que coadyuvan al colectivo como manera de proceder frente a un asunto específico; el que ha de considerarse de interés público; ellas deben ser de carácter taxativo, el Estado tiene un papel protagónico en la formulación y gestión de estas; deben ser específicas en el asunto que pretenden resolver y este debe ser de interés público y colectivo.

Por tanto; de acuerdo con el portal de la Cámara de Diputados; una política pública implica el establecimiento de una o más estrategias orientadas a la resolución de problemas públicos y/o, 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.

Las políticas públicas deben aportar regulación, cuidado y oportunidades de crecimiento a la sociedad, para ello, existen diversos tipos como apoyo para poder solventar las necesidades primordiales por las cuales fueron creadas. Se parte del hecho de que las políticas pueden ser universales o focalizadas; y de esta manera se diferencian los tipos de políticas públicas. A su vez, las políticas deben diseñarse y estudiarse desde enfoques multidisciplinarios y con el apoyo de varios métodos de análisis que permitan encontrar la solución más óptima a los problemas, de tal manera, que no se obstaculice el proceso institucional y administrativo de ninguna área.

Uno de los cuestionamientos más complejos es la posibilidad de planificar la acción pública en un escenario de incertidumbre. Por ejemplo, escenarios nuevos, de los cuales se tenga poca información y que incluso pueden resultar emergentes de atención.

Es necesario poder analizar la existencia de este tipo de políticas públicas apoyadas desde instancias internacionales ante situaciones emergentes; ya que resultan importante





poder establecer que existen áreas como la ambiental, la social y la de salud que requieren acciones de atención y respuesta inmediata ante los diversos cambios que está sufriendo el entorno en el cual se desarrolla la población, y el sistema de adaptación resulta tardío y poco eficiente.

Del mismo modo, las políticas sociales se consideran el instrumento principal de los modernos Estados del bienestar como institución interesada en la mejora de las condiciones de vida y en la promoción de la igualdad de oportunidades de los ciudadanos (Montagut, 2000:205).

Por otro lado, las políticas universales dan base y fortalecimiento al Estado del Bienestar, apoyo al cumplimiento de los derechos universales y humanos, creando un canal de comunicación más fuerte entre el gobierno federal y la sociedad, son generalizadas y no discriminatorias, de tal manera, que el acceso a los programas es hacia toda la población.

Pero es importante poder aclarar que a lo largo de la historia este tipo de políticas se han focalizado, debido a la heterogeneidad de la población, lo que amplía la brecha de desigualdad y por lo tanto ha sido imprescindible que el gobierno establezca prioridades.

Es importante definir los grupos de focalización de las políticas, pero ¿qué pasa cuando existe la necesidad de crear estrategias de manera inmediata y sin previo conocimiento de información que fortalezca una toma de decisión correcta?

Ante tales situaciones las acciones determinadas deben mantener una característica de adaptabilidad, que dará surgimiento al siguiente concepto:

*“La estrategia emergente es la que surge cuando los formuladores de políticas de alto rango de un sistema enfrentan una situación nueva e insegura sobre la que se sabe muy poco como para poder establecer una estrategia intencional viable. Por lo cual se requiere aprender, abordar la situación con cuidado de tal manera que*





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



*pueda desarrollarse gradualmente una estrategia que sea viable y genere una constancia en las acciones” (Mintzberg. Jorgensen. 1995:31).*

A todo esto, constancia, seguimiento y monitoreo de las acciones serán los instrumentos de acompañamiento en el proceso, y bajo estos deberán irse modificando de acuerdo a las necesidades de la misma política.

Para el presente trabajo y de acuerdo a la información proporcionada con anterioridad, la política pública se entiende como “aquel instrumento que permitirá la toma de decisiones referentes a dar respuesta oportuna y resolutive a cierta problemática que vulnere la vida y entorno de la población, de tal forma, que su concepción de bienestar se vea afectado o debilitado; incluso se apoyará de herramientas derivadas en programas y acciones que sean vinculantes, integrales y transversales”.





### 1.1.1 Política Pública en Salud

Walt, G. en su publicación de 1994 estableció dos tipos de conceptos fundamentales:

1. Políticas Públicas de Salud: curso de acción que afecta al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y condiciones financieras del sistema de atención sanitaria.
2. Políticas Públicas Saludables: acciones realizadas por organizaciones públicas, privadas y voluntarias que, al modificar las condiciones en que vive la gente y sus opciones de decisión, tienen un impacto favorable en su salud.

El pensamiento crítico de una política pública en salud habla de cómo responder a las necesidades sociales en salud, sin embargo, su reinterpretación política se centra en la solidaridad social y la libertad comunitaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948 estableció que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; no obstante, se considera un bien de los individuos que merece ser protegido. Entonces, la salud pública se entiende como el cuidado y la promoción de la salud aplicados a toda la población o a un grupo específico.

En la década de los 70 se realiza la Declaratoria Alma Ata; que establece la existencia de una necesidad de acción urgente por parte de todo el gobierno, de todo el personal de salud y de desarrollo y, de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo centrados en **la Atención Primaria a la Salud**.

Derivado del actual Orden Económico Internacional que se venía trabajando en años anteriores y tomando como criterio primordial la desigualdad social, dentro de los lineamientos se hizo alusión a que en el 2000 el mundo debía alcanzar un nivel de salud





que le permitiera una vida social y económicamente productiva; para que el estado y la sociedad participaran colectivamente en un primer nivel de contacto; para dar la asistencia sanitaria necesaria orientada a los problemas cotidianos de la salud; a través de promoción, prevención, tratamiento de rehabilitación; es decir, educar a la sociedad en materia de salud.

En las décadas subsecuentes la construcción de políticas neoliberales dio paso a un desarrollo de sistema, donde el Estado procuraba no intervenir tanto y la priorización se centró en el sector económico permitiendo el desarrollo de empresas privadas.

Posteriormente, el modelo de salud pública se basa en la expansión de servicios; ya que son insuficientes, no satisfacen las necesidades de la población y se centran en las de atención biológica por crecimiento demográfico desmedido, aumento de enfermedades crónico-degenerativas y la disminución de la población económicamente activa (PEA) que cuente con empleo formal y seguridad social dentro de las prestaciones; lo que provoca limitación de prestación de servicios sanitarios, los servicios crecen de forma desproporcionada (más individuales y menos colectivos) por lo tanto los riesgos colectivos son tomados con menor intención de ocurrencia.

De acuerdo a lo anterior, Cardozo M. (1989:704), dice que “las políticas de salud es el conjunto de decisiones, acciones u omisiones que traducen en un lugar y periodo determinados la posición asumida por los organismos responsables frente a los problemas socialmente generados en el campo de la salud”.

Al mismo tiempo, las políticas en salud abarcan un campo de interés importante debido a la preocupación permanente en programas de acción que satisfagan las necesidades de salud, a través de la selección de medios adecuados; y para lo cual los procesos establecidos deben ser de carácter continuo.





En 1993 el Banco Mundial (BM) publicó el informe sobre el desarrollo mundial, donde su principal eje temático fue invertir en salud; lo anterior, considerando que los sistemas de salud sufren de asignación equivocada de recursos, desigualdad, ineficiencia y una explosión de costos exagerada que la sociedad no puede cubrir. La falta de calidad y eficiencia en los servicios es muy marcada y tal parece que los presupuestos ejercidos en esta área se evaporan.

Por el lado de las funciones del gobierno y el desarrollo del mercado, este informe contempla el concepto del riesgo de la siguiente manera:

*[...] las variaciones en los riesgos en materia de salud suponen un motivo para que las compañías de seguros rehúsen asegurar a las personas que más necesitan seguro médico, a saber, los que ya están enfermos o presentan posibilidades de enfermar. Otra razón es el “riesgo moral”; los seguros reducen los incentivos para que los individuos eviten riesgos y gastos con un comportamiento prudente, y pueden crear incentivos y oportunidades para que se presten más servicios de los que se necesitan.*

Así con el paso de los años, los avances y la nueva conceptualización de las políticas de salud, se clasifican de acuerdo con el área en la que se pueden aplicar:

- Población y estado de salud: los objetivos se centran en aspectos demográficos, mortalidad y morbilidad.
- Estilo de vida: pronunciamientos en estilos en que se lleva la vida cotidiana; salud física, alimentación, adicciones...
- Ecología y preservación del medio ambiente: mejorar la salud ambiental.
- Industria farmacéutica y de alimentos.





Las políticas de salud son un problema político, pues pretenden resolver temas de pobreza extrema, desigualdad e inequidad; estilos de vida, diferencial de calidad, priorización de eficiencia sobre calidad; cuando se enfrentan a una población completamente inequitativa soportada por escenarios emergentes que nos habla sobre la falta de comprensión en la realidad social que se vive en el mundo; por lo tanto, los riesgos colectivos son tomados con menor intención de ocurrencia. Deben contener expectativas universales; atención primaria, acceso universal y protección social.

La salud es una constante en el cuidado de los seres humanos y es un bien, que merece promoción, protección y restauración.

La promoción tiene como objetivos la prevención, reducción de exposición a factores de riesgo y todos aquellos que tienen que ver con el estilo de vida. Proporciona los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control, a través de campañas. Así mismo, la protección busca evitar aparición de enfermedades, lleva a cabo actividades colectivas que reducen o eliminan los factores de riesgo, (sistema de vacunación). Por último, la restauración se encarga de la curación, cuidado y rehabilitación.

Adicionalmente, Martínez. E. (2007:101), dice que “una política en salud señala las acciones para resolver los problemas sociales y debe apoyarse en los elementos derivados de los procesos de investigación y de participación de organizaciones locales”; va a definir un curso de acción para resolver un problema y debería de apoyarse en una estrategia, en los elementos derivados de los procesos de investigación y vinculantes de organizaciones locales.

La política pública en salud debe conseguir que la opción más saludable sea la más fácil y efectiva; de esta manera, mantener el bienestar cubriendo las necesidades más primordiales de la población; sin embargo, enfrentarse al cumplimiento de los tres conceptos mencionados ha sido complicado. Los estilos de vida de la población y el







avance desmedido en crecimiento industrial, demográfico y social han provocado que inevitablemente la salud no sea priorizada como debería ser dentro del núcleo familiar y ha llevado a que el sistema centre el mayor aporte de recursos a la restauración de la misma. Así se cuestiona la ineficacia, ineficiencia, falta de calidad, calidez y los altos costos en el servicio de salud.

En consecuencia, se busca que la epidemiología contenga la capacidad y alcance para la adecuada formulación de políticas en salud; ya que basada en esta disciplina se consigue estudiar la historia, diagnosticar la salud de una comunidad y evaluar el funcionamiento de los servicios de salud; por lo que se le considera una herramienta necesaria en la elaboración de las políticas. La diversidad en esta disciplina permite evaluar condiciones de vida relacionadas con varias dimensiones de la sociedad, para así llegar a la determinación de riesgos epidemiológicos. Por consiguiente, es necesario desarrollar un esquema analítico de procedimientos capaces de crear cuadros sanitarios presentes y futuros, así la inferencia causal es el punto de partida de un modelo de GR en salud; por lo que la formulación de las políticas de salud presupondrá una base adecuada de datos e información.

Sin embargo, es evidente que la administración pública no ha logrado construir modelos suficientes para anticiparse a los cambios del entorno; esto conlleva a una deficiencia gubernamental que lamentablemente repercute en las limitaciones de las acciones emitidas por el Estado, dejando un gran hoyo en el aparato social.

Por lo que los cambios emergentes en el mundo no han permitido consolidar políticas públicas debido a los procesos largos de implementación y al poco o nulo seguimiento de ellas; versándose únicamente en la implementación de programas de contención y no de impacto a la solución. Bajo esta premisa se centra la postura ante la inexperiencia y falta de resultados rápidos y efectivos ante una epidemia como el Covid-19.





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



Por lo que es necesario diseñar escenarios políticos, sociales y económicos que funcionen a largo plazo y que sean capaces de adaptarse a los cambios con el fin de establecer y generar metas más idealistas y de impacto, no que únicamente sostengan temporalmente la situación.

La creación e implementación de políticas públicas supone análisis específicos en los entornos y temas en los cuales se desarrolla determinada situación. Entender cómo ha evolucionado el Sistema de Salud Mexicano y cómo se está trabajando en la actualidad, permitirá ver en específico si las acciones realizadas por el gobierno en la emergencia sanitaria fueron las más eficaces y óptimas.





### 1.1.2 Evolución histórica del Sistema de Salud en México

Con la llegada de los españoles a México y ante el problema de población insalubre que se vivía cada vez más a menudo, el gobierno español tomó la decisión de construir hospitales para poder subsanar la problemática que se estaba viviendo; así en 1521 Hernán Cortés mandó edificar el Hospital de la Limpia Concepción de Nuestra Señora.

Ortiz Monasterio redacta en uno de sus ensayos parte de la historia de las acciones de gobierno instauradas en el país. Una de las primeras instituciones para dar soporte al área de la salud en la Nueva España se crea en 1628 en la Ciudad de México, se conoció como Protomedicato de la Nueva España, su objetivo fue vigilar el ejercicio y la enseñanza de la medicina, así como cuidar la higiene y la salubridad de la población. Este instituto fue sustituido por el Consejo de Salud Superior de Salubridad, organismo ligado directamente a las esferas de poder gubernamental y se dio arropo a la instrucción de los profesionales de la salud.

Para 1841 el Gobierno dispuso la creación de un Consejo Superior de Salubridad, cuyas atribuciones fueron regular el ejercicio profesional de la medicina, vigilar el funcionamiento de las boticas y dictar medidas en materia de salubridad pública; sus facultades eran exclusivas de la capital de la República. En 1872 se expidió el Reglamento del Consejo Superior de Seguridad y se anexó a la creación de estadísticas sanitarias, que dieron lugar al inicio del estudio epidemiológico.

Por otra parte, en 1887 se determinó la existencia de una autoridad sanitaria federal, que fuese ejecutiva y que recayera en el Consejo de Salubridad General.

Incluso, se emitió el primer Código Sanitario del país en 1891; que es antecedente de nuestra actual Ley General de Salud y estableció como su finalidad principal: Conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la condición física de la especie humana. He aquí los fines primordiales que debe tener por mira la higiene.





Todo lo anterior sirvió como antecedente para que en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos publicada el 5 de febrero de 1917, se estableciera lo siguiente:

1. *“El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del presidente de la República y sus disposiciones generales serán de observancia obligatoria en el país.*
2. *En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión al país de enfermedades exóticas tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva después de ser sancionadas por el Ejecutivo.*
3. *La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.*

*Las medidas que el Departamento de Salubridad haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza y que sean del resorte del Congreso, serán después revisadas por el Congreso de la Unión” (CPEUM).*

En diciembre de 1937 se fundó la Secretaría de Asistencia Pública; en 1943 se decretó la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública con el Departamento de Salubridad, para que surgiera a la vida jurídica la nueva Secretaría de Salubridad y Asistencia, (SSA).

Una de las principales aportaciones a las políticas públicas en salud en el país es implantada en 1942 durante la administración del presidente Manuel Ávila Camacho con la creación de la secretaria del Trabajo y Previsión Social. Un año después se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS).

Pero, fue realmente en los años 80 cuando el gobierno mexicano fortaleció el sistema de salud, incrementando el número de unidades de atención y dando soporte a las leyes de índole sanitario para atender el desarrollo de la población.





Durante la administración de Miguel de la Madrid Hurtado (1982–1988), se reformó el artículo 4º constitucional para reconocer como una garantía individual el derecho a la protección de la salud; paralelamente se expidió una Nueva Ley General de Salud que estableciera las bases de este Derecho Fundamental.

Así, para los años 90 con el gobierno de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), inicia una desarticulación en el sistema de salud, dando paso a la reforma de seguridad social con la entrada del manejo de afiliados por parte de las Administradoras del Fondo para el Retiro (AFORES); así da inicio la separación entre el sistema de salud pública y el sistema privado; dando control al último del manejo de fondos pensionarios. De esta manera se favoreció la creación de las condiciones para la mercantilización de la atención médica.

Lo anterior, trajo consigo problemas vislumbrados en administraciones subsecuentes, como la necesidad de priorizar la atención a personas no afiliadas al sistema; por lo que se crea el Seguro Popular en 2000; asimismo, el sector privado incentivó su participación prestando sus servicios ante la saturación de los servicios médicos en el sistema público.

La más reciente reforma a la Ley General de Salud, en el tema que nos ocupa, determinó que la regulación y control sanitario de alimentos y bebidas, queda confiado a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) según reforma del 15 de mayo de 2003.

El diseño y creación de las políticas públicas en salud es considerado dentro de las políticas universales más importantes del orden de gobierno; porque se centra en las personas; sin embargo, el riesgo primordial es que el recurso sea insuficiente para el número de población que se tiene. Es tanta la importancia para el Estado que el 4º artículo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos a la letra dice:





*“Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social”.*  
(Reforma DOF, 8 mayo de 2020).

### **Estructura del actual Sistema Nacional de Salud Mexicano**

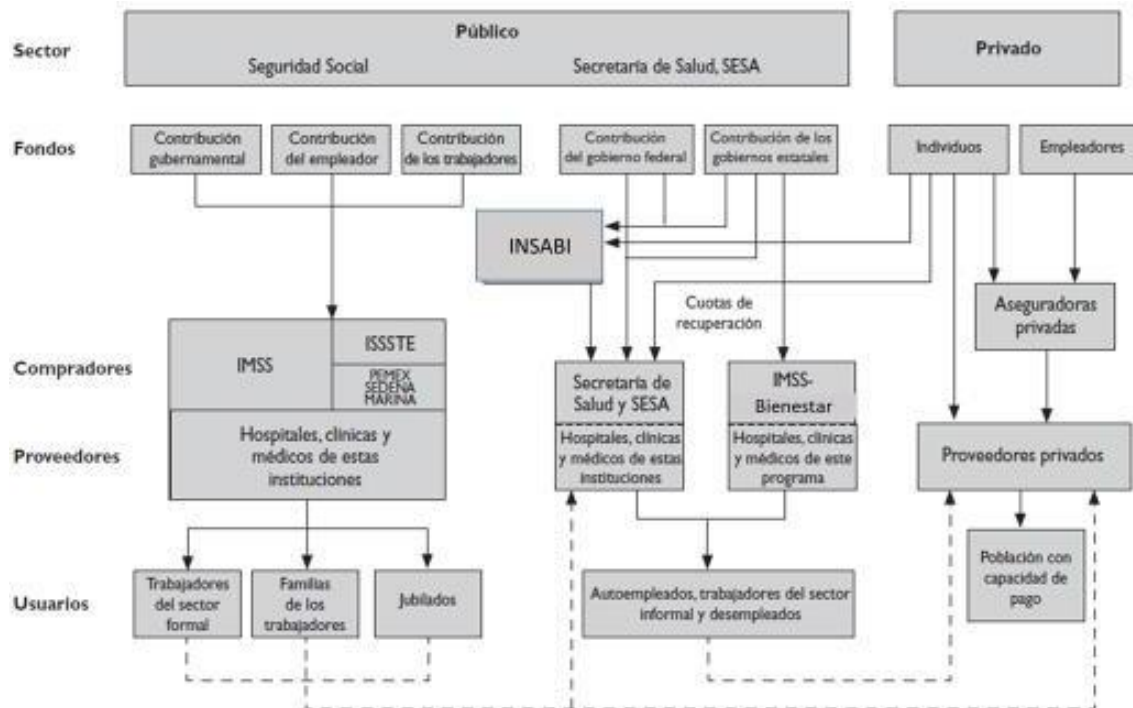
La estructura del Sistema de Salud se ha ido modificando a lo largo de las décadas, pero la característica primordial es la relación indirecta que genera entre la población con seguridad social de acuerdo a su situación de empleado y la población abierta (que no cuenta con sistema de salud por pertenecer a un estrato socioeconómico que no le permite contar con el servicio de salud al no tener empleo formal); el sistema hasta el día de hoy busca dotar a toda la población de acceso a una cobertura integral de la salud y los beneficios sociales que de ella se deriven.

Por consiguiente, como se aprecia en el siguiente diagrama, la estructura del sistema de salud se divide en dos grandes rubros: el sector público y el sector privado, dentro del primer sector se establece todo aquello cubierto por seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y MARINA) los cuales brindarán atención a los trabajadores formales, sus familiares y los pensionados; y la Secretaría de Salud que brinda servicios a la población que no tiene seguridad social ni los recursos para ser atendidos por el sector privado. Por otro lado, el segundo sector ofrece servicios de salud a la población con recursos económicos para poder atender su salud, por lo que se han abierto paso con el apoyo de aseguradoras y proveedores de servicios.





**Diagrama 1**  
**Estructura del Sistema de Salud en México**



Fuente: Modificado JFMR-2018, de Dantés, O.G., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. Salud Pública de México, 53 (suppl 2), s220-s232.

Cabe destacar que, en los últimos años el sector salud sufre una saturación de atención, debido a criterios demográficos, sociales y sanitarios; aumento de población en zonas urbanas, la esperanza de vida, la conversión de la pirámide poblacional, la vulnerabilidad, el incremento de padecimientos, enfermedades, cambios en el entorno social y ambiental; también el aumento de desempleo y el poco recurso económico con el actualmente cuentan las familias.

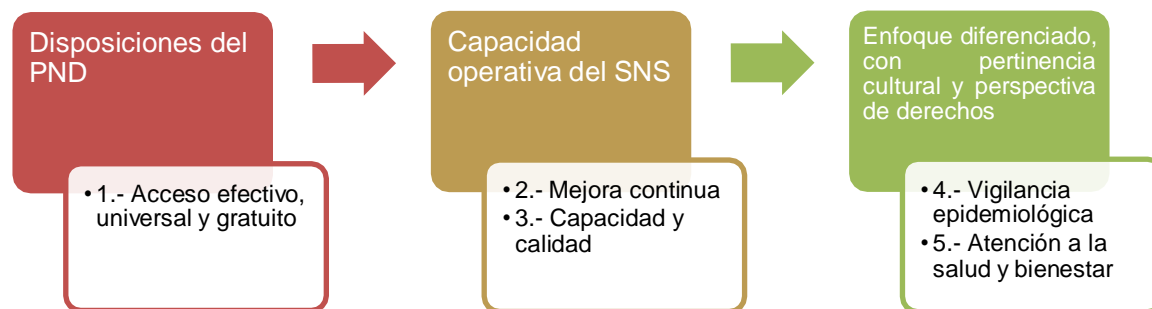
En el Diario Oficial de la Federación del 17 de agosto de 2020; se dicta el Programa Sectorial de Salud 2020 -2024. El análisis del estado actual en materia de salud indica





que; hay poco incremento de infraestructura, poco mantenimiento y falta de personal. Se refiere la necesidad de una reestructuración completa del sistema y un nuevo proceso del programa sectorial, que se resume a continuación:

**Diagrama 2**  
**Estructura del Programa Sectorial de Salud 2020 – 2024**



Fuente: Diario Oficial de la Federación 17/08/2020.

El mismo documento refiere que una visión moderna de la salud pública requiere de acciones intersectoriales, que permitan una modificación en el entorno en que se desarrolla una problemática general, para el combate de los efectos negativos de las pandemias, lo que incorporará un espíritu transformador del nuevo gobierno federal con un enfoque de derechos para asegurar el bienestar de la población.

Cabe resaltar que la implementación de un nuevo modelo debe realizarse de un punto de vista más específico, que permita analizar el riesgo potencial al cual se está expuesto.







## 1.2 Gestión del Riesgo

Ante los ojos del mundo el riesgo inicialmente estaba implicado directamente a los acontecimientos dictados por la propia naturaleza; en cambio, ahora se busca una construcción de relación equilibrada entre el ambiente y la sociedad; pasando de atender eventos de manera reactiva para procurar educar a la población para su atención.

A mediados del siglo XX las amenazas bajo las cuales el mundo procuraba imponerse hacían referencia a desastres naturales que no podían predecirse, ni en tiempo ni espacio; y la principal preocupación era la fragilidad de la sociedad ante la ocurrencia de estos, sin considerar que el ser humano tiene una gran influencia sobre ellos. En la década de los 60 la postura era: sucesos de eventos naturales igual a desastres; mientras que para 1970-1980 comienza una época donde se asocian desastres con pérdidas y se pueden medir ya sea física o económicamente. Así la Asamblea de las Naciones Unidas declara que debe haber un proceso de planificación para reducir estos desastres naturales, y ante esto se debe y puede hacer uso de toda la tecnología disponible.

Gisela Gellert (2012) apunta que:

*[...] Las ciencias sociales se ocuparon de la problemática de desastres en creciente medida desde 1980, centrándose en el estudio de la vulnerabilidad como factor determinante en la causa de los desastres o la conformación de riesgos. El gran aporte de este enfoque fue la incorporación de la sociedad como elemento activo y, por ello, responsable en la formación de riesgos, a través de procesos económicos, sociales, políticos y ambientales propios de la sociedad en general o de determinados grupos sociales y su entorno.*

En todo caso, la sociedad funge como variable también dentro de la propia metodología de la gestión del riesgo. Bajo este nuevo enfoque, en 1992, surge en América Latina La Red de Estudios Sociales en Prevención de desastres en América Latina, (RED), como





lugar de encuentro de opiniones de investigadores y de especialistas en el tema. Adicionalmente, en 1999, la Organización de las Naciones Unidas, (ONU), crea la Estrategia Internacional de Reducción de Desastres (EIRD).

Por ende, Ledezma. R. (2018) explica el riesgo como aquella pérdida que es causada por una operación deficiente, una demanda que resulta en una responsabilidad o falla en tomar las medidas apropiadas y prioridades para proteger los bienes o cualquier cambio de leyes que ponga en peligro la estabilidad personal o colectiva.

El modelo conceptual prototipo de riesgo determina que: riesgo es el grado de incertidumbre sobre la ocurrencia de un evento. Es la probabilidad de que una amenaza se convierta en un desastre; la vulnerabilidad y la amenaza no suponen un riesgo de manera separada. De acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{RIESGO} = \text{AMENAZA} \times \text{VULNERABILIDAD}$$

De acuerdo a lo que se establece en la EIRD (2009), la amenaza se considera como un fenómeno, sustancia, actividad humana o condición peligrosa que puede ocasionar la muerte, lesiones u otros impactos a la salud; al igual que daños a la propiedad, la pérdida de medios de sustento y de servicios, trastornos sociales y económicos o daños ambientales. La amenaza se determina en función de la intensidad y la frecuencia.

De igual modo, la vulnerabilidad se establece como aquellas características y circunstancias de una comunidad, sistema o bien que los hacen susceptibles a los efectos dañinos de una amenaza. Es la incapacidad de resistencia cuando se presenta un fenómeno amenazante o para reponerse después de que ha ocurrido un desastre. Esta depende de diferentes factores, tales como la edad, la salud de la persona, condiciones de higiene y de ambiente, así como calidad y ubicación en relación con las amenazas.





*La vulnerabilidad, que es una condición de origen esencialmente antrópico, se configura de diversas maneras y en diferentes dimensiones a través de los procesos territoriales y sectoriales y de manera interrelacionada y concatenada con la dinámica de generación y evolución de las amenazas; las diferencias de vulnerabilidad entre sectores de población son el reflejo de las realidades específicas en relación con el acceso a medios económicos, al mercado, al conocimiento y la tecnología, así como dinámicas políticas, sociales y culturales. (Comunidad Andina; 2009:17).*

De manera general y resumida es posible decir que consiste en la exposición, fragilidad y susceptibilidad al deterioro o pérdida de los elementos y aspectos que generan y mejoran la existencia social (Mora y Barrios, 2000). Por lo tanto, al modelo debe incluirse una variable que juega un papel muy importante en el desarrollo social, la **resiliencia**. Delgado (2002) la define como “Capacidad del individuo de reaccionar y recuperarse ante las adversidades, lo que implica un conjunto de cualidades que fomentan un proceso de adaptación exitosa y de transformación, a pesar de los riesgos y la propia adversidad.”

### **VULNERABILIDAD = EXPOSICIÓN x SUSCEPTIBILIDAD / RESILIENCIA**

En 2002 la ONU celebró la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres en Kobe Hyogo (Japón); en la que se aprobó el Marco de Acción para 2005-2015. Su objetivo fue aumentar la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres; y lograr para 2015, una reducción considerable de las pérdidas que ocasionan los desastres, tanto en términos de vidas humanas como en cuanto a los bienes sociales, económicos y ambientales de las comunidades y países.

Se ofrecieron cinco áreas prioritarias de acción:

1. Lograr que la reducción del riesgo de desastres sea una prioridad





2. Conocer el riesgo y tomar medidas
3. Desarrollar una mayor comprensión y concientización
4. Reducir el riesgo
5. Estar preparado y listo para actuar.

Rosales Veitía hace referencia que, desde este enfoque, todas las metas y esfuerzos del marco fueron orientados con los Objetivos del Milenio; en consecuencia, la gestión del riesgo empieza a concebirse como un eje integrador de los objetivos:

**Cuadro 1**  
**Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**

Objetivo	Característica	Complemento de acción al concepto de riesgo
<i>Objetivo 1</i>	Erradicar la pobreza extrema y el hambre.	Grupo vulnerable, reducir riesgos y romper círculo de desastre-pobreza y aumentar resiliencia.
<i>Objetivo 2</i>	Lograr enseñanza primaria universal.	Construir y mantener escuelas seguras en infraestructura y elementos sustanciales.
<i>Objetivo 3</i>	Fomentar igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.	
<i>Objetivo 4</i>	Reducir la mortalidad de los menores de 5 años.	Reducir el riesgo de morir, a través de la prevención.
<i>Objetivo 5</i>	Mejorar la salud materna.	Reducir el riesgo de morir, a través de la prevención.
<i>Objetivo 6</i>	Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.	Reducir el riesgo de morir, a través de la prevención.
<i>Objetivo 7</i>	Garantizar sostenibilidad del medio ambiente.	Reducir el riesgo para adaptarse al cambio climático.
<i>Objetivo 8</i>	Fomentar la alianza para el desarrollo.	Colaboración de gobiernos, organizaciones no gubernamentales y el sector privado.

Fuente: Elaboración propia con información de ONU.





Como desarrollo conceptual Gellert (2012) menciona la diferenciación entre riesgo intensivo y riesgo extensivo. Estos términos y su significado fueron introducidos por la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (EIRD/ONU), en 2007, a través de su informe *Disaster Risk Reduction Global Review*, luego fueron desarrollados (ante todo el riesgo extensivo) en los Informes de evaluación global sobre la reducción del riesgo de desastres de 2009 y 2011.

Los escenarios de riesgo intensivo corresponden a grandes concentraciones de población y actividades económicas con probabilidad de experimentar impactos catastróficos a causa de desastres poco frecuentes; mientras que los escenarios de riesgo extensivo corresponden a zonas con población más dispersa con probabilidad de experimentar desastres altamente localizados con impactos acumulados de baja intensidad. Así la conceptualización del riesgo se extiende al desarrollo de la sociedad.

Con la implementación del enfoque neoliberalista centrado en el desarrollo de la economía y el crecimiento del capital humano, la sociedad se ha visto afectada y ha sufrido cambios constantes en su entorno. A lo largo de las últimas tres décadas, (1993-2023) aproximadamente, ha sido necesario poder adaptarse a las situaciones de vulnerabilidad que se han vivido: desempleo masivo, aumento en la brecha de desigualdad, abigarramientos, política salvaje, así como un alto índice de violencia, constantes ataques civiles, extracción desmedida de los recursos naturales. Todas y cada una de estas situaciones ha afectado a la población en general en los sectores más cruciales: la educación, la salud, la alimentación y la vivienda.

De igual modo, el sector público como privado han requerido de herramientas de intervención preventiva, para mitigar una potencialización negativa en sus efectos; así es como se hace necesario diversificar el riesgo y estudiarlo en sus diferentes áreas.





Entonces, los tipos de riesgo son:

- Puros o estáticos: incertidumbre sobre la ocurrencia de un evento futuro en el que únicamente hay probabilidad de perder.
  - Riesgos físicos
  - Riesgos criminales
  - Riesgos naturales
  - Riesgos personales
  - Riesgos de producción
  - Riesgos políticos
  
- Especulatorios o dinámicos: incertidumbre sobre la ocurrencia de un evento futuro en el que existe la oportunidad de ganar o perder. Es dinámico porque depende de otras características para que se obtenga un beneficio.

Estos reajustes organizativos llevaron a que las organizaciones internacionales estudiaran este tipo de metodología y a partir de 2005 el Foro Económico Mundial (WEF, por sus siglas en inglés) presenta un documento anual denominado *Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction (GAR)*.

El análisis de los riesgos globales potenciales se realiza a través de investigaciones presentadas por asegurados y reaseguradoras, con actores multidisciplinarios partícipes en diferentes países. El objetivo es concientizar a las naciones sobre los efectos de los riesgos y la red vinculante que existe entre ellos.

Este análisis se presenta mediante la Red de Riesgos, la cual está vinculada a cinco áreas de atención específicas.





## Cuadro 2 Red de Riesgos Globales

Identificador	Tipo de Riesgo
	Riesgos Económicos
	Riesgos Ambientales
	Riesgos Geopolíticos
	Riesgos Sociales
	Riesgos Tecnológicos

Fuente: Elaboración propia con información del GAR 2006.

Los cuales convergen de acuerdo con la probabilidad de ocurrencia y el impacto que estos puedan tener.

Por cierto, la secretaría de la Comunidad Andina (2009:19) entiende como Gestión del Riesgo la

*[...] perspectiva de política pública traducida en el desarrollo de instrumentos normativos, institucionales y políticos, así como en la definición de programas, proyectos y metas con asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros.*

En otro orden de ideas, la Administración del Riesgo debe entenderse como la disciplina que combina tanto recursos financieros, como humanos y materiales; que permite a través de sus procesos identificar o evaluar los riesgos potenciales que puedan presentarse en ellos y así efficientar la toma de decisiones para saber cómo manejarlos. Todos los criterios que se ven involucrados en los procesos deben estar alineados, para satisfacer las necesidades que de ella surjan.

Deberán ser tomados en cuenta los verbos: identificar, evaluar, monitorear y reportar para poder administrar el riesgo en una organización de forma eficiente.





### 1.2.1 Gestión del riesgo en la salud (emergencia sanitaria).

La atención a la salud es una actividad por naturaleza compleja y de alto riesgo. No existe forma de garantizar procesos humanos perfectos, ni de eliminar los efectos nocivos de los tratamientos médicos. Se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas individuales. Esto, aunado a pacientes más vulnerables, a la vez, más informados y demandantes conforman un entorno clínico con mayores riesgos para la prestación de servicios de salud.

Derivado de esto se implementa la **Gestión de Riesgos Clínicos**. Es una metodología que surge en el ámbito financiero para evitar pérdidas económicas. Cada vez se utiliza con mayor frecuencia en los servicios de salud para mejorar la calidad de la atención y para incrementar la seguridad de pacientes y prestadores del servicio. Así como para disminuir los costos que son inevitables. Nace como una disciplina nueva, encargada de estudiar los efectos adversos de la asistencia sanitaria.

Se basa en la identificación y caracterización de las causas que originan los problemas, para poder controlarlos, prevenirlos o reducirlos y cuando es posible, eliminarlos.

De acuerdo con Stock y Lefroy, Canadian Hospital Association, el proceso de gestión de riesgos puede dividirse por lo menos en tres grandes apartados:

1) La **identificación oportuna de los riesgos**. Mediante la revisión de las características estructurales y funcionales de la institución, como el tipo de hospital, los procedimientos que realiza, el tipo de recursos tecnológicos con que cuenta y las características de su capital humano. Todo esto, considerando el marco ético y jurídico vigente.

2) El **análisis de casos problema**. Debe hacerse individual y global utilizando las herramientas metodológicas como el análisis de modo y efecto de fallas (prospectivo) y







análisis de causas raíz (retrospectivo). El análisis debe estructurarse considerando tres puntos importantes:

1. La frecuencia del problema, como grado de exposición al riesgo o probabilidad de que ocurra;
2. la severidad, que se refiere a su magnitud y trascendencia y;
3. la capacidad de respuesta organizacional, esto es, qué tan preparada está la institución para afrontar los problemas en cuestión.

Complementa el análisis de riesgos, el asignarles una jerarquía para identificar las prioridades en su abordaje. Todo esto permite determinar con mayor nivel de precisión, los riesgos globales de una institución o de un servicio y hasta dónde es posible disminuirlos o eliminarlos, de manera real.

3) **Control.** Para elaborar el plan de control de riesgos, los puntos relevantes son la creación de una cultura organizacional enfocada a la prevención de riesgos, el desarrollo de políticas institucionales de calidad y seguridad, la estandarización de los procesos asistenciales y el establecimiento del sistema de monitoreo de indicadores de gestión.

La finalidad de la implementación de gestionar riesgos clínicos es conseguir que una institución u organización es controlar los riesgos que puedan presentarse y alcanzar una atención segura para las personas que se atienden. Puede ser incorporado en una sola área o servicio, así como de manera general; esto permite identificar casos repetitivos en acción o efectos, y así se logra el uso de recursos tanto humanos como financieros de una manera eficiente.

Concluyendo que estos se basan en la identificación, análisis y corrección de causas que originan daños de carácter secundario en cualquier paciente al momento de someterse a un tratamiento médico; resulta igual de importante conocer los riesgos que implican el estar expuesto a algún agente patológico nuevo.





La planificación y los preparativos anticipados son fundamentales a fin de prevenir el impacto de cualquier riesgo sanitario.

Por su parte, el GAR de 2019 menciona: ¿Se dirige el mundo hacia una crisis sin darse cuenta? Los riesgos mundiales se están intensificando, pero parece faltarnos la voluntad colectiva para hacerles frente.

El médico epidemiólogo Fernando Simón Soria (2017: 17:87-92) hace un recuento de las últimas emergencias sanitarias a las que se ha enfrentado la humanidad y que ha sido necesario darles atención prioritaria y buscar la gestión:

*[...] en los primeros 17 años el siglo XXI, se han identificado al menos seis situaciones que han generado alertas sanitarias globales: el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG) en el año 2003, la gripe por virus A/ H5N1 en 2004, la pandemia de gripe por virus A/ H1N1 en 2009, la nueva diseminación internacional del poliovirus salvaje en 2014, la enfermedad por virus Ébola en África del Oeste también en 2014 y finalmente el conglomerado de casos de microcefalia en recién nacidos en Brasil que posteriormente se asoció a la infección con Zika virus en 2016. Las cuatro últimas alertas mencionadas fueron declaradas Emergencias sanitarias de importancia Internacional por la Directora General de la Organización Mundial de la Salud en marco del Reglamento Sanitario Internacional 2005 que entró en vigor en junio del 20074-7.*

Para el área de salud,

*[...] la frecuencia de los brotes de enfermedades ha ido en aumento constante. Entre 1980 y 2013 hubo 12 012 brotes registrados, que comprenden 44 millones de casos individuales y que afectan a todos los países del mundo. Cada mes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace un seguimiento de 7 000 nuevas*





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



*señales de posibles brotes de enfermedades, genera 300 seguimientos, 30 investigaciones y 10 evaluaciones de riesgo completas.*

*En junio del 2018 hubo, por primera vez, brotes de seis de las ocho categorías de enfermedades que se encuentran en la lista de "enfermedades prioritarias" de la OMS. Si cualquiera de ellos se hubiese propagado ampliamente, habría tenido el potencial de matar a miles de personas y crear perturbaciones mundiales importantes.*

Si bien los riesgos no pueden mitigarse completamente, la conducta humana sí puede modificarse y educar tanto a la población como al gobierno para disminuir ese riesgo.





## 1.2.2 Gestión del riesgo en la salud en México y Estado de México

En 2012 México adopta el concepto de Gestión Integral del Riesgo (GIR), establecido en la Ley General de Protección Civil.

*[...]Gestión Integral de Riesgos: El conjunto de acciones encaminadas a la identificación, análisis, evaluación, control y reducción de los riesgos, considerándolos por su origen multifactorial y en un proceso permanente de construcción, que involucra a los tres niveles de gobierno, así como a los sectores de la sociedad, lo que facilita la realización de acciones dirigidas a la creación e implementación de políticas públicas, estrategias y procedimientos integrados al logro de pautas de desarrollo sostenible, que combatan las causas estructurales de los desastres y fortalezcan las capacidades de resiliencia o resistencia de la sociedad. Involucra las etapas de: identificación de los riesgos y/o su proceso de formación, previsión, prevención, mitigación, preparación, auxilio, recuperación y reconstrucción; (DOF 03-06-2014).*

Dada la importancia de la gestión o administración del riesgo para los resultados económicos y la buena gobernanza, los gobiernos locales y estatales deberán ocupar a la gestión del riesgo como una herramienta estratégica para lograr objetivos de política complementarios para abordar los desafíos ambientales, económicos y sociales, especialmente en salud, en consonancia con las prioridades nacionales y municipales.

La gestión del riesgo es clave para mejorar la eficiencia del sector público y aumentar la confianza de los ciudadanos en el desarrollo del trabajo continuo. Para garantizar la alta calidad de los servicios públicos prestados y proteger el interés público, los gobiernos deben implementar la gestión del riesgo de manera eficiente y con altos estándares.





En este sentido, las tendencias actuales de desarrollo de nuestra sociedad aumentan la búsqueda de instrumentos para fortalecer la transparencia, eficiencia de programas y rendición de cuentas de los gobiernos. La acción de gobierno exige implementar mecanismos de monitoreo y sistemas de apoyo para el acopio, procesamiento y análisis de datos que consientan recabar información que genere una idea de la situación real del país.

Todos los procesos y niveles de gobierno son dinámicos y susceptibles al cambio, en condiciones normales; sin embargo, esta dinámica ha presentado transformaciones significativas en los últimos dos años, como resultado de la crisis sanitaria del COVID-19 agudizando retos y planteando nuevos e inéditos desafíos.

Los gobiernos, en estas condiciones, se vieron obligados a adaptarse y a buscar soluciones (no necesariamente estándares) ante la emergencia que impuso responsabilidad adicional. Lo cual hubiera permitido mejores soluciones utilizando la metodología de la administración del riesgo.

La contingencia sanitaria planteó tres desafíos principales:

- 1) La necesidad de adquirir gran cantidad de bienes y servicios no contemplados en el periodo pre-pandemia que implicó acciones públicas y procedimientos de emergencia.
- 2) La falta de existencias de bienes y servicios e insuficiencia de infraestructura para hacer frente a la pandemia que provocó, entre otros efectos negativos, su escasez y/o la restricción de los mercados en su disponibilidad. En estas condiciones, los gobiernos se enfrentaron a la volatilidad de los precios y un comportamiento caótico del mercado, recurriendo en ocasiones a transacciones de tipo informal que generaron riesgos de interrupción en las cadenas de suministro.





- 3) Las limitadas atribuciones de los gobiernos locales para hacer frente a la pandemia y garantizar todo tipo de seguridad para la población.

Así pues, la pandemia demostró no solo una falta de preparación, planeación e intervención de todas las naciones; nadie esperaba que un riesgo sanitario impactará en una medida tan desastrosa a todos los niveles de la sociedad; sino que probó que existe una falta de relación entre la gestión del riesgo y las políticas públicas implementadas.





## CAPÍTULO II

### Política de Gestión del Riesgo Sanitario

En la actualidad existe una necesidad de poder anteponernos a hechos que resultan de gran impacto en el mundo. Para el ser humano se ha vuelto necesario reducir las problemáticas que se presentan y ampliar el conocimiento de incertidumbres y situaciones que denotan en una intranquilidad en el entorno de las personas.

Este tipo de situaciones generan inquietud, incertidumbre y se vuelven contingencias que eventualmente resultan en un alto grado de complejidad para poder resolverlas. Es en este momento de complejidad en el cual la eventualidad emergente se convierte en un desastre, que genera impactos a gran escala y en diversos sectores.

En el caso específico de este trabajo de investigación, el riesgo a enfrentar es el sanitario. Por lo que entender qué es, cómo ha evolucionado y cómo se puede comprender y afrontar es imprescindible.

#### **¿Cómo una emergencia se convierte en desastre?**

La emergencia se entiende como aquel evento que sucede en un tiempo determinado sin ser esperado y produce momentos perturbadores en el entorno y en la forma en la que se desarrolla la vida natural en todos los sistemas. Entonces, se requiere el uso de recursos externos para poder brindar atención para mantener tanto a la población como el entorno en un equilibrio sustancial que permita seguir preservando la seguridad, vida y salud.

Dado que es una perturbación funcional al sistema, exige una respuesta mayor a la establecida mediante recursos normalmente disponibles, produce modificaciones





temporales en el sistema que comprometen a la comunidad, al ambiente, alterando servicios e impidiendo el desarrollo normal de las actividades esenciales (UNISDR, 2008).

Al hacerse necesario el uso de recursos fuera del territorio, esta emergencia pasa a convertirse en un desastre por el grado de impacto que tiene sobre las personas. En este tipo de casos es esencial conocer las debilidades que se traducen como vulnerabilidades y producen puntos críticos.

El desconocimiento de cuáles son las vulnerabilidades puede favorecer el posible desarrollo de riesgos relacionados entre sí, convirtiéndose en una cadena de riesgos o multi-riesgos (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2009).

Este tipo de cadenas generadoras de riesgos inesperados puede incrementarse descomunadamente, por lo cual, solucionar el problema que generó la emergencia se convierte en la menor de las prioridades, por lo tanto, exige una necesidad de replantear el ciclo de acciones a realizar.

El GAR de 2011, bajo el título “Revelar el riesgo, replantear el desarrollo” como tema, señala que hace falta una reforma radical de la gobernanza del riesgo, y sus objetivos deben ser un mayor compromiso político y de coherencia regulatoria en el gobierno central, para así hacernos de gobiernos locales competentes y responsables, y con buena disposición para colaborar con asociaciones de la sociedad civil, en especial con hogares y comunidades de ingresos bajos.

El mismo documento ofrece los elementos clave para una exitosa gestión del riesgo de desastres, según los distintos grados de gobernanza y sectores de desarrollo identificados en el Informe y destaca tres ámbitos principales: **asumir la responsabilidad del riesgo, integrar la gestión del riesgo de desastres en los instrumentos y**







**mecanismos de desarrollo existentes, y construir capacidades relativas a la gobernanza del riesgo.**

Por consiguiente, las políticas públicas deben tener en cuenta la problemática de las emergencias y debe integrarse un análisis y, reducción del riesgo en la planificación de estas.

El riesgo de un desastre es un resultado que emerge del desarrollo de varias acciones y circunstancias; consecuencia acumulada de procesos políticos, económicos y sociales. Permanentemente se transforma y existe una gama amplia para su reducción y control a través de intervenciones integrales en los procesos; por lo que la GR debe mantener diferentes tipos de intervención ante la eminencia de su aparición:

- 1) Gestión correctiva: aquella que busca disminuir el riesgo ya creado por intervenciones inadecuadas en los sectores y territorio afectado.
- 2) Gestión prospectiva: evitar la gestión de un nuevo riesgo o vulnerabilidad a través de la intervención de procesos de reordenamiento y planificación.
- 3) Gestión reactiva: planificar y ejecutar acciones para la atención de emergencias (planes de contingencia, rehabilitación y/o reconstrucción).

Cabe aclarar que uno no excluye al otro, por lo que la permanencia de la determinación de acciones deberá complementarse para mantenerse de forma integral en todo momento.

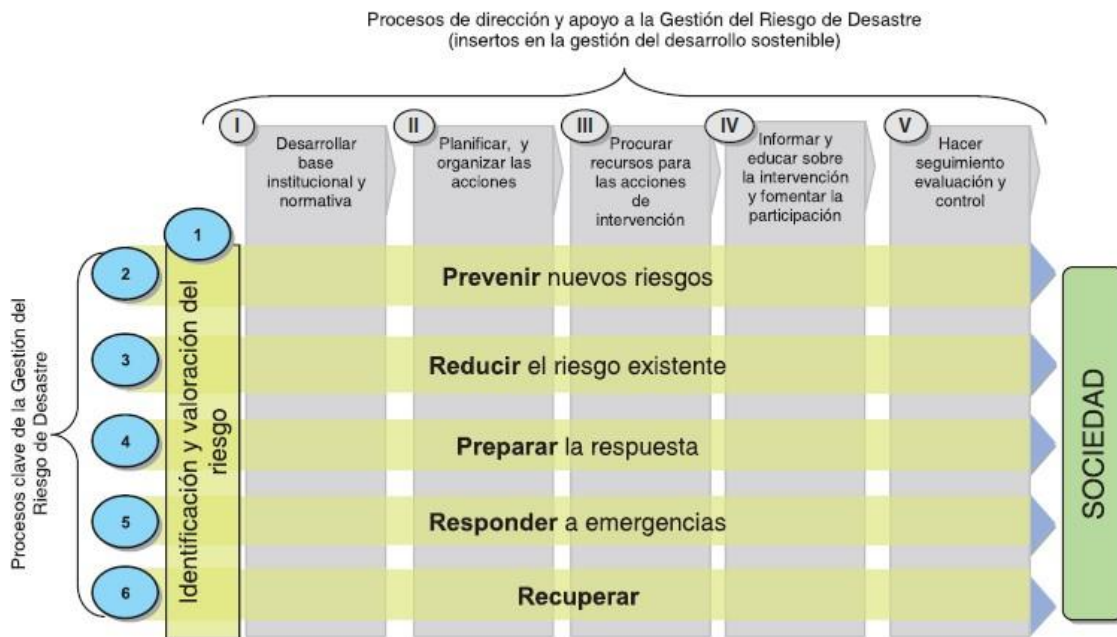
Conocer y entender el proceso de gestión del riesgo en desastres, resulta beneficioso para poder planear y brindar atención eficiente y eficaz a la población. Los gobiernos deben dotarse de mecanismos de acción que le permitan intervenciones integrales en todos los niveles de atención.





El siguiente diagrama muestra cómo el ciclo debe llevarse a cabo y cómo las etapas que se viven dentro de él se interrelacionan con las acciones cubiertas tanto por el Estado como por la sociedad.

**Diagrama 3**  
**Proceso de Gestión de Riesgo de Desastres**



Fuente: Incorporando la gestión del riesgo de desastres en la planificación de desarrollo, 2009.

Pues bien, la gestión y control de una situación de riesgo sanitario provocada por una enfermedad desencadenante de una emergencia sanitaria, es una de las situaciones más difíciles y complejas de enfrentar, no solo por las propias características del evento o el agente patógeno que la genera, sino también por las diferentes fuentes, vías de contagio y el nivel de incertidumbre relacionado con la evolución y posibles mutaciones del agente y el propio desarrollo de la emergencia. (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], 2013).



## 2.1 Comprensión del Riesgo Sanitario

El riesgo se conceptualiza por dos variables: amenaza y vulnerabilidad. Sin embargo, para casos de gestión de riesgos específicos como el sanitario, debe considerarse una variable más que es de suma importancia: la capacidad de respuesta.

La fórmula de cálculo sería:

$$Riesgo = \frac{Amenaza * Vulnerabilidad}{Capacidad de Respuesta}$$

Donde:

Riesgo: riesgo sanitario.

Amenaza: agente patógeno.

Vulnerabilidad: diferentes susceptibilidades que provocan que cierta población tenga mayor posibilidad de asumir el agente patógeno.

Capacidad de respuesta: acciones realizadas por el Estado y la sociedad para combatir la emergencia.

El objetivo del estudio del riesgo será minimizar la vulnerabilidad. En el caso del riesgo sanitario, específicamente esta variable juega un papel sumamente importante; puesto que el riesgo se considera dinámico y va cambiando de acuerdo a las regiones donde se presenta y las diferencias en las características particulares de los entornos la hacen presentarse con especificidades; por lo cual en un sector poblacional puede tener un alto índice de vulnerabilidad y en otro puede ser muy bajo.

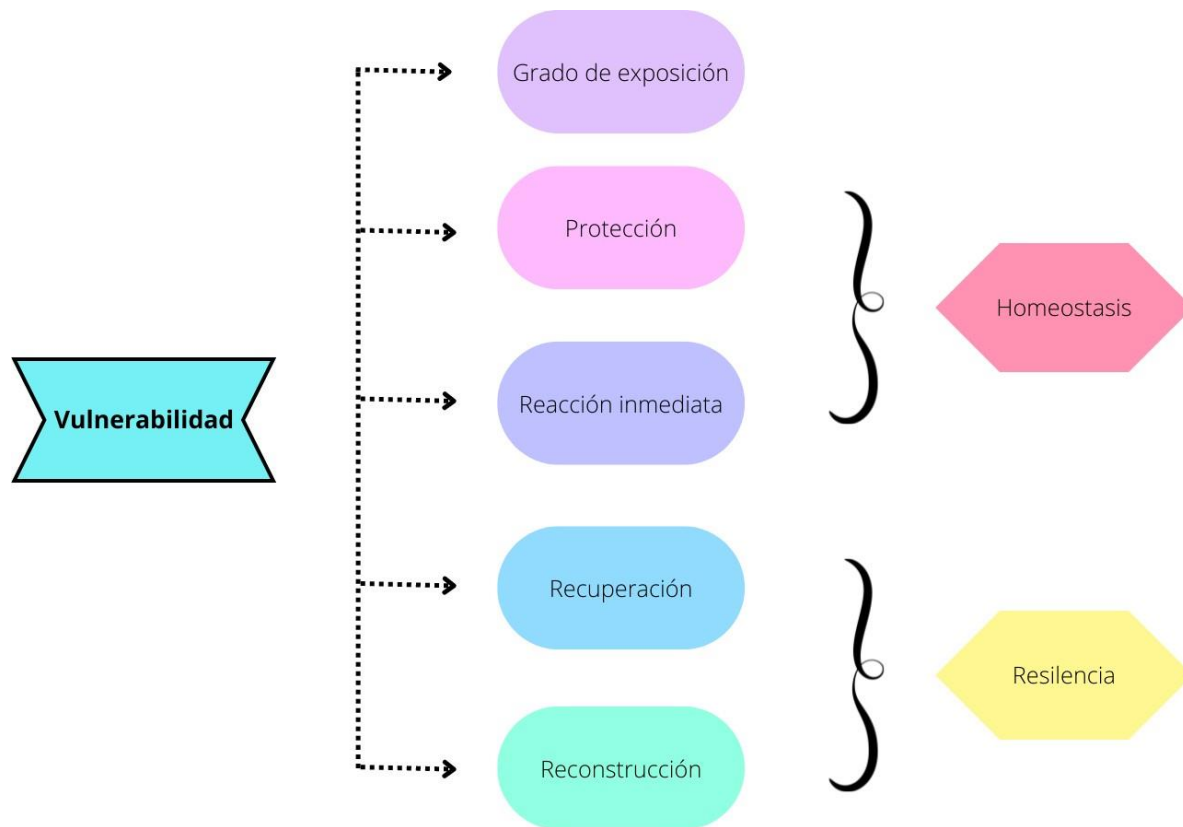




Es así que la vulnerabilidad deberá estudiarse de manera específica con los criterios que la integran, como se observa en el siguiente diagrama:

**Diagrama 4**

**Conceptualización de la Vulnerabilidad**



**Fuente: Elaboración propia con información de Araujo R. (2015).**

El diagrama anterior muestra los diferentes conceptos que conforman el significado de vulnerabilidad. La protección y la reacción inmediata darán el soporte a la homeostasis (capacidad de mantener una condición estable ante eventos adversos del entorno).





Mientras que la recuperación y la reconstrucción conforman la resiliencia. de esta forma estos últimos dos conceptos darán el soporte de resistencia.

Para efectos de este trabajo de investigación y en connotación al entendimiento del riesgo sanitario, tanto en una emergencia como en un desastre. La vulnerabilidad es el grado de exposición a un riesgo, la capacidad de poder mantenerse de forma segura y reaccionar ante la adversidad; así como de anteponerse y recuperarse.

El riesgo sanitario es toda aquella contingencia que previsiblemente puede afectar a la salud de las personas y en consecuencia genera riesgos adversos, pero de impacto directo en el entorno de las personas afectadas y se involucra la dimensión de temporalidad.

En otros términos, las enfermedades transmisibles emergentes son de los riesgos más problemáticos para poder comprender, sobre todo, aquellos que son de origen natural (aparición de nuevas enfermedades infecciosas o modificación de aquellas ya existentes).

La Epidemiología ha buscado la forma precisa de cálculo de probabilidades de ocurrencia. Sin embargo, no toda probabilidad indica una estimación de riesgo, y es aquí, donde las variables a utilizar deben elegirse cuidadosamente para darles un uso adecuado y que de verdad apoyen el estudio del propio riesgo.

Por otro lado, Naomar de Almeida F. et al (2006:6) menciona que ante el riesgo sanitario existe la presencia de tres elementos que conforman la definición de forma epidemiológica:

1. Ocurrencia de casos de óbito-enfermedad-salud (numerador);





2. Base de referencia poblacional (denominador);
3. Base de referencia temporal (periodo).

$$\text{Riesgo epidemiológico} = \frac{\text{Ocurrencia de casos de óbito – enfermedad – salud}}{\text{Base de referencia poblacional}} * \text{Base de referencia temporal}$$

Donde:

Riesgo epidemiológico: susceptibilidad de poder asumir un agente patógeno.

Ocurrencia de casos de óbito-enfermedad-salud: número de personas que han presentado el agente patógeno.

Base de referencial poblacional: número base de referencial de la población (100-100,000).

Base de referencia temporal: período de medición.

Para poder entender y analizar el riesgo es necesario visualizar, tanto aspectos cualitativos como cuantitativos, dado que este tipo de riesgos pueden afectar a un grupo muy reducido de personas y con intensidad limitada, o que afecte a un amplio y numeroso grupo con una intensidad desmedida y un gran impacto en el entorno de los afectados. Las características particulares de cada grupo poblacional ayudarán a establecer niveles de riesgo.

Por ende, de acuerdo a lo ya mencionado, el riesgo sanitario va a depender de cuatro variables que influyen como catalizadores del propio riesgo:

- 1) Amenaza
- 2) Exposición
- 3) Vulnerabilidad





#### 4) Capacidad de Respuesta

La primera variable se refiere al ente biológico (agente patógeno) que actuará como agente de enfermedad directo a la salud de la persona. Los agentes biológicos son los microorganismos que causan enfermedades en el hombre, los animales y las plantas o producen un deterioro en el entorno de cada uno de ellos.

Los riesgos causados por un agente biológico pueden ser naturales o artificiales; los primeros son una extensión de una enfermedad que termina en una pandemia que se designan como enfermedades emergentes o reemergentes, y el segundo provocado por los propios seres humanos para afectar directamente a cierta población.

El segundo término: la exposición (tiene que ver con la geolocalización), es decir, el lugar geográfico en que se encuentra tanto la amenaza como los individuos susceptibles de recibirla a través de la cercanía de otras personas.

La vulnerabilidad (tercer catalizador) tiene que ver con temas de índole social, cultural, etario y de comorbilidades. El entorno de la persona: sea rural, urbano, tipo de vida, profesión; alimentación, educación, bienestar físico, emocional; edad y padecimientos a lo largo de su vida influyen en el hecho de que sean más susceptibles al ente biológico.

Por último: la capacidad de respuesta, tiene que ver con que se cuente con los medios para atender el riesgo sanitario, en cuanto a presupuesto, infraestructura, personal, insumos y por supuesto el tiempo que se tarda en actuar cada uno de los sectores y áreas involucrados.

Pues bien, afrontar este tipo de situaciones requiere del diseño e implementación de medidas efectivas que deberán ejecutarse simultáneamente con eficiencia y en sinergia





con todos los sectores. Conocer, reconocer y principalmente prepararse ante este tipo de eventualidades, cada día debe considerarse más importante.

Un riesgo sanitario significa: gravedad, singularidad y alta repercusión social e impacto en todo el entorno. Es necesario hacer conciencia de las vulnerabilidades que tenemos; las acciones deben ser preventivas y correctivas.

Para efectos de esta investigación serán estas últimas cuatro variables que consideraremos analizar en el caso del Estado de México para establecer los criterios y agentes de acción positivos y negativos que generaron un impacto en el desastre sanitario.

**Diagrama 5**  
**Variables relacionadas como catalizadores del Riesgo**



Fuente: Elaboración propia.







## 2.2 Principios metodológicos para el estudio de una Política de Gestión del Riesgo

La Política de Gestión del Riesgo es el conjunto de decisiones que el Estado o empresa tomará para establecer el marco de acción de acuerdo a los diferentes niveles de riesgo en cuanto a las obligaciones y responsabilidades de cada actor involucrado.

Desde una perspectiva social, la GR se constituye en una política de carácter indispensable para asegurar la sostenibilidad, seguridad, derechos e intereses de la comunidad, así como para mejorar la calidad de vida de las poblaciones y los grupos en riesgo y, por lo tanto, deberá estar asociada a la planificación.

Asimismo, para su formalidad debe basarse en los siguientes criterios:

1. Igualdad
2. Prevención y protección
3. Certidumbre
4. Sistémico

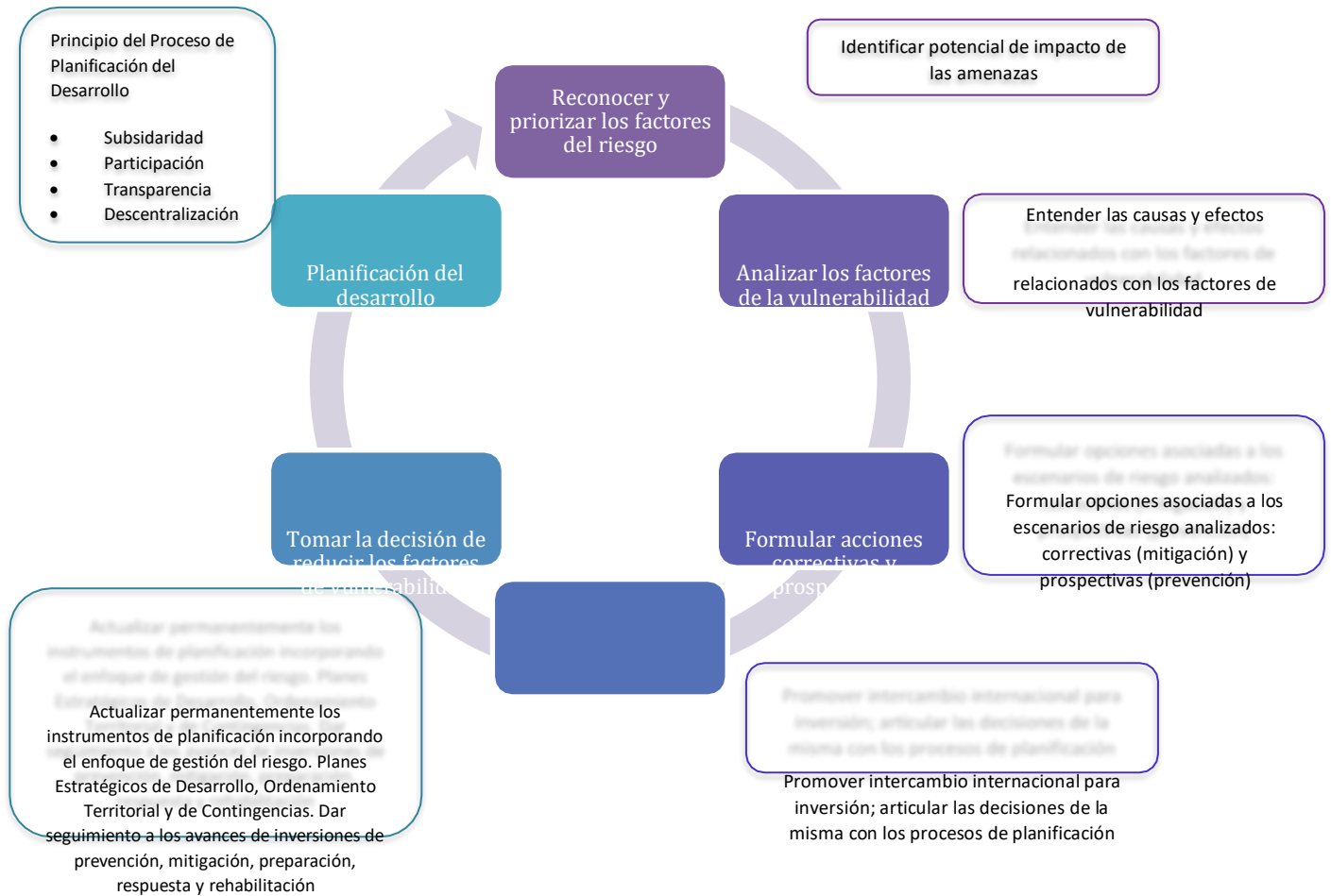
Los cuales tendrán como finalidad disminuir la incertidumbre y vulnerabilidad para la cual está expuesta la población.

El ciclo para deducir factores de vulnerabilidad es indispensable para medir, gestionar y administrar casos de riesgo, como se observa en el siguiente diagrama:





**Diagrama 6**  
**Ciclo para deducir factores de vulnerabilidad**



Fuente: Bollin. Com. Pers; 2004.

Las políticas públicas serán mejor diseñadas e implementadas si se tiene el cuidado de conceptualizarlas como productos de distintas funciones del Estado (Canto Sáenz Rodolfo, Análisis de Políticas Públicas: evitar enfoques únicos). Así se coadyuvará a obtener mejores resultados dentro de la contención y prevención del riesgo en los diferentes niveles de acción.



Para efectos de esta investigación, y en el caso particular del análisis para el Estado de México, se considera tomar como base el Proceso de Gestión del Riesgo de Desastres

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales  
Maestría en Administración Pública y Gobierno





**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**Facultad de Ciencias Políticas y Sociales**  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



(diagrama 2), así como la Conceptualización de Vulnerabilidad (diagrama 3); con base en las cuatro variables de atención del riesgo sanitario (amenaza, vulnerabilidad, exposición y capacidad de respuesta).





### **CAPÍTULO III**

#### **Análisis de la Política de Salud y Gestión del Riesgo en México durante la Pandemia Covid-19**

Los riesgos a los cuales estamos expuestos son diversos y su priorización es de suma importancia, dado que el impacto que puedan causar es multisectorial y diversificado. Las instituciones internacionales han creado instrumentos que permiten encauzar las acciones que se consideren prioritarias y con ello poder vislumbrar diferentes escenarios para tener medidas de control, contención y solución.

Un instrumento que puede ser de gran ayuda es el GAR por parte del Foro Económico Mundial; este informe presenta y comparte resultados a través de la Encuesta de Percepción de Riesgos Globales (GRPS) en el contexto de las perspectivas globales y temas vigentes y de interés.

Dicha encuesta realiza un análisis basado en las cinco categorías que son consideradas las áreas más importantes en las que se deben centrar los esfuerzos de los estados para evitar impactos catastróficos en la sociedad que perduren por un largo periodo.

La categoría político-social muestra aquellos riesgos a los cuales se enfrenta la sociedad, y por los cuales pueda sufrir cambios drásticos en su vida cotidiana y que genera impactos desastrosos en el resto de los sectores que afectan el estado de bienestar del ser humano; es aquí donde se muestran los principales riesgos potenciales de salud a nivel mundial.

El informe de 2006 del WEF incluyó dentro de los temas vigentes hablar de lo que puede suceder a corto plazo referente a enfermedades transmisibles como sucedió con la epidemia de Influenza y gripe aviar de 2005. El documento refiere lo que el mundo





esperaría en el caso de encontrarse frente a una pandemia que se dé por brotes de nuevas enfermedades virales. Lo anterior, con la premisa de que evolucionan rápidamente y causan un impacto grande en la sociedad. El riesgo se incrementa cuando existe una aparición de variantes del virus difícil de identificar y poder atender de manera rápida y efectiva.

La epidemia de Influenza H1N1 de 2005 es el antecedente de amenaza de riesgo sanitario más destacable y comparable con el evento de Covid-19. Es el punto de partida bajo el que se construye un sinnúmero de proyectos y políticas que regirán un nuevo orden sanitario a lo largo y ancho del mundo.

La OMS toma como acuerdo internacional la creación, divulgación e implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Su objetivo es:

*[...]prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.*

Dentro del mismo documento se establece la instauración del Comité el cual se encargará de establecer las acciones en la toma de decisiones en caso de Riesgo Sanitario Internacional y los temas relevantes que deben tener en claro en el momento de presentarse una eventualidad.

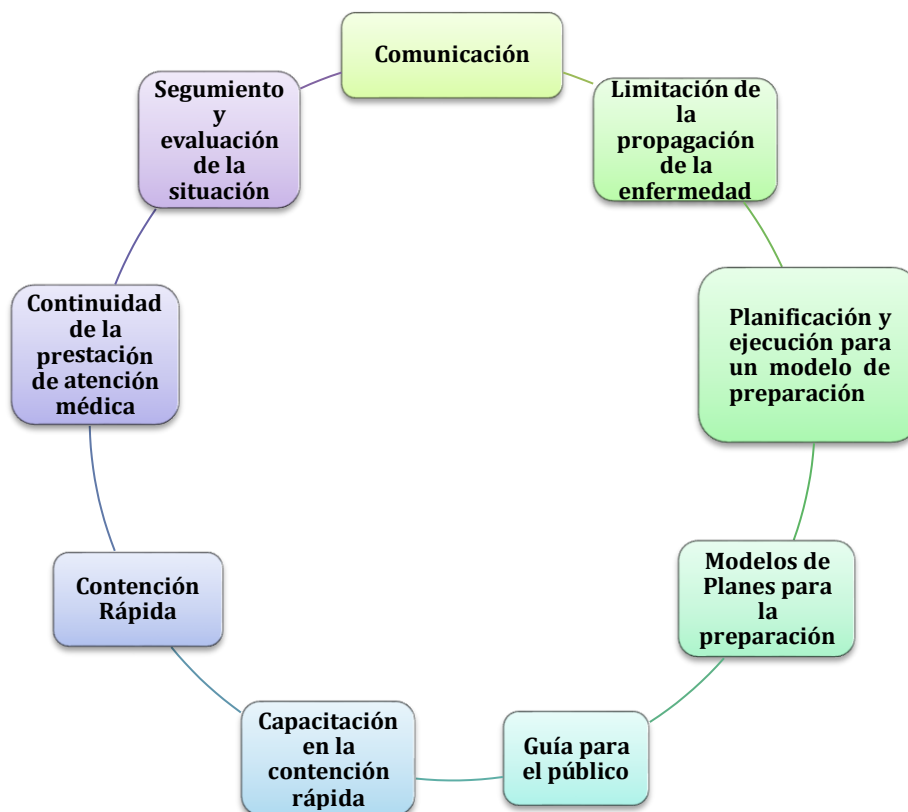
En el diagrama 5 se muestra el ciclo que debe completarse por parte de los estados de las acciones de acuerdo a las orientaciones de la OMS, iniciando como acción primordial la **comunicación**. Esta debe realizarse entre todos los actores involucrados en el evento; el objetivo radica en la **limitación de la propagación del virus** basado en la **planificación y ejecución de un modelo de preparación**, que deberá incluir una **guía**





para el público, **capacitación** al personal de salud, y una **ruta de atención médica** que permita de manera inicial una **contención rápida** y una efectiva atención médica; finalmente debe haber **seguimiento y evaluación** de la situación para su monitoreo a través de indicadores y las fases de la evolución del virus.

**Diagrama 7**  
**Orientaciones de la OMS en respuesta a una epidemia**



Fuente: Elaboración propia con información de la OMS, 2005.

Por otro lado, en el Global Risk Report 2006 a la letra se indica:

*[...]un brote de transmisión de persona a persona podría tener impactos devastadores a nivel mundial en todos los países, sectores sociales y económicos,*





*perturbando procesos eficientes, degradando gravemente las capacidades de respuesta y exacerbar los efectos de las debilidades conocidas en diferentes sistemas.*

Con lo anterior, se puede tener claro que todas las instituciones mundiales conocían los efectos e impactos que este tipo de riesgos podría traer consigo, considerando que en décadas anteriores se habían presentado casos virales importantes que analizar. Ahora los cuestionamientos serían: ¿Cuáles fueron las acciones que tomaron? ¿Ayudó tener conocimiento previo? ¿Existió preparación por parte de los diversos países?

Las acciones que la OMS emitió durante 2005 sugieren el reflejo y la explicación en el actuar de los gobiernos en un entorno de epidemia emergente el cual pudiera presentarse complejo, dando a entender que al poder diseñar e implementar cada una de ellas el modelo metodológico absorbería la disparidad administrativa y burocrática. Que cubriría en primera instancia un entorno preventivo, posteriormente de contención y al último de control de cualquier virus.

Lo anterior, tomando como base que cualquier eventualidad que implique epidemia o pandemia recae en un evento impredecible, con probabilidad de recurrencia en periodos más cortos y con efectos graves en la salud y en el entorno económico; ante esto lo ideal es planificar anticipadamente con la finalidad de atenuar el impacto.

Con esta premisa la OMS recomendó que los grupos y sectores involucrados sean: gobierno nacional, sector salud, los sectores ajenos al sector sanitario; pero coadyuvan a su buen funcionamiento. Así como, organizaciones de la sociedad civil y la población en general; la interacción y coordinación entre todos los actores es fundamental para que el proceso sea exitoso.

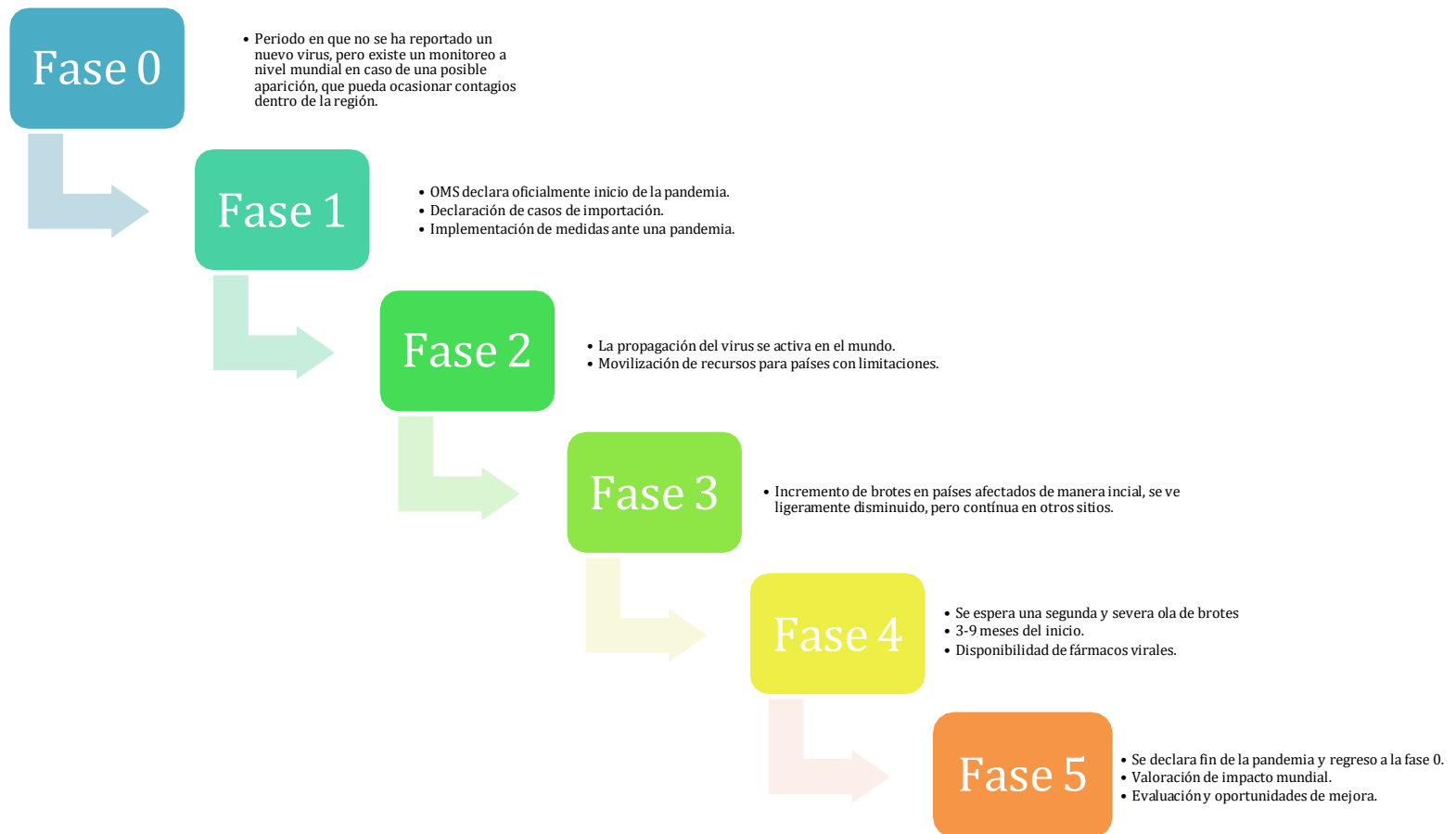
Paralelamente, la organización dio a conocer las fases y acciones sobre las cuales los países deben basarse para implementarlas ante una pandemia.







### Diagrama 8 Fases de la Pandemia de acuerdo a la OMS



Fuente: Elaboración propia con información de la OMS.



En estas medidas y fases establecidas del ciclo pandémico, la OMS pretende que los países enfrenten de una manera eficaz los retos que una próxima pandemia pudiera producir. Sin embargo, la ocasionada por Covid-19 resultó no ser el escenario ideal para que los países desarrollados y no desarrollados pudieran demostrar que su planeación resultaría en un entorno preventivo, de contención y diseminación.

En 2012 México adopta los conceptos de GIR establecidos en la Ley General de Protección Civil; aquí el gobierno entiende como fenómeno sanitario-ecológico al agente perturbador que se genera por la acción patógena de agentes biológicos que afectan a la población, animales y cosechas, causando muerte o alteración de la salud. Además, epidemias o plagas constituyen un desastre sanitario y también se agrega la contaminación del aire, agua, suelo y alimentos.

En el artículo 10 se plasman las fases anticipadas a la ocurrencia de un agente perturbador:

1. Conocer el origen y naturaleza de los riesgos, así como los procesos de construcción social de estos;
2. Identificación de peligros, riesgos, vulnerabilidades y escenarios de los mismos;
3. Análisis y evaluación de posibles efectos;
4. Controles de mitigación del impacto;
5. Acciones y mecanismos de prevención;
6. Comprensión y concientización de los riesgos;
7. Fortalecimiento de resiliencia de la sociedad.

A todo esto, el artículo 13 establece que los medios de comunicación masiva electrónicos y escritos, formarán parte de cada una de las fases y se difundirá la información en materia de protección civil por todo el país, para que exista una comunicación “efectiva” con la sociedad y conozca cómo va evolucionando y cuáles





**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**Facultad de Ciencias Políticas y Sociales**  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



son las medidas que deben seguirse de acuerdo a la situación o fase por la que se esté pasando.

Los documentos y herramientas que la OMS emitió como recomendaciones, resultaron no ser efectivas porque pudieron no haberse aplicado adecuadamente o en su defecto, los países no se concentraron en un plan estratégico referente al riesgo latente que podía presentarse en corto o mediano plazo, o simplemente trataron de contener la emergencia en su inmediatez.





### 3.1 Análisis de la Política de Salud en México durante la pandemia Covid-19

Con el uso de la metodología de la gestión del riesgo y las orientaciones dotadas por la OMS para la atención de una emergencia sanitaria, se puede realizar una fusión entre ellas para poder presentar una propuesta metodológica que permita tener una respuesta óptima para brindar una atención efectiva y eficiente a la población que lo requiera.

De acuerdo a estas metodologías se planteó el desarrollo de un cuadro que permite saber en qué etapa de la gestión del riesgo se deben orientar las actividades establecidas por la OMS para poder afrontar la emergencia sanitaria. Esto se puede visualizar en el siguiente diagrama:

**Diagrama 9**  
**Proceso de Gestión del Riesgo en Desastres Sanitarios**

	<i>Desarrollar base institucional y normativa</i>	<i>Planificar y organizar las acciones</i>	<i>Procurar los recursos para las acciones de intervención</i>	<i>Informar y educar sobre las intervenciones</i>	<i>Hacer seguimiento, evaluación y control</i>
<b>Identificación y valoración del riesgo</b>	Modelos de planes para la preparación	Limitación a la propagación de la enfermedad			Seguimiento y evaluación de la situación
<b>Prevenir nuevos riesgos</b>		Modelos de planes para la preparación		Guía para el público	Seguimiento y evaluación de la situación
<b>Reducir el riesgo</b>	Modelos de planes para la preparación	Limitación de la propagación de la enfermedad		Guía para el público	Seguimiento y evaluación de la situación





**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**Facultad de Ciencias Políticas y Sociales**  
**Maestría en Administración Pública y Gobierno**



<b>Preparar la respuesta</b>	Capacitación en la contención rápida	Modelos de planes para la preparación	Capacitación en la contención rápida	Seguimiento y evaluación de la situación
<b>Responder a emergencias</b>	Modelos de planes para la preparación		Guía para el público	Seguimiento y evaluación de la situación
<b>Recuperación</b>	Modelos de planes para la preparación		Continuidad en la prestación de atención médica	Seguimiento y evaluación de la situación

Fuente: Elaboración propia con información de los procesos de gestión de riesgos y conceptualización del riesgo sanitario.

En conjunto con los criterios anteriores, la Ley de Protección Civil de México establece que la comunicación de las autoridades hacia la población debe ser esencial, permanente y en cada una de las etapas de la emergencia y fases del proceso de atención.

Con la declaración de Pandemia en 2020, los gobiernos se enfrentaron a un evento fortuito y lleno de incertidumbre, el desconocimiento total de los posibles impactos llevó a los gobiernos a minimizar el riesgo al cual se estaban enfrentando. En el caso específico del gobierno de México, se pudo observar claramente que tuvo la oportunidad de preparar la llegada de la enfermedad al país, planear logística, la atención, los recursos materiales y los humanos con los que se contaba; sin embargo, las acciones inicialmente tomadas quedaron muy limitadas ante los resultados obtenidos.

En febrero de 2020 la Secretaría de Salud del país dio a conocer inicialmente las medidas de “control” que deberían tomarse ante el virus de Covid-19 en cuanto se





hiciera presente la enfermedad en territorio nacional; medidas que actualmente se sabe fueron de contención preliminar y no de freno para la mitigación del riesgo sanitario potencial que se estaba presentando a nivel mundial. Acciones tomadas de referencias internacionales sin planificación y métodos de prevención a un suceso de tal magnitud; por si fuera poco, los efectos que se iban sufriendo a lo largo del proceso y evolución del virus rebasaron por mucho la capacidad de respuesta dejando un impacto a gran escala para la sociedad en diversos sectores.

Es de considerar que las variables utilizadas por la gestión del riesgo son: riesgo, amenaza, vulnerabilidad y capacidad de respuesta; el análisis se desarrolla de la siguiente manera:

### Diagrama 10

#### Variables de análisis de acuerdo al riesgo experimentado



Fuente: Elaboración propia.





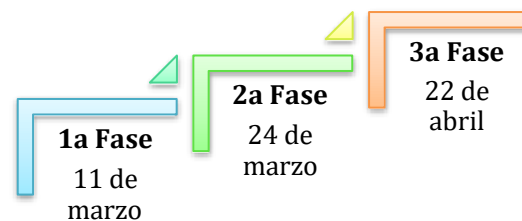
### a) Riesgo

Tomando como referencia el Diagrama 6 (Fases de la Pandemia), en México la Fase 1 da inició el 11 de marzo de 2020 de manera oficial, cuando el virus ya había hecho presencia en cinco continentes y la velocidad de propagación aceleró su ritmo. A partir del 27 de febrero comienza la intervención del gobierno federal con las conferencias informativas en canales a nivel nacional, radio y redes sociales, donde se a conocer la situación epidemiológica que se estaba viviendo, así como los lineamientos que las autoridades seguirían ante la situación emergente que se suscitaba.

### b) Amenaza

No fue hasta el 23 de marzo, mediante el Diario Oficial de la Federación, que el Consejo de Salubridad General reconoce el virus como una enfermedad grave de atención prioritaria y establece las actividades de preparación y respuesta ante la enfermedad; las cuales estarían a cargo de la Secretaría de Salud y serían previamente autorizadas por dicho Consejo.

Es importante destacar que el primer caso de SAR Cov-2 en el país ocurre el 28 de febrero, mientras que la evolución oficial de las fases, se presentó de la siguiente manera:



### c) Vulnerabilidad

Dentro de las vulnerabilidades que el riesgo implica se encuentran inicialmente la heterogeneidad de la población; para 2020 México tenía 127 millones de habitantes, tanto en zonas rurales como urbanas, con diversidad en el acceso a los servicios





básicos y poca apertura de seguridad social; así como el hecho de que la población presenta una alta tasa de morbilidades asociadas a la complicación del covid-19 (Enfermedades Respiratorias Agudas, Diabetes Mellitus, Cardiopatías, ...).

d) Capacidad de Respuesta

Como primeras medidas adoptadas y haciendo réplicas de los países que ya estaban viviendo la situación, destacan las siguientes **acciones de inmediatez**: 20 de marzo, suspensión de clases presenciales (alargan periodo vacacional de Semana Santa de 2 a 4 semanas) y se hacen extensivas las siguientes recomendaciones a la población:

1. Uso obligatorio de cubrebocas
2. Filtros sanitarios
3. Lavado constante de manos
4. Distancia de 1.5 metros entre las personas en áreas públicas y sociales
5. Paro de labores no esenciales por 40 días
6. Restricción de movilidad

En orden cronológico la respuesta oficial se presenta de esta manera:

- 23 de marzo de 2020 México reconoce el virus como una enfermedad grave y de atención prioritaria.
- 24 de marzo se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud.
- 30 de marzo se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). (DOF/2020). En el que se establece que la Secretaria de Salud de la República determinará las acciones referentes a la epidemia.
- 31 de marzo se determinan acciones extraordinarias para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV2.







UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



- 13 de mayo se presenta Plan de Regreso a la Nueva Normalidad.
- 11 de noviembre se instruye a la Secretaría de Salud y Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para la adquisición de la vacuna.
- 24 de diciembre inicia la aplicación de vacunas al personal de salud en primera línea de atención.
- 8 de enero de 2021 se da a conocer en medios de difusión la Política Nacional de Vacunación.
- 22 de enero inicia Política Nacional de Vacunación contra COVID-19.

De cualquier manera y de acuerdo al Reglamento Internacional Sanitario (2005;6):

«cuarentena» significa la restricción de las actividades y/o la separación de los demás de personas que no están enfermas, pero respecto de las cuales se tienen sospechas, o de equipajes, contenedores, medios de transporte o mercancías sospechosos, de forma tal que se prevenga la posible propagación de la infección o contaminación.

Inclusive, las medidas de prevención dadas a conocer por el DOF del 24 de marzo de 2020 establecen en su artículo segundo:

[...]Las medidas preventivas que los sectores público, privado y social deberán poner en práctica son las siguientes:

a) Evitar la asistencia a centros de trabajo, espacios públicos y otros lugares concurridos, a los adultos mayores de 65 años o más y grupos de personas con riesgo a desarrollar enfermedad grave y/o morir a causa de ella...

b) Suspender temporalmente las actividades escolares en todos los niveles, hasta el 17 de abril del 2020, conforme a lo establecido por la Secretaría de Educación Pública;





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



c) Suspender temporalmente las actividades de los sectores público, social y privado que involucren la concentración física, tránsito o desplazamiento de personas a partir de la entrada en vigor de este Acuerdo y hasta el 19 de abril del 2020.

Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y las organizaciones de los sectores social y privado, deberán instrumentar planes que garanticen la continuidad de operaciones para el cumplimiento de sus funciones ... y garantizar los derechos humanos de las personas trabajadoras...;

En el sector público, los Titulares de las Áreas de Administración y Finanzas u homólogos o bien las autoridades competentes en la institución de que se trate, determinarán las funciones esenciales a cargo de cada institución, cuya continuidad deberá garantizarse conforme al párrafo anterior.

En el sector privado continuarán laborando las empresas, negocios, establecimientos mercantiles y todos aquéllos que resulten necesarios para hacer frente a la contingencia, de manera enunciativa, hospitales, clínicas, farmacias, laboratorios, servicios médicos, financieros, telecomunicaciones, y medios de información, servicios hoteleros y de restaurantes, gasolineras, mercados, supermercados, misceláneas, servicios de transportes y distribución de gas, siempre y cuando no correspondan a espacios cerrados con aglomeraciones.

d) Suspender temporalmente y hasta nuevo aviso de la autoridad sanitaria, los eventos masivos y las reuniones y congregaciones de más de 100 personas;

e) Cumplir las **medidas básicas de higiene consistentes en lavado frecuente de manos, estornudar o toser cubriendo boca y nariz con un pañuelo desechable o con el antebrazo; saludar aplicando las recomendaciones de sana distancia** (evitar saludar de beso, de mano o abrazo) y





recuperación efectiva para las personas que presenten síntomas de SARS-CoV2 (COVID-19) (evitar contacto con otras personas, desplazamientos en espacios públicos y mantener la sana distancia, durante los 15 días posteriores al inicio de los síntomas).

En otro orden de ideas, el Instituto Nacional de Salud Pública considera que, en conjunto con la información proporcionada por el gobierno, la denominada “infodemia” (sobreabundancia de información falsa o maliciosa sobre la pandemia y su rápida propagación a través de las personas y de los usuarios de las redes sociales) provocó una actitud disruptiva fomentando la incertidumbre y distorsión en el comportamiento social.

Ante el desconocimiento y desconfianza de la población por no tener claro cuáles serían las acciones correctas a seguir, el gobierno federal comenzó con la difusión de diversos documentos que le permitiera a la población poder conocer las recomendaciones. Dentro de esos documentos se encuentran:

- Haz de tu vivienda un lugar libre de coronavirus.
- ¿Cómo hacer de casa un espacio seguro de niñas, niños y adolescentes?
- Recomendaciones para los Centros de Atención Infantil ante la enfermedad COVID-19.
- Información para disminuir el estigma y discriminación durante la pandemia COVID-19 al personal médico y paramédico.
- Limpieza y desinfección de espacios comunitarios durante la pandemia por SARS-Cov-2.
- Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos abiertos.
- Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos cerrados.

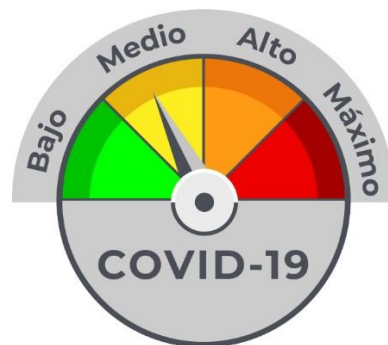




- Plan operativo de atención a población migrante ante COVID-19.

De igual forma, se instauró la vigilancia centinela por parte del Sistema de Vigilancia Epidemiológico en las Unidades de Salud Monitoras de Enfermedad Respiratoria (USMER) en todo el país; las cuales monitorean y estudian virus respiratorios como la Influenza y aplicarían los criterios ya establecidos con el COVID. Cabe resaltar que estas unidades también se establecieron como Unidades Covid, que se encargarían de brindar atención prioritaria del virus; que se transformarían en la conocida Red IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave) y mostraría en tiempo real la disponibilidad de camas instauradas en esas unidades.

Para junio de 2020 el gobierno federal implementó el manejo de Semáforo de Riesgo Epidemiológico; el cual tenía como objetivo: establecer acciones y restricciones en la emergencia en las diferentes zonas y regiones del país, dada la heterogeneidad de las mismas, así se instrumentarían de acuerdo a la intensidad de la epidemia y el riesgo de propagación del virus.



Los indicadores bajo los cuales se instrumenta la semaforización fueron de proporción y de tendencia:





**Cuadro 3**  
**Indicadores de referencia para la SemafORIZACIÓN por Covid-19**

Nombre de Indicador	Fórmula	Valor para Indicador
<b>Ocupación hospitalaria de la Red IRAG</b>	$\frac{\text{Camas generales ocupadas de la Red IRAG}}{\text{Total de camas generales de la Red IRAG}} * 100$	40%
	$\frac{\text{Camas UTI ocupadas de la Red IRAG}}{\text{Total de camas UTI de la Red IRAG}} * 100$	60%
<b>Positividad al SARS-CoV-2</b>	$\frac{\text{Casos positivos a SARS - CoV - 2 registrados en SISVER}}{\text{Total de casos con muestra de laboratorio registrados en SISVER}} * 100$	
<b>Tendencia de casos hospitalizados</b>	<p>Regresión Lineal para establecer tendencia * 100</p> <p>*Mínimos cuadrados ordinarios</p> <p>*Theil-Sen</p> <p>*Huber</p> <p>*RANSAC</p>	
<b>Tendencia de casos síndrome COVID-19</b>	$\text{Tendencia de casos sospechosos nuevos diarios} * 100$	

Fuente: Guía de SemafORIZACIÓN, Secretaría de Salud.

**Cuadro 4**  
**Indicadores**

Indicadores		Puntos de corte			
Indicadores de proporción	Ocupación hospitalaria de la Red IRAG	30% y menos	31% - 50%	51% - 70%	71% y más
	% Positividad COVID	21% y menos	20% - 29%	30% - 39%	40% y más
Indicadores de tendencia	Tendencia de casos hospitalizados	Descenso	Descenso moderado	Estabilidad	Ascenso
	Tendencia síndrome COVID-19	Descenso	Descenso moderado	Estabilidad	Ascenso

Fuente: Guía de SemafORIZACIÓN, Secretaría de Salud.





De acuerdo a los resultados presentados en los indicadores en cada una de las entidades se estableció el semáforo de riesgo con las actividades que podrían o no llevarse a cabo dentro de la región, aplicándose a toda la población.

**Cuadro 5**

**Actividades autorizadas para realizar de acuerdo a la semaforización**

Tipo de actividades		Máximo	Alto	Medio	Bajo
Actividades laborales	Esenciales	Actividad regular	Actividad regular	Actividad regular	Actividad regular
	No esenciales	Cerradas	Sólo personal indispensable (30%)	Actividad regular	
Espacios públicos	Abiertos	Suspendidos	Aforo reducido	Actividad regular	
	Cerrados		Suspendidos	Aforo reducido	
Actividades escolares		Suspensión de actividades	Suspensión de actividades	Suspensión de actividades	
Población vulnerable		Quédate en casa	Quédate en casa	Limitar la movilidad	

Fuente: Guía de Semaforización, Secretaría de Salud.

Otra de las acciones federales indicaba que las entidades debían establecer las unidades hospitalarias que atenderían de primera instancia a las personas afectadas por Covid-19 y mantener una difusión continua.

Por consiguiente, en México existen 4,354 unidades hospitalarias con Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES): 1,182, públicas y 3,172, privadas; de acuerdo a la Secretaría de Salud Federal.

Las políticas implementadas para una vida mejor de la población, utilizan como indicador prioritario, el número de camas de hospital por cada 1000 habitantes: proporciona una medida de los recursos disponibles para prestar servicios a los





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



pacientes internados en hospitales, en términos del número de camas que son regularmente mantenidas, atendidas y que están disponibles para uso inmediato.

En nuestro país se contaba para 2020, con una cama disponible por cada 1000; es decir un total de 126,014 camas disponibles, cumpliendo con los estándares solicitados por las organizaciones mundiales. El cuestionamiento sería ¿el número de camas son suficientes para brindar una atención, oportuna y de calidad para todos y cada uno de los pacientes con Covid-19?

La respuesta fue muy sencilla: No. Se atravesó por una crisis de atención sanitaria con poca o nula disponibilidad de servicios, de medicamentos, así como de tanques de oxígeno, personal médico para la atención y, sobre todo, hubo una saturación de camas hospitalarias.

Cabe mencionar, que cada una de las acciones tomadas por parte del gobierno federal fueron replicadas en el Estado de México; no permitiendo que la política pública estatal de salud emergente evolucionara conforme se vivió la situación.





### 3.1.1 Caso Estado de México

En este trabajo el análisis se centra en el Estado de México. Al inicio de la emergencia sanitaria, el Estado contaba con 16,992,418 habitantes, que representa 13.48% del total de la población del país. El Estado tiene la particularidad de que existe una gran concentración de población en determinadas zonas geográficas con manchas urbanas de poco acceso a los servicios básicos.

Se divide en regiones para poder establecer una mejor atención y servicios que propicien un pleno desarrollo, de acuerdo a la ubicación geográfica y las características particulares de la población y ocupación de la misma.

División de las regiones:

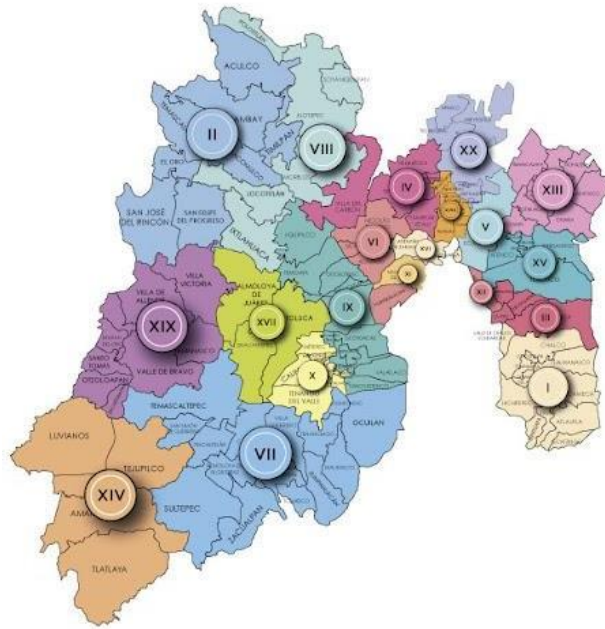
Región I.	Amecameca	Región XI.	Otumba
Región II.	Atlacomulco	Región XII.	Tejupilco
Región III.	Chimalhuacán	Región XIII.	Tenancingo
Región IV.	Cuautitlán Izcalli	Región XIV.	Tepetzotlán
Región V.	Ecatepec	Región XV.	Texcoco
Región VI.	Ixtlahuaca	Región XVI.	Tlalnepantla
Región VII.	Lerma	Región XVII.	Toluca
Región VIII.	Metepéc	Región XVIII.	Tultitlán
Región IX.	Naucalpan	Región XIX.	Valle de Bravo
Región X.	Nezahualcóyotl	Región XX.	Zumpango







## Mapa 1 Regiones del Estado de México



Fuente: Secretaría de Desarrollo Social del Estado de México.

De acuerdo a la distribución se esperaría que fueran cubiertas las necesidades de atención a la población para poder contener y controlar la emergencia sanitaria. Para analizar el caso específico del Estado es necesario retomar la forma en que los países decidieron enfrentar la emergencia:

- Movilidad parcial de la población.
- Restricción y prohibición de movilidad (cuarentena prolongada permanente).

México optó por enfrentar la eventualidad bajo un esquema de movilidad parcial, que permitía que la población continuara con un ritmo de vida lo más habitual que se pudiera; también facilitó que el sector económico no entrara en un momento de crisis complejo rápidamente. Puesto que el gobierno no cuenta con políticas que permitan





una vinculación entre los diferentes sectores para procurar mantener el bienestar de la vida de las personas.

Para la atención frente a amenazas por agentes biológicos el monitoreo lo realiza el Centro de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CEVECE) adscrito a la Secretaría de Salud del Estado de México. Este centro se encarga de analizar el perfil epidemiológico de la población de acuerdo a los cambios sociales, ambientales y económicos que se han gestado; aplicando modelos de inteligencia epidemiológica que agilicen la atención, así como la modernización de las unidades hospitalarias creadas en la zona geográfica.

Como objetivo primordial se mantiene la generación de información como apoyo para la toma de decisiones en materia sanitaria que favorezca programas y se difunda la información entre todos los habitantes.

En este contexto el monitoreo y seguimiento de la información y datos generados, así como derivados de la emergencia sanitaria deben ser procesados por el CEVECE en coordinación con la Secretaría de Salud y las diferentes instancias sanitarias que conforman la estructura del Estado de México (Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado, Instituto Mexicano de Seguridad Social, Instituto de Salud del Estado de México e iniciativa privada).

El Estado se limitó a replicar las estrategias y políticas establecidas por el gobierno federal, además de las emitidas por el gobierno de la Ciudad de México. Por ende, con la justificación de la cercanía geográfica y la posible homogeneidad que presenta su población, así como la movilidad interna que existe entre ambas entidades.





Las medidas preventivas que se implementaron fueron de carácter obligatorio federal y difundidas entre la población al inicio de la emergencia:

- Lavado frecuente de manos
- Uso de cubrebocas
- Sana distancia
- Medidas de higiene en áreas del entorno diario
- Medidas de atención para personas con discapacidad y comorbilidades relacionadas con sistema respiratorio
- Medidas de aislamiento domiciliario.

Adicionalmente, se implementó la línea telefónica 800 900 32 00 de atención Covid-19; en caso de presentar dificultad respiratoria o sintomatología mayor; era atendida por personal de la Secretaría de Salud capacitado en riesgos y efectos que se producían por la exposición ante el agente biológico.

El Estado de México cuenta con 125 municipios en su territorio; 29 de ellos se consideraron para habilitar unidades hospitalarias especializadas para la atención de la población ante la emergencia. Las Unidades Hospitalarias que brindaron atención a las personas con padecimientos derivados del virus, son las siguientes:

**Cuadro 6**  
**Unidades Hospitalarias Covid-19 en el Estado de México**

Municipio	Unidad	Habilitado al inicio de pandemia	Habilitado posteriormente
Amanalco	Amanalco		
Amecameca	Hospital General "Valentín Gómez Farías" (San Francisco Zentlalpan)		





**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**Facultad de Ciencias Políticas y Sociales**  
**Maestría en Administración Pública y Gobierno**



Atizapán de Zaragoza	Hospital General "Dr. Salvador González Herrejón"		
Atlacomulco	Hospital General de Zona No.252		✓
	Unidad Móvil temporal COVID		✓
	Centro de Convalecencia COVID-19		✓
	Hospital Regional de Atlacomulco ISSEMyM		✓
	Hospital General Atlacomulco	✓	
Axapusco	Hospital General de Axapusco	✓	
Chalco	Hospital General de Zona No. 71 Chalco	✓	
	Hospital General de Chalco	✓	
Chimalhuacán	Hospital General de Chimalhuacán	✓	
Coacalco de Berriozabal	Hospital General de Zona No. 98 Coacalco	✓	
Cuautitlán	Hospital General "José Vicente Villada"		✓
Cuautitlán Izcalli	Hospital General de Zona No. 57 La Quebrada	✓	
Ecatepec de Morelos	Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 76 Xalostoc	✓	
	Hospital General Regional No. 196 Fidel Velázquez	✓	
	Hospital General de Zona No. 68 Tultepec	✓	
	Hospital General "Dr. José María Rodríguez"	✓	
	Hospital General "Las Américas"	✓	
	Ixtapaluca	Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca	✓
Hospital General de Zona No.194 El Molinito			✓
Zoquiapan "Dr. Pedro López"		✓	
Ixtapan de la Sal	Hospital General Ixtapan de la Sal	✓	
Ixtlahuaca	Hospital General Ixtlahuaca "Valentín Gómez Farías"	✓	
Jilotepec	Hospital General Jilotepec	✓	
La Paz	Hospital General de Zona No.53 Los Reyes Paz	✓	





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



Metepec	Hospital General de Zona No.251 Metepec		
	Centro Médico ISSEMyM "Lic. Arturo Montiel Rojas"	✓	
Naucalpan de Juárez	Hospital General "Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda"	✓	
	Hospital General Regional No. 194 Naucalpan	✓	
Nezahualcóyotl	Hospital General "Dr. Gustavo Baz Prada"	✓	
	Hospital General La Perla Nezahualcóyotl	✓	
Rayón	Hospital Militar de Zona de Santa María Rayón		✓
San Felipe del Progreso	Hospital General San Felipe del Progreso	✓	
San José del Rincón	San José del Rincón		✓
Tecámac	Hospital General Regional No. 200	✓	
Tejupilco	Hospital General Miguel Hidalgo y Costilla Bicentenario	✓	
Tenancingo	Hospital Regional Tenancingo ISSEMyM		✓
	Hospital General Tenancingo	✓	
Texcoco	Hospital General de Zona No.197 Texcoco	✓	
	Hospital General Texcoco "Guadalupe Victoria" Bicentenario	✓	
Tlalnepantla de Baz	Hospital General de Zona No.58 Las Margaritas	✓	
	Hospital Regional de Tlalnepantla ISSEMyM	✓	
	Hospital General Regional No.72 Gustavo Baz	✓	
Toluca	Toluca		✓
	Hospital General Regional No.220 Toluca	✓	
	Hospital General "Dr. Nicolás San Juan"	✓	
	Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos"	✓	
	Hospital Materno Infantil ISSEMyM		✓
	Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini Sáenz"	✓	
	Hospital para el Niño IMIEM	✓	





**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**Facultad de Ciencias Políticas y Sociales**  
**Maestría en Administración Pública y Gobierno**

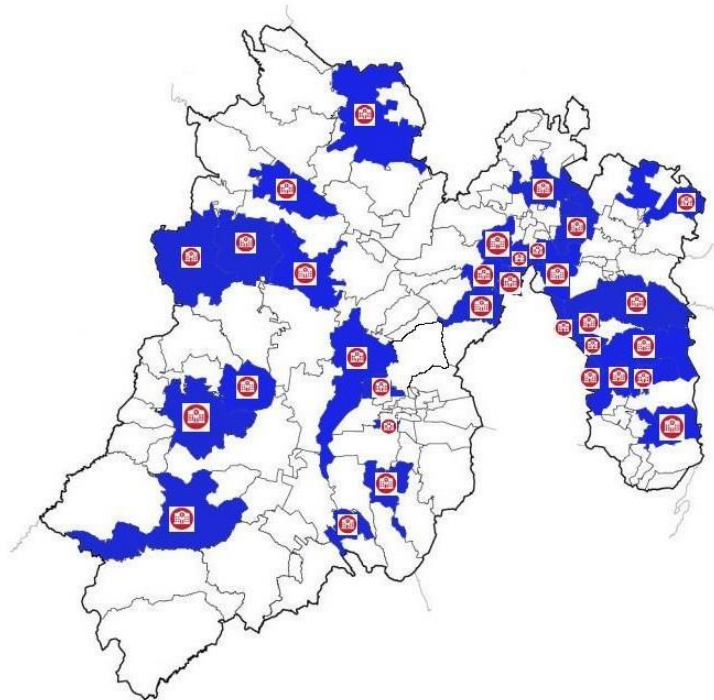


Tultitlán	Bicentenario de la Independencia	
Valle de Bravo	Hospital General Valle de Bravo "Nicolás Bravo"	✓
	Bicentenario ISSEMyM	
	Hospital General Valle de Bravo	✓
Valle de Chalco Solidaridad	Hospital General Valle de Chalco Solidaridad ISSEMyM	✓
	Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"	✓
Zumpango	Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango	✓

Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría de Salud del Estado de México.

El mapa 2 muestra los municipios que contaban con unidades médicas asignadas por el gobierno para la atención de la población en caso de presentar sintomatología.

**Mapa 2**  
**Unidades Médicas de atención a Covid-19 en el Estado de México**



Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría de Salud del Estado de México.





Se observa que las unidades hospitalarias no fueron asignadas de manera equitativa en las 20 regiones del estado, la mayor parte se establece en la zona conurbada de la Ciudad de México, justificado por el número de población que converge en esos municipios; sin embargo, se desprotegeron zonas y se crearon vacíos con la posibilidad de que los riesgos de contagio se incrementaran debido a la movilidad interna.

Para tal situación, se analizaron casos específicos como el de la zona sur del Estado, donde únicamente se contaba con un solo hospital en el municipio de Tejupilco, que debía atender a su población. Por añadidura, municipios aledaños como Luvianos, Tlatlaya, Amatepec, Sultepec: lo equivalente a más de 100,000 personas por atender; lo más cercano en atención se tenía en Ixtapan de Sal y Valle de Bravo.

En un segundo caso en la zona norte, los municipios de Jilotepec y Atlacomulco concentraron las unidades hospitalarias que brindaron la atención a la población. A todo esto, es importante hacer notar que las zonas mencionadas en algunas comunidades carecen de servicios básicos e indispensables, (electricidad, agua potable, unidades médicas, escuelas...); así como rutas y transportes adecuados para poder movilizarse con libertad entre los municipios.

De acuerdo al cuadro 8 y al último corte, las unidades hospitalarias de atención para personas con Covid-19 fueron 56. Sin embargo, es necesario enfatizar que cuando inició la pandemia el Estado de México contaba únicamente con 45 unidades que, en su mayoría, son hospitales generales de segundo nivel de atención con número de camas limitadas, carencia de materiales e insumos y personal no capacitado en tiempo y forma para brindar una atención efectiva con calidad y calidez.

Este tipo de unidades hospitalarias brindan atención especializada en algunas áreas (obstetricia, nutrición, pediatría, cirugía...) y tienen entre 30 a 60 camas para





hospitalización, únicamente de pacientes que así lo requieran. Por otro lado, las unidades de tercer nivel cuentan con muchas más especialidades para poder atender, así como Unidad de Cuidados Intensivos y en algunos casos Medicina Paliativa, dada la gravedad de las enfermedades que atiendan, estas van de 60 a 120 camas.

Desde este punto de vista podemos analizar que, así como no se tomó en cuenta la zona donde se habilitaron las unidades para la atención de la emergencia, tampoco se consideró el flujo de pacientes que atendían de manera regular (crónicos), ni la importancia de poder seguir brindando la atención de las especialidades.

Antes del evento de la emergencia sanitaria, el sistema de salud ya estaba saturado, aunado a esto el insuficiente recurso financiero, la falta de personal y de materiales, insumos y medicamentos, se presentaba de manera constante.

De paso, con este análisis preliminar es fácil darse cuenta que la capacidad de las unidades hospitalarias asignadas sería rebasada rápidamente; por lo tanto, conforme se avanzaba en las fases pandémicas, el número de personas enfermas crecía descontroladamente, sobrepasando los pronósticos iniciales que la Secretaría de Salud Federal había estimado; lo cual resultó en una deficiente capacidad de respuesta basada en nula planeación.







Asimismo, la Secretaría e Instituto de Salud del Estado de México procuró llevar a su máximo potencial programas ya utilizados anteriormente o nuevos que permitieran una verdadera comunicación entre todos los actores involucrados en la emergencia. El gobierno rediseñó e implementó políticas para la prestación de Servicios Médicos a Distancia a Pacientes Covid-19, como en Unidades Médicas de la Red de Telemedicina del Estado de México.

El objetivo es coadyuvar al restablecimiento de la salud de las y los pacientes en estado crítico por Covid-19, dentro de la prestación de servicios médicos especializados a distancia, mediante la atención en las modalidades: Tele-Presencia, Tele-Consulta inmediata y Tele-Consulta programada.

Las unidades hospitalarias fueron dotadas de instrumentos electrónicos, por ejemplo, iPad, para mantener comunicados a los pacientes hospitalizados por Covid-19 con sus familiares; dado que los accesos a los hospitales para visita estaban restringidos. De esta manera se podían realizar video-llamadas una vez al día para que pudieran verse y mantener el ánimo en ambos lados.

Del mismo modo, algunas especialidades lograron mantener el contacto con sus pacientes para continuar su atención y tratamiento. Sin embargo, las limitantes se dieron en no poder ofrecer servicios auxiliares como laboratorio, rayos X, ultrasonido, tomografía; así quedaron rezagados servicios como nutrición, psicología, terapia física y rehabilitación; los cuales coadyuvan a la salud integral de una persona.

Sin embargo, una de las grandes limitantes en la atención fue la falta de capacitación para pacientes, familiares y al personal de salud (cómo enfrentar la enfermedad, qué medicamentos se pueden utilizar, qué tanto afecta a personas con ciertos padecimientos, cuáles son los padecimientos con mayor afección, cuál es la forma para





dar información a los familiares y pacientes; así como el tiempo óptimo de evolución o no del paciente), de tal manera que el personal de salud fue aprendiendo conforme evolucionó agente patógeno en el entorno. La sociedad fue creando su propia ruta de entendimiento y actuación tomando la información que estaba a su alcance y como ya se mencionó, la infodemia jugó un papel crucial en el comportamiento de las personas.

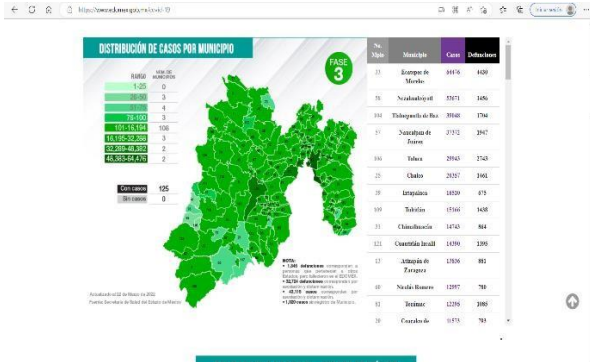
Hubo gente temerosa por una enfermedad desconocida; aquellas que no creían que fuera real y, es más, consideraban un invento del gobierno; incrédulas en cierta medida y también las radicales que buscaban por todos los medios evitar un contacto con el virus.

Con la mención previa de que la recolección de datos e información era primordial el CEVECE a través del área de Epidemiología de las unidades, mantenía el seguimiento de la estadística Covid. Lo que permitió conservar de manera vigente un control parcial del número de posibles casos, casos confirmados y muertes. Disponible para la población a través del Portal Covid-19 de la página oficial de la Secretaría e Instituto de Salud del Estado de México ([COVID-19 | Portal Ciudadano del Gobierno del Estado de México \(edomex.gob.mx\)](https://www.edomex.gob.mx)).





**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**Facultad de Ciencias Políticas y Sociales**  
**Maestría en Administración Pública y Gobierno**



Dentro del portal ciudadano se muestran estadísticas referentes al número de casos confirmados, casos sospechosos y con causa de muerte referente a la pandemia.

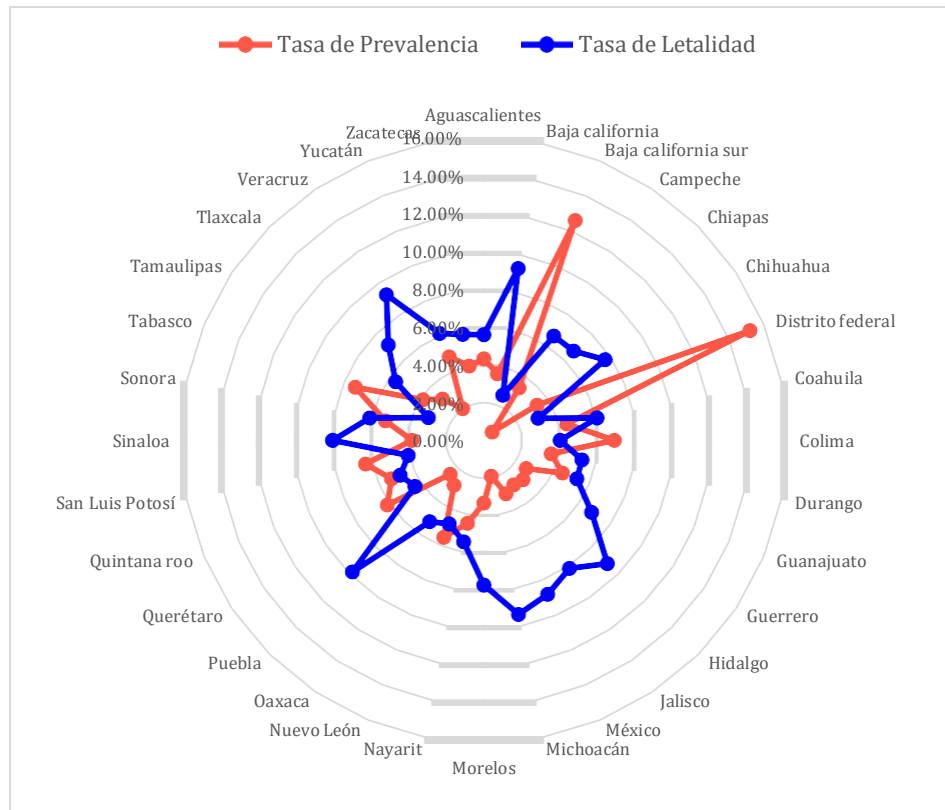
De acuerdo a lo mencionado, se muestran las siguientes gráficas en las que se puede observar el comportamiento de la enfermedad en el Estado de México, con presencia de tasas importantes de letalidad y prevalencia.

La tasa de prevalencia muestra el número de personas afectadas por determinada enfermedad por cada 100,000 habitantes en una región específica; mientras que la tasa de letalidad proporciona el número de personas que fallecen a causa de una enfermedad en una región y periodo de ocurrencia.



### Gráfica 1

### Comparativo Tasa de Prevalencia y Tasa de Letalidad en México 2020-2022



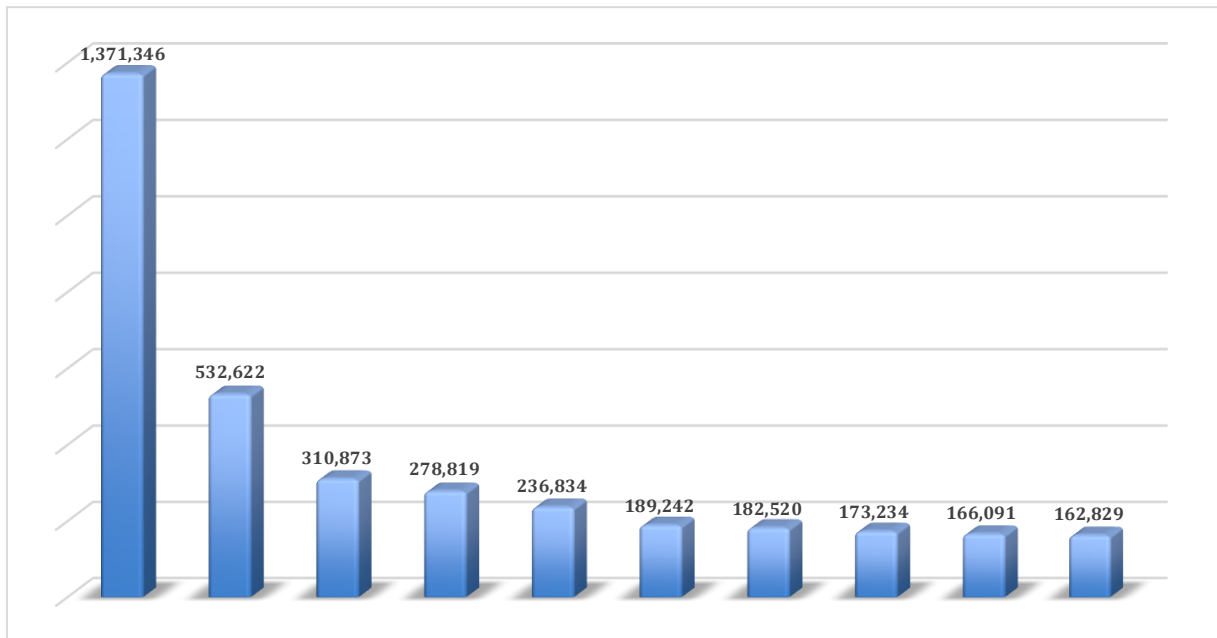
Fuente: Elaboración propia con información de SSP 2020-2022.

En la gráfica 1 se observa el comparativo entre la tasa de prevalencia y la tasa de letalidad en las 32 Entidades de la República Mexicana. Resulta interesante que se pueden ver que los indicadores presentan una relación directa, es decir, a mayor tasa de prevalencia menor será la tasa de letalidad; sin embargo, hay casos particulares como el de Nayarit donde ambas tasas son muy similares 4.77% y 5.24%; en el Estado de México la tasa de letalidad fue de 8.8% y la de prevalencia, de 3.06%; en otros términos, el número de fallecidos superó la rapidez de contagio de la población.

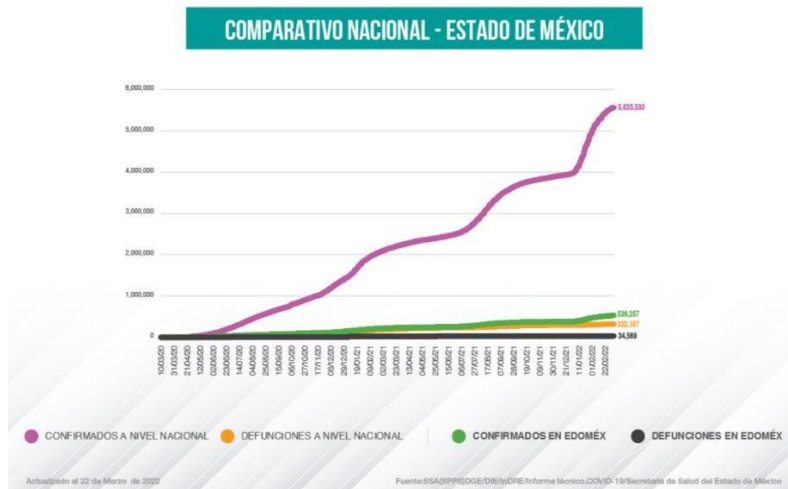


La gráfica 2 muestra como la Ciudad de México tuvo más casos confirmados que el Estado de México; cabe aclarar que existe una variación considerable con el resto de los estados.

**Gráfica 2**  
**Los 10 Estados con mayor número de casos confirmados por Covid-19 en México (2020-2022)**



Fuente: Elaboración propia con información de SSP 2020-2022.





En la imagen se observa que en la página del portal ciudadano la comparativa nacional tiene un total de casos confirmados de 5,635,500, mientras que el Estado de México de 536,257 lo que representa 10.5% de todo el país. El número total de defunciones es de 322,107, nuestra entidad representa 9.31% con 34,569 defunciones.

Tomando en cuenta el Censo de Población y Vivienda de 2020, con una población para el Estado de México de 16,992,418; los indicadores por municipio quedan de acuerdo al cuadro 7.

### Cuadro 7

#### 10 municipios del Estado de México con mayor Tasa de Prevalencia (2020-2022)

No.	Municipios	Casos positivos	Defunciones	Población 2020	Tasa de Prevalencia	Tasa de Letalidad
1	Santa Cruz Atizapán	1,516	248	12,984	11.7%	16.4%
2	Tlalnepantla de Baz	39,048	1,704	672,202	5.8%	4.4%
3	Chalco	20,357	1,461	400,057	5.1%	7.2%
4	Nezahualcóyotl	53,671	1,456	1,077,208	5.0%	2.7%
5	Naucalpan de Juárez	37,372	1,947	834,434	4.5%	5.2%
6	Cuautitlán	7,886	539	178,847	4.4%	6.8%
7	Coacalco de Berriozábal	11,573	793	293,444	3.9%	6.9%
8	Ecatepec de Morelos	64,476	4,430	1,645,352	3.9%	6.9%
9	Tlalmanalco	1,712	42	49,196	3.5%	2.5%
10	Toluca	29,943	2,743	910,608	3.3%	9.2%

Fuente: Elaboración propia con información de ISEM 2020-2022.

La tasa de prevalencia más alta se encuentra en los municipios de la zona conurbada de la Ciudad de México, Cuautitlán, Chalco, Tlalnepantla, Naucalpan, Ecatepec y Nezahualcóyotl; pero en primer lugar esta al municipio de Santa Cruz Atizapán, lo que llama la atención por ser muy pequeño y ubicado al noroeste del estado a poca distancia de la capital mexiquense.





Paralelamente, el cuadro 8 muestra los municipios con mayor tasa de letalidad, sorprendentemente no son los mismos que se aprecian con alta tasa de prevalencia. La ubicación de estos municipios es muy variada; en primer lugar, Tlatlaya que se encuentra en el sur del Estado con tasa de 25.6%; consecuentemente la siguiente posición la tiene Joquicingo con 19.5%, seis puntos porcentuales por debajo del primero. Esto es, la zona no influyó de manera importante para que las personas pudieran ser portadoras del agente biológico y que este evolucionará durante las fases de la pandemia.

### Cuadro 8

#### 10 municipios del Estado de México con mayor Tasa de Letalidad (2020-2022)

No.	Municipios	Casos positivos	Defunciones	Población 2020	Tasa de Prevalencia	Tasa de Letalidad
1	Tlatlaya	125	32	31,762	0.4%	25.6%
2	Joquicingo	174	34	15,428	1.1%	19.5%
3	Xonacatlán	930	170	54,633	1.7%	18.3%
4	Zumpahuacán	159	29	18,833	0.8%	18.2%
5	Luvianos	210	38	28,822	0.7%	18.1%
6	Apaxco	504	91	31,898	1.6%	18.1%
7	Ocoyoacac	1,080	191	72,103	1.5%	17.7%
8	Otzolotepec	782	133	88,783	0.9%	17.0%
9	Ocuilan	249	42	36,223	0.7%	16.9%
10	Santa Cruz Atizapán	1,516	248	12,984	11.7%	16.4%

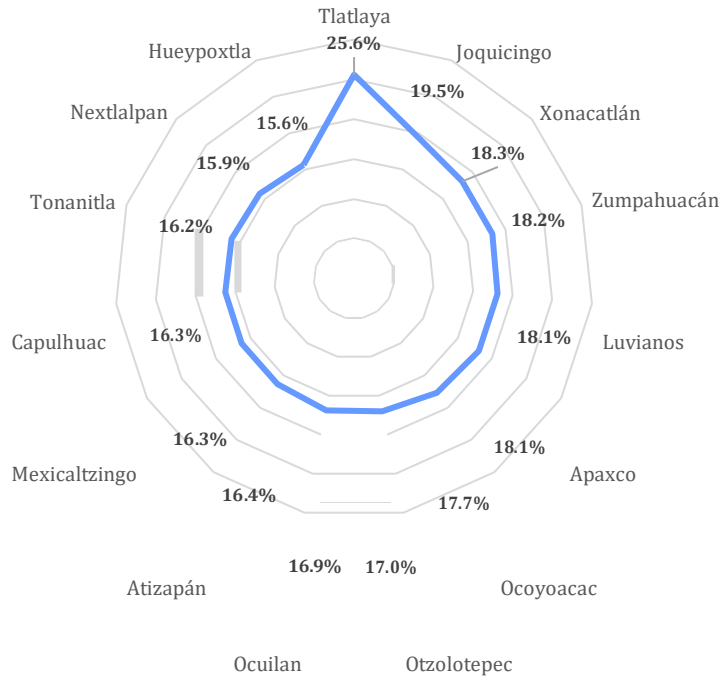
Fuente: Elaboración propia con información del ISEM 2020-2022.





### Gráfica 3

#### Comparativa de 15 Municipios del Estado de México con la Tasa de Letalidad más alta



Fuente: Elaboración propia con información del ISEM 2020-2022.

Otro de los indicadores que proporciona información relevante referente al comportamiento del agente biológico es la tasa de mortalidad; que indica la proporción de defunciones registradas respecto a la cantidad de personas que habita en una región; en otras palabras, la cantidad total de población y no únicamente por el número de personas afectadas como lo hace la tasa de letalidad.

La gráfica 4 muestra que el municipio más afectado de acuerdo a la tasa de mortalidad es Santa Cruz Atizapán, cuenta con 12,984 habitantes de los cuales 1,526 fueron casos positivos; severamente afectado quizá porque las unidades hospitalarias habilitadas no estaban tan cercanas y había altos índices de saturación y tiempo de espera prolongada. Al ser un municipio que se encuentra en una zona rural hay poca atención







privada, la cultura y la infodemia a la que se expuso la población jugaron un papel fundamental para que los indicadores desfavorecieran a esta localidad.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales  
Maestría en Administración Pública y Gobierno

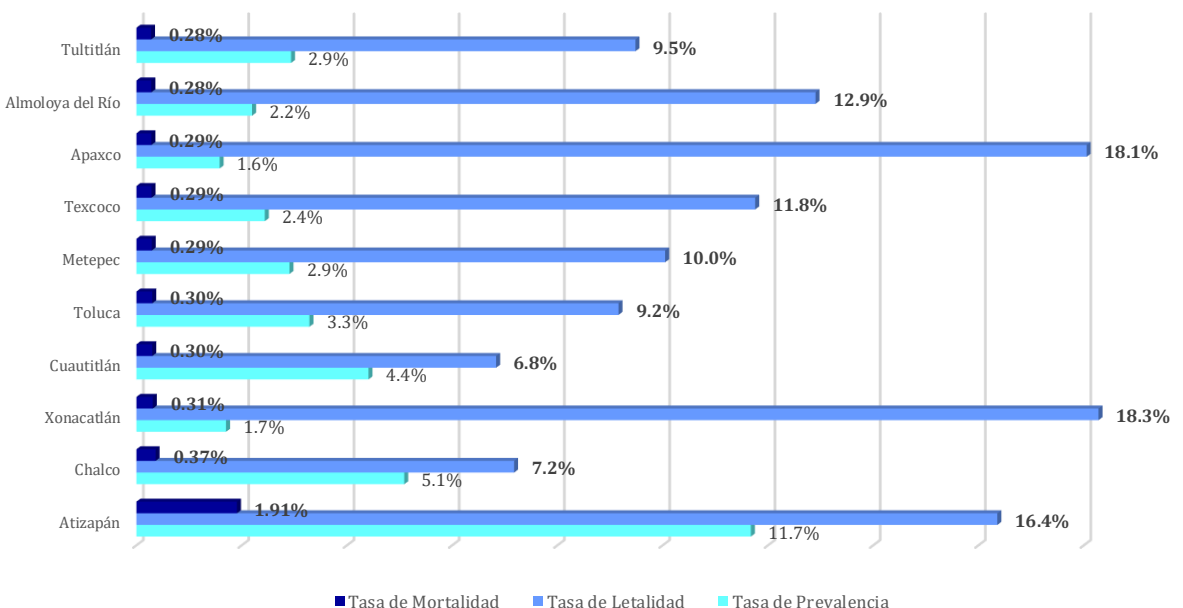




De hecho, otros de los municipios altamente afectados fueron Metepec, Toluca y Almoloya del Río, todos ubicados en la misma zona centro del Estado. Los dos primeros mantienen una ruta lógica por el número de habitantes y la concentración de personas con movilidad interna por el sector laboral; mientras que el último debe analizarse por sus características: zona geográfica, población, cultura, educación, sector económico y de producción; así como afecciones médicas con mayor prevalencia y rangos de edad.

La diversidad de comportamiento de la enfermedad en los municipios, el estado manejó tasas de mortalidad entre 0-1.9%, con un promedio de 0.1%. Casos que pudieran darnos para un análisis más profundo los tenemos en los municipios de Apaxco y Xonacatlán que mantuvieron tasas de letalidad de las más altas alrededor 18%, pero con tasas de prevalencia del 1.6 y 1.7%; retomando el caso de Santa Cruz Atizapán que conserva la corona del rey en los tres indicadores.

**Gráfica 4**  
**Comparativo de tasas de mortalidad, letalidad y prevalencia de los 10 municipios con mayor tasa de mortalidad**



Fuente: Elaboración propia con información del Portal Ciudadano Covid-19, Secretaría de Salud del Estado de México.





Con seguridad se puede afirmar que de todas las acciones y políticas implementadas referentes como reacción a la atención de la pandemia o como consecuencia de ella, se tomaron de manera emergente y con nula preparación a los resultados puesto que se limitaron a realizar un seguimiento de las acciones de las recomendaciones emitidas por las organizaciones mundiales.

En otro orden de ideas, el gobierno limitó su toma de decisiones a las necesidades que iban surgiendo de acuerdo al momento y contener las situaciones que se iban creando: falta de unidades hospitalarias, desabasto de medicamentos, demanda excesiva de oxígeno, pánico; aumento de la tasa de desempleo, incremento de población dedicada al comercio informal; falta de políticas para continuar con la educación pública y la atención a los diferentes padecimientos de las personas.

Caso contrario se presentó en la implementación de la Política Nacional de Vacunación, puesto que el tiempo y los preparativos que tuvo la OMS en conjunto con los diferentes organismos de orden mundial como la ONU o la OCDE permitieron una planificación referente a los posibles riesgos relacionados con la organización, logística, población de riesgo, capacitación del personal y de la situación.

Una de las medidas establecidas como prioritaria por parte de las organizaciones internacionales fue la selección de la cepa de la vacuna anti pandémica para comenzar su producción de manera inmediata. Asimismo, los diferentes comités de los países se encargarían de autorizar cuál, dónde y cómo sería la compra del biológico de acuerdo a la logística nacional diseñada.

Con la implementación de la Política Nacional de Vacunación (PNV), se buscó disminuir la morbilidad, así como la mortalidad ocasionada por el virus; el gobierno





mantuvo claras las prioridades establecidas de acuerdo al rango de edad de la población, por lo que inicialmente se vacunaría a las personas más susceptibles de contraer la enfermedad, posteriormente al resto de la población hasta alcanzar 70% del total (88,209,817 habitantes de 126,014,024); lo que impactaría en disminución del número de hospitalizaciones y defunciones; facilitando la reapertura económica y regreso a las actividades paulatinamente.

La PNV estaba restringida por limitantes que eran ajenas al gobierno, como:

- Poco acceso global para compra de vacunas
- Limitada producción mundial
- Las prioridades de vacunación eran diversas de acuerdo a cada país, por lo que no existían disposiciones de unificación
- La infraestructura nacional para el almacenaje y distribución del biológico es limitada
- El programa operativo no era lo suficientemente claro (incluía transporte del biológico, personal de salud capacitado para la aplicación, lugares estratégicos y difusión adecuada de jornada que incluyera fechas, lugar, horario, tipo de biológico, requisitos y efectos adversos).

Dado que las prioridades de vacunación se implantarían de acuerdo a las necesidades y heterogeneidad de cada país; México mantuvo cuatro ejes prioritarios:

1. Edad
2. Comorbilidades
3. Grupos de atención prioritaria (vulnerabilidad)
4. Comportamiento de la epidemia

Como factor de riesgo principal se tomó la edad, considerando que influye en la variable de riesgo en la morbilidad y mortalidad, de acuerdo a la información obtenida por los



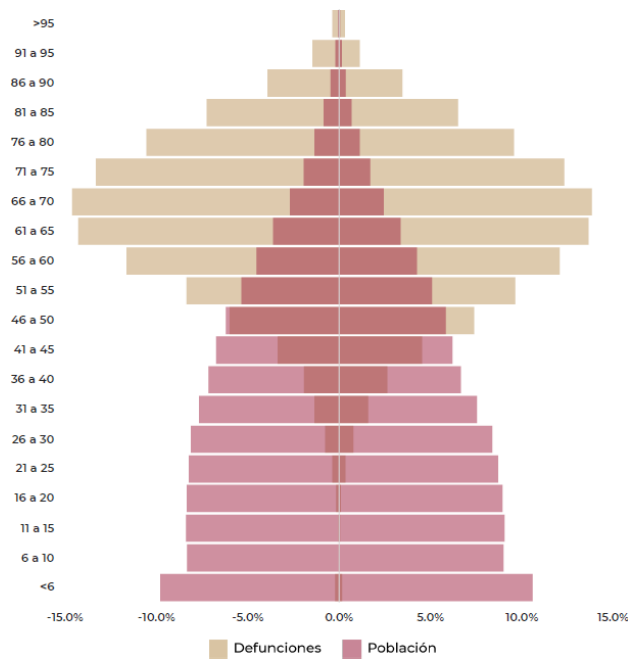


indicadores instrumentados para semaforización a mayor edad de la población mayor riesgo en ambos casos. En cuanto a las comorbilidades fueron las asociadas al agente de Covid-19 (inmunológicas, enfermedades crónicas, cardíacas, metabólicas, degenerativas, renales...).

Cómo se puede ver en el diagrama 8, las personas que fallecieron a causa del virus, en su mayoría, tenían entre 56 y 80 años de edad; considerando que es el rango de edad en el que se presenta el mayor número de comorbilidades asociadas a la enfermedad. Por lo tanto, la prioridad del gobierno fue vacunar a la población en ese límite de años. Es más, a las personas con los mismos padecimientos, aunque no estén en este rango.

**Diagrama 11**

**Distribución porcentual de población mexicana y defunciones por Covid-19 por grupo de edad y sexo. México 2020**



Fuente: Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-Cov-2 (pág.25).

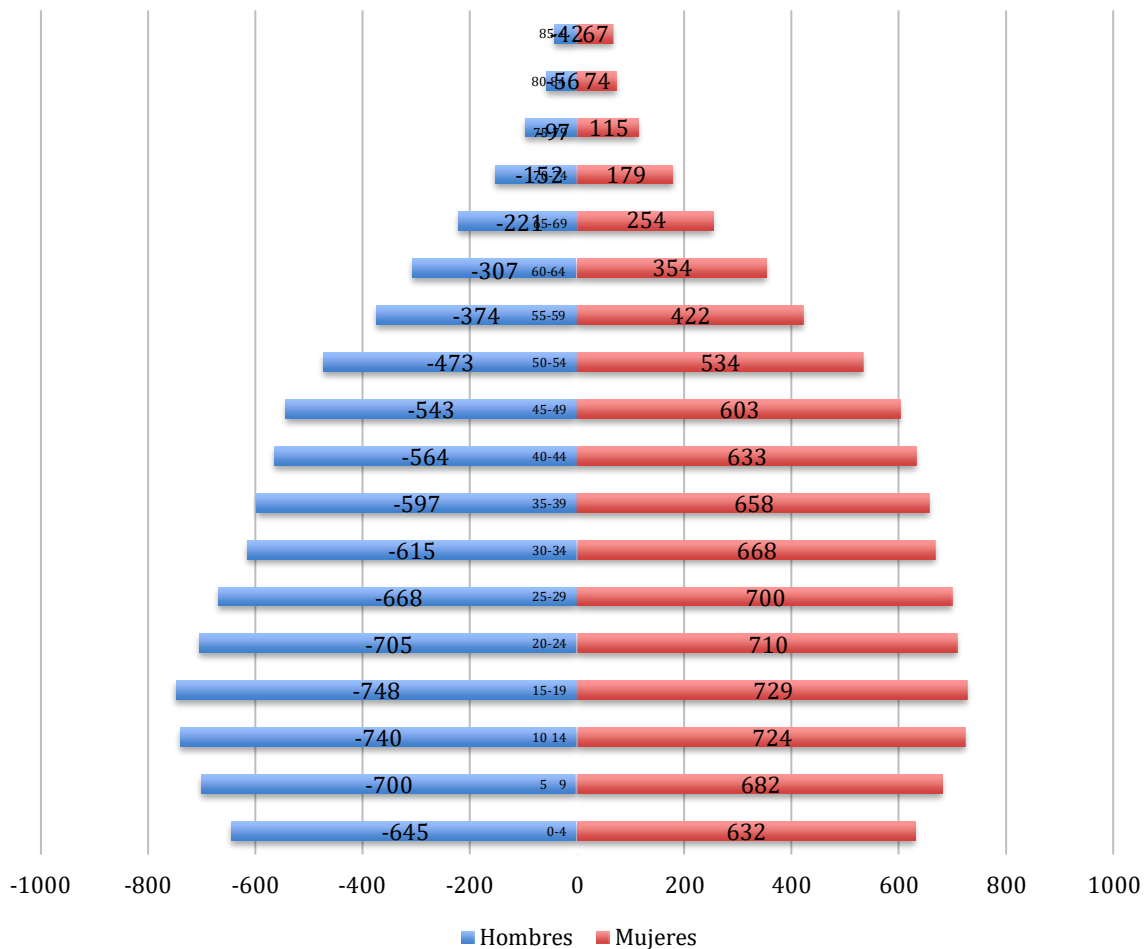




De manera específica el Estado de México presenta la siguiente distribución de población de acuerdo a grupos de edad y sexo, como se presenta en el diagrama 12.

**Diagrama 12**

**Distribución de defunciones de población en el Estado de México por Covid-19 por grupo de edad y sexo. México 2020**



Fuente: Elaboración Propia con información de INEGI 2020.





A pesar de que el manejo de crisis resultó bastante complicado para todo el mundo. México se preocupó por mantener los criterios de atención y prevención que permitieran un control de la emergencia.

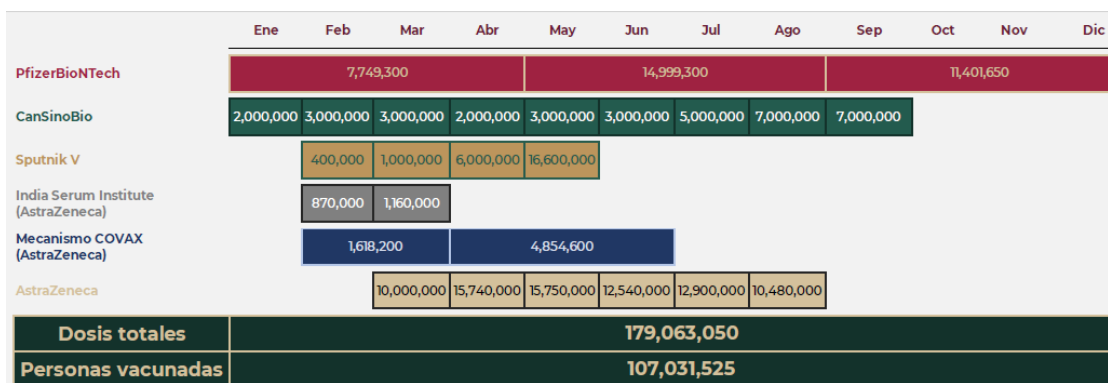
Por cierto, ante la implementación de esta política, el gobierno se enfrentó nuevamente a limitaciones y retos; principalmente en la información difundida por medios nacionales, redes sociales y sitios de internet; un alto porcentaje consideraba que la aplicación de la dosis del biológico era para infectar de manera masiva a la población, dejándolos en un grado de vulnerabilidad que permitiera un control total por parte del gobierno. También se enfrentaron a limitada logística, lo que provocó población desconcertada, aun cuando la información fue replicada por medios estatales y municipales, se provocó que en las primeras aplicaciones cientos de personas acudieran de diversos puntos por temor de no saber cuándo se aplicaría en su lugar de residencia o por temor al contagio. Es importante destacar que las unidades a cargo de estas jornadas masivas se vieron rebasadas en personal, infraestructura y número de dosis.

Otra de las limitaciones es que de acuerdo a lo que se tenía estipulado en calendario de entrega de vacunas, la población no estaba de acuerdo con el tipo de biológico que le correspondía de acuerdo al grupo de edad al que pertenecía; por lo tanto, acudían a centros de vacunación no asignados, teniendo como consecuencia la saturación.





**Diagrama 13**  
**Calendario de entrega de vacunas a México en 2021**



Fuente: Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-Cov-2 (pág.22).

**Cuadro 9**  
**Grupos de vacunación por orden de priorización**

Orden de grupos prioritarios	Grupo	Especificaciones
1	Personal sanitario	De acuerdo con su riesgo y nivel de exposición al virus: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Primera línea de atención-contacto directo con pacientes sospechosos o confirmados.</li> <li>○ Segunda línea de atención-contacto con pacientes con otras enfermedades y no son sospechosos, pero pueden transmitir la infección.</li> <li>○ Tercera línea de atención-no hay contacto con pacientes.</li> </ul> 1.1 millones de personas.
		Mayores de 80 años Personas de 70 a 79 años







UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



2	Población de 50 y más	Personas de 60 a 69 años Personas de 50 a 59 años (27,181,091 personas)
3	Personas con morbilidad o comorbilidades	Sin importar la edad y con al menos un padecimiento de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"><li>○ Obesidad mórbida</li><li>○ Diabetes Mellitus</li><li>○ Hipertensión arterial sistémica</li><li>○ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</li><li>○ Asma</li><li>○ Enfermedades cerebrovasculares</li><li>○ VIH</li><li>○ Enfermedad renal crónica</li><li>○ Estados patológicos que requieren de inmunosupresión</li><li>○ Cáncer de tratamiento</li></ul>
4	Personal docente de las entidades federativas en semáforo epidemiológico verde.	
5	Personas de 40 a 49 años.	
6	Resto de la población (16 a 39 años)	

Fuente: Elaboración propia con información de la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-Cov-2.





### Diagrama 14 Etapas de aplicación de Vacunas



Fuente: Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-Cov-2.

El Estado de México inició la etapa de vacunación en diciembre de 2020 y en enero de 2021 con la aplicación de la dosis al personal de salud en primera línea de atención; continuamente se fue aplicando de acuerdo al calendario nacional.

De acuerdo a las estadísticas de vacunación, México administró una dosis de biológico a 99,071,001 personas, representando 88.1% del total de la población; mientras se aplicó dos dosis a 82,652,919 personas que es 73.5%; superando así el promedio de porcentaje mundial que en primera dosis es 64.9% y para segunda, 70.6%. Lo que indica que la estrategia de vacunación con todas sus limitantes cumple con los objetivos generales y específicos; igualando en porcentaje con países de primer mundo.





Por el contrario, actualmente no se tienen estadísticas oficiales de vacunación estatal, lo que imposibilita saber el porcentaje de población del Estado que se encuentra inmunizado, así como el rango de edad en el cual se aplicaron mayor número de dosis y cuál fue el que menos afluencia de población tuvo.

Todos y cada uno de los factores y acciones que se han implementado y desarrollado a lo largo de la vivencia del evento de emergencia sanitaria, se considera indispensable de analizar con la finalidad de poder conocer el monto cuantificable que las autoridades han destinado para poder contener, controlar y dar seguimiento y monitoreo del mismo; con la finalidad de saber que rubros fueron a los que se les dio prioridad, en cuales se falló, y cuáles deberían de reforzarse al momento de la contención y la atención.

Es importante tener presente que, de acuerdo a la Ley de Protección Civil, el país debe contar con el Fondo para atención para casos de Desastres Naturales (FONDEN); considerando que dentro de los riesgos posibles de sufrir y que deben atenderse, se encuentran los riesgos sanitarios, el fondo tiene que ser de 0.4% del presupuesto anual.

En el caso particular del Estado de México, la gráfica 5 muestra que por parte de las dependencias que realizaron contrataciones relacionadas con Covid se utilizaron \$334,177,751.53 y de los organismos auxiliares fue de \$4,151,383,648.82 para un total de \$4,485,561,400.35.

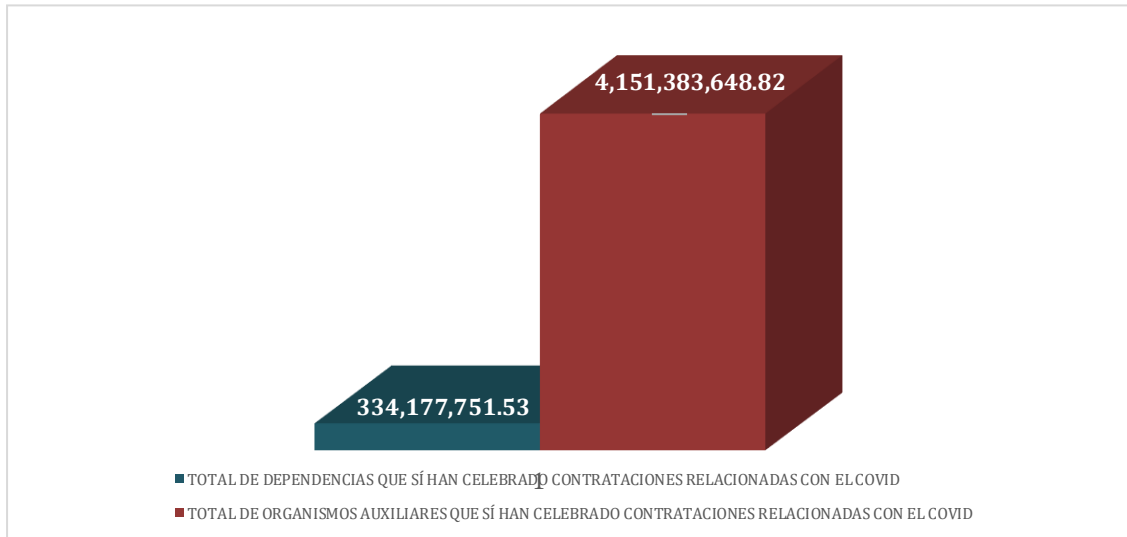
Dentro de los organismos auxiliares estatales el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) aportó 78.8% del monto total de estos, lo que equivale a \$3,273,279,532.17, que en su mayoría fueron utilizados para comprar medicamentos, equipo médico e insumos de protección para el personal de salud.





### Gráfica

#### Monto gastado en Emergencia Sanitaria en el Estado de México



Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría de Salud del Estado de México.

En la gráfica 6 se hace una recapitulación por las dependencias del gobierno del Estado de México que tuvieron contrataciones referentes a la atención de la pandemia y el monto que cada uno de ellos generó; particularmente es sorprendente que 49.49% del presupuesto gastado salió de la Secretaría de Seguridad, 18.05% de la Secretaría de Finanzas y 13.52% de la Secretaría de Justicia y Derechos Humanos.

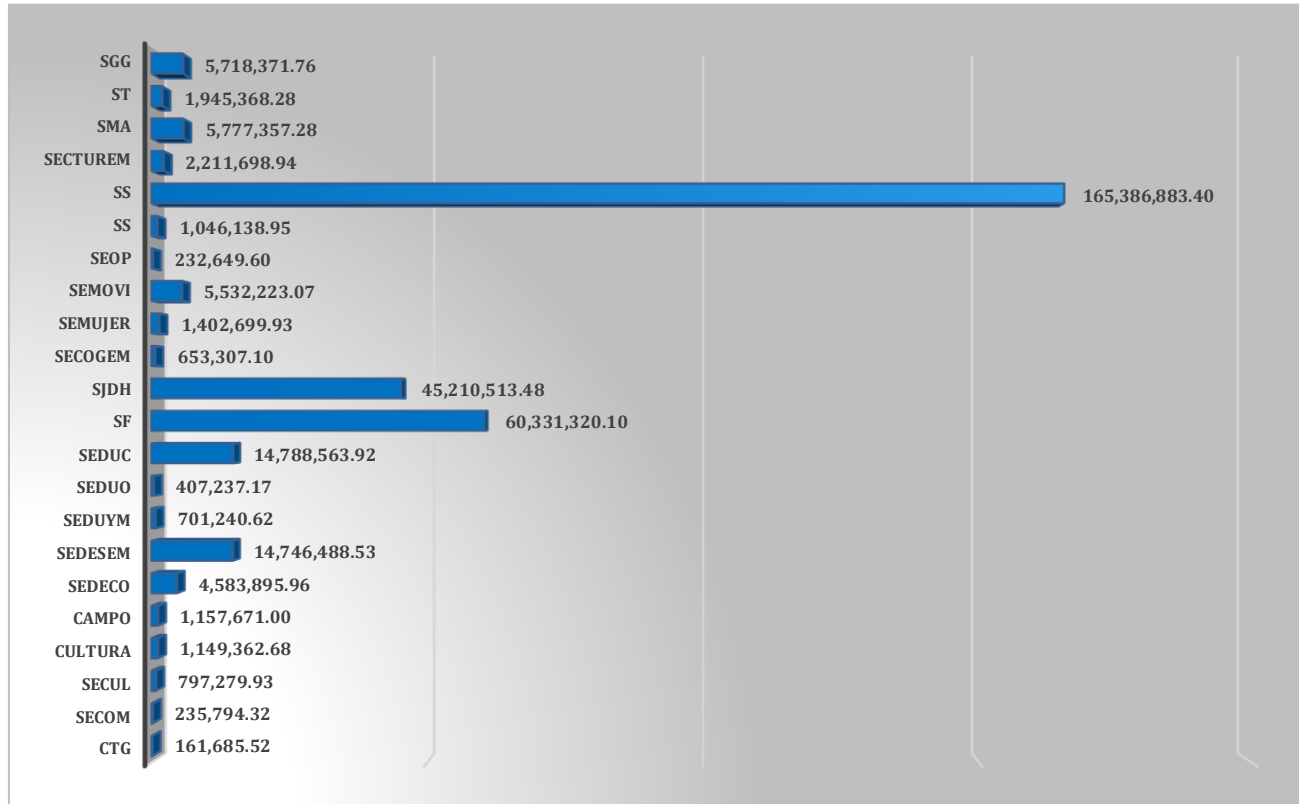
Es decir, se hizo necesaria la utilización de dinero de otras dependencias para dar soporte para la compra de equipo, medicamentos e insumos para las unidades hospitalarias; ahora bien, dado que los porcentajes más altos fueron absorbidos o ejercidos por el sector salud; descuidando otros, que eran igual de importantes para continuar con la dinámica social; como el apoyo al empleo, la movilidad interna, la educación, el apoyo a las familias desprotegida.





### Gráfica 6

#### Monto gastado por Emergencia Sanitaria Covid-19 en el Estado de México por dependencia gubernamental



Fuente: Elaboración propia con información de la Secretaría de Salud del Estado de México.




Saber si el monto utilizado por el gobierno estatal se reflejó como suficiente y lo estrictamente necesario para contener el impacto que se vivió en la región; así como si la estrategia de comunicación funcionó de una manera adecuada, el número de personal capacitado fue competente, las decisiones referentes a los diferentes sectores de gobierno (económico, social, financiero, político, cultural, laboral, educativo...) fueron realmente lo mejor para la población y el entorno social; son y seguirán siendo igual de importantes para poder planear de una mejor manera eventos futuros de la misma índole.





### 3.2 Desafíos y ausencias en la Política de Salud del Estado de México ante la pandemia

Por lo tanto, el manejo de la emergencia sanitaria por Covid-19 por parte del Estado de México, y de acuerdo a la metodología de la Gestión del Riesgo se desglosa de la siguiente manera:

<b><i>Crterios de atención a la emergencia</i></b>	<b><i>Cumplimiento</i></b>	<b><i>Observaciones</i></b>
<b>Comunicación</b>		La comunicación de manera inicial se mantuvo acorde a las de nivel nacional, en el caso estatal la información a la población fue por televisión abierta y redes sociales limitada al orden jerárquico de gobierno, principalmente por parte del Gobernador.
<b>Limitación y propagación de la enfermedad</b>		Acciones de iniciación, uso de cubrebocas, sana distancia y limitación parcial de movilidad.
<b>Planificación y ejecución para un modelo de preparación</b>		No existió ni planificación ni ejecución de un modelo de preparación, a la llegada del agente biológico, por parte estatal no hubo una investigación previa que permitiera vislumbrar con qué se contaba para dar frente al impacto del riesgo.
<b>Modelos de planes para la preparación</b>	Parcialmente	El único modelo de preparación existente se refirió al modelo de vacunación (PNV).
<b>Guía para el público</b>	Parcialmente	Guías limitadas en cuanto acciones de primera atención, pero no de seguimiento y monitoreo.
<b>Capacitación de la contención rápida</b>	Parcialmente	Capacitación parcial a un limitado número de personal médico que labora en el sector público, únicamente en primera línea de atención.
<b>Contención rápida</b>	Parcialmente	Limitada con recursos insuficientes.





<b>Continuidad en la prestación de atención de servicios de salud</b>		Las unidades de atención a Covid no atendían otro tipo de padecimientos, por lo que los pacientes con enfermedades crónicas quedaron en segundo término.
<b>Seguimiento y evaluación de las situaciones</b>		Se ha mantenido un seguimiento en cuanto al desarrollo y evolución del número de personas infectadas. El Estado de México mantuvo permanente el PNV en los diferentes grupos de población. Cabe destacar que el último rango de edad vacunado fue de 5 a 6 años.

Las acciones que el gobierno implementó jamás fueron de carácter obligatorio y restrictivo, por lo que se optó a la buena voluntad de la población; lo cual jugó un papel importante en el desarrollo y aplicación de las mismas. Por un lado, las personas agradecían que el gobierno no fuera restrictivo y dejará decidir de qué forma vivir la pandemia. Por otro lado, había muchas personas irresponsables y con falta de criterio positivo hacia el cuidado de ellos mismos y terceros; lo que se intensificó debido a la infodemia. Esto provocó que no existiera una reacción inmediata por parte de la población, al negar que fuera una enfermedad mortal y de rápido contagio. Lo que originó que las personas siguieran haciendo sus rutinas de manera cotidiana.

La estrategia de comunicación por parte del Estado de México resultó efectiva para que la población pudiera mantenerse alerta sobre los avances de la situación en el territorio nacional y cómo se iban dando los manejos por parte de las autoridades. Por consiguiente, los municipios optaron por tomar diferentes acciones para que la población pudiera estar informada (a través de televisión abierta, redes sociales, anuncios mediante megáfonos, etc...). En definitiva, las redes sociales fueron el medio de comunicación por excelencia donde las personas consultaban en mayor proporción la información en tiempo real.





Las acciones tomadas por parte del gobierno estatal para evitar la propagación de la enfermedad se limitaron a establecer la movilidad parcial, uso de cubrebocas y mantener la sana distancia entre las personas. Acciones que hasta el día de hoy se siguen aplicando parcialmente, más que por restricción del gobierno, como un método preventivo de la población.

Por su parte, el gobierno no contó con un documento de planeación que marcara la ruta de acción, en el que se establecieran actores, áreas involucradas, responsabilidades, obligaciones y acciones emergentes en caso de algún acontecimiento inesperado. Por lo tanto, no existió un enfoque que permitiera saber qué instituciones, unidades y áreas entrarían en acción para atender a la población. Así como, no se contó con un inventario de los insumos, equipos y medicamentos requeridos; tampoco se sabía con exactitud el número de personal, entonces su capacitación se realizó al vapor de acuerdo a lo que iba aconteciendo diariamente. La falta de creación de esta ruta impidió conocer plenamente el impacto que se tendría y una efectiva y eficaz atención; lo cual repercutió en el número de casos confirmados y la tasa de mortalidad.

De igual manera, la contención de la enfermedad fue limitada debido a las deficiencias mencionadas anteriormente, sobre todo, porque la población contaba con demasiada información disponible en su entorno, tanto positiva, negativa, oficial y no oficial. Las guías a la población no solamente debieron incluir la parte de cuidado personal y familiar, sino el entorno y el monitoreo de los pacientes.

Al no haber una planeación, los modelos de preparación y ejecución no existieron, el único plan puesto en funcionamiento fue el de Vacunación. Logrando una gran asistencia por parte de la población; la limitante inicial fue el desplazamiento interno en el Estado a las primeras sedes de vacunación. Posteriormente el avance, información y ejecución se llevó a cabo, de acuerdo a lo establecido en la política. Inclusive, se pudo







**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**Facultad de Ciencias Políticas y Sociales**  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



vacunar a grupos menores de 16 años, que no estaban incluidos dentro de la estrategia inicialmente.





## Conclusiones

Bajo los entornos en los que se ha desarrollado el mundo: masiva industrialización, mal manejo de recursos ambientales, contaminación y cómo la vida del ser humano se ha vuelto más complicada; han surgido nuevos riesgos, eventualidades que ponen a la sociedad en una posición poco ventajosa. Así lo es el surgimiento de nuevas enfermedades que evolucionan continuamente y aumentan considerablemente el riesgo de afecciones y rápido contagio.

Incluso, los gobiernos y organizaciones mundiales han tenido la necesidad de diseñar e implementar nuevas metodologías y protocolos de atención, para poder mitigar los riesgos que corre la humanidad (huracanes, inundaciones, terremotos, crisis económicas, desempleo, guerras y riesgos derivados del manejo de información personal e importante a través de nueva tecnología). Estudiar el desarrollo de estos métodos resulta importante debido a la variación de cambios en el mundo.

La pandemia llegó a causar una gran conmoción en la población y en los gobiernos; la vida cómo se conocía se hizo a un lado y abrió paso a una nueva normalidad que se derivó en una realidad. En lugar de ver lugares abarrotados de personas a todas horas del día y brindar un saludo de mano a cuanta persona se conocía; las calles se encontraban en soledad, algunos negocios cerraron, otros hicieron uso de las redes sociales, las escuelas sufrieron la ausencia de los estudiantes, los maestros a alumnos aprendieron a través de plataformas virtuales, la convivencia familiar se transformó y la oportunidad de estrechar la mano de alguien se convirtió en solamente en “buenos días”.

Nada fue igual desde el momento en que llegó la enfermedad. Los retos que el mundo enfrentó fueron grandes y con mucha incertidumbre. En resumidas cuentas, los trastornos de ansiedad y de estrés se incrementaron, las familias se fracturaron, el





desempleo se incrementó, se crearon niños solitarios al no poder socializar, se amplió el rezago educativo y volvimos a sufrir una crisis económica.

Al inicio se pensó que la pandemia no sobrepasaría los 40 días y que el retorno a la normalidad sería pronto. Sin embargo, los estragos de la enfermedad se prolongaron por más de dos años.

Actualmente, el mundo vive con el cuestionamiento de ¿cuándo volverá una nueva enfermedad que nos lleve a otro confinamiento, nos haga perder los empleos, regresemos al aprendizaje virtual, se dé una nueva crisis económica?

Derivado de esta emergencia sanitaria y en virtud del análisis desarrollado en el presente trabajo, en resumen, se encontraron las siguientes conclusiones:

#### Teóricas

- La política sanitaria, es una de las políticas más complicadas para poder gestionar e implementar; derivado de la volatilidad en los cambios sociales y del entorno. La diversidad de riesgos potenciales asociados a las enfermedades conflictúa la precisión para poder ejercer políticas sanitarias asertivas que perduren.
- La Gestión del Riesgo (GR) se basa en cuatro variables que requieren ser analizadas individualmente para poder adecuadamente las políticas.
  - 1) Amenaza
  - 2) Exposición
  - 3) Vulnerabilidad
  - 4) Capacidad de Respuesta





- De las variables pertenecientes a la GR la vulnerabilidad es quizá la más importante de todas, es la base referencial para mitigar el impacto que cualquier riesgo pueda tener en la población. Los grados de conceptualización de la vulnerabilidad permiten clasificar de manera adecuada el tipo de reacción que el gobierno debe tener para atender determinada situación.

#### Metodológicas:

- El tema se abordó desde el punto de vista de la metodología de la GR. Dado que esta no se aplicó en la eventualidad del riesgo sanitario (Pandemia Covid-19). Se crea la necesidad de analizar los criterios de inclusión que de ella derivan dentro de las políticas implementadas por las autoridades del Estado de México.

#### Del caso práctico:

- La estadística de casos sospechosos, confirmados y de defunciones, se encuentra sesgada; pues existió un gran número de personas que no tuvieron atención médica en alguna unidad o fue con médico privado. Es así que, que en caso de personas enfermas y confirmadas por prueba casera o de laboratorio, ese número no se encuentra registrado por la Secretaría de Salud; quizá hubo personas que se enfermaron en más de una ocasión y al acudir a la unidad Covid se contabilizó cada vez que asistieron. En consecuencia, no hay estadística de número de personas que se enfermaron varias veces.
- Los datos referentes a la atención sanitaria se encuentran concentrados en zonas específicas, debido a que la distribución de unidades médicas fue desigual en el territorio estatal. De tal manera, que las tasas más altas de letalidad se encuentran por zona de concentración hospitalaria (zona conurbada a la Ciudad de México, zona centro del Estado, y parcial en los municipios de Tejupilco, Atlacomulco, Jilotepec y Teotihuacán).





Por último, enfrentar un riesgo nuevo, implicaría **planear** y ejecutar de forma **ordenada** diversas actividades y procesos de manera **asertiva y efectiva**.

Así pues, en nuestro país se reestructuró el Fondo de Desastres. Ahora cuenta con tres rubros que pueden destinarse de la siguiente manera:

1. Proyectos de prevención
2. Reconstrucción
3. Emergencias

Se puede apreciar en dicho fondo, un antes, durante y después de cualquier eventualidad riesgosa que se esté viviendo; con la finalidad de poder ahora sí manejar una metodología de la GR, que permita eficientar los recursos.

Es importante resaltar que, a partir de la pandemia, se desprendió la importancia de que el Estado de México cuente con un Centro de Atención a Emergencias Sanitarias.

Para consolidar este proyecto a mediano plazo, la Secretaría de Salud del Estado de México, el Instituto de Salud del Estado de México y el CEVECE en conjunto con la Secretaría de Salud Federal, han iniciado reuniones de trabajo.

Se concluye que a pesar de que el Estado de México no contó con las herramientas, insumos, personal y protocolos adecuados para el control y contención de la emergencia sanitaria; si ha retomado elementos de la Gestión del Riesgo que le permitan tener un mejor manejo, control y seguimiento en caso de padecer eventos futuros derivados de un nuevo agente patológico.





## BIBLIOGRAFÍA

- Almeida Filho, Naomar de; Castiel, Luis David; Ayres, José Ricardo. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Salud Colectiva, vol. 5, núm. 3, septiembre-diciembre, 2009, pp. 323-344. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.
- Cámara de Diputados del Congreso de la Unión de la República Mexicana de los Estados Unidos, <http://www.diputados.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/dps22/4dps22.htm>
- Cardozo. M. (1989). "Análisis de Políticas de Salud, ¿Una nueva era?". Salud Pública, México 1989; 31: 705-709.
- CEPAL (2021). "Observatorio de Covid-19 en América Latina y el Caribe". CEPAL, Santiago de Chile.
- CEPAL. (2020). "El COVID-19 y la crisis socioeconómica en América Latina y el Caribe". No. 132 Revista CEPAL. Santiago de Chile.
- Comunidad Andina, (2009). "Incorporando las Gestión del Riesgo de Desastres en la Planeación Territorial. Lineamientos generales para la formulación de planes a nivel local". Secretaria General de la Comunidad Andina. San Isidro, Perú.
- CONEVAL. (2020). "Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social". CONEVAL, México.
- CONEVAL. (2020). "Política Social en el contexto de la pandemia por virus SARS-Cov-2 (Covid-19) en México". CONEVAL, México.
- Consuegra.O. ( ). "Metodología AMFE como herramienta de gestión de riesgo en un hospital universitario". Cuadernos Latinoamericanos de Administración. Vol. XI. Núm. 20, pp 37-50.
- DOF (2020). "ACUERDO por el que el Consejo de Salubridad General reconoce la epidemia de enfermedad por el virus SARS-CoV2(COVID 19) en México,





como una enfermedad grave de atención prioritaria, así como se establecen las actividades de preparación y respuesta ante dicha epidemia". Secretaria de Gobernación, 23 de Marzo de 2020.

- DOF, (2020). "Acuerdo por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (Covid-19)". Poder Ejecutivo, Consejo de Salubridad General. Ciudad de México, México.
- DOF; (2020). Reforma de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Congreso de la Unión. Ciudad de México, 8 de mayo de 2020.
- DOF; (2021). ACUERDO por el que se establece ACUERDO por el que se establece como una acción extraordinaria en materia de salubridad general, que los gobiernos de las entidades federativas en su calidad de autoridades sanitarias, así como las personas físicas y morales de los sectores social y privado, integrantes del Sistema Nacional de Salud, coadyuven con la Secretaría de Salud Federal en la implementación de la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México. Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- SALUD.- Secretaría de Salud.
- Dye. T. (2013). "Understanding Public Policy". Edition 14. Pearson. Florida State University.
- Echemendia. B. (2011). "Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones". SCIELO. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. vol.49 no.3. Ciudad de la Habana.
- Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres. (2007). "Organización para la Gestión del Riesgo en el Sector Público y la Sociedad Civil". Revista, La Gestión del Riesgo Hoy.
- Fajardo-Dolci G, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J, Rodríguez-Suárez FJ, Lamy P, Arboleya-Casanova H, Gutiérrez-Vega R, Manuell-Lee G, Córdova-





- Villalobos JA. (2009). "Perfil epidemiológico de la mortalidad por influenza humana A (H1N1) en México". *Salud Pública México*. 51:361-371.
- FEM (2018). "Global Risk Report 2018". Committed to Improving the State of the World. Ginebra, Suiza.
  - García A. V. (2005). "El riesgo como construcción social y la construcción social de riesgos". *Desacatos*, núm. 19, septiembre-diciembre, pp. 11-24. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; Distrito Federal, México.
  - Gellert, G. (2012). "El cambio de paradigma: de la atención de desastres a la gestión del riesgo". *Boletín Científico Sapiens Research* Vol. 2(1)-2012 / pp:13-17 / ISSN-e: 2215-9312.
  - Gobierno de México (2021). "Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2, para la Prevención de la Covid-19 en México. Documento Rector. Versión 5.1, 28 de Abril de 2021.
  - Gómez Arias, Rubén Darío; Rodríguez Ospina, Fabio León; Martínez Ruiz, Orfilia; Agudelo Vanegas, Nelson Armando; Zea, Luis Emilio; González, Edwin Rolando *Gestión de políticas públicas y salud* Revista *Hacia la Promoción de la Salud*, vol. 10, enero-diciembre, 2005, pp. 9-21. Universidad de Caldas.
  - <https://ciifen.org/definicion-de-riesgo/>
  - Ibarra. M. (2012). "Gestión de riesgos clínicos". *Revista mexicana de Enfermería Cardiología*. Vol. 20, Num. 1, pp 4-6.
  - Lavell. A () "Sobre la Gestión del Riesgo: Apuntes hacia una definición".
  - Ledezma. R. (2018). "Administración del Riesgo". Instituto de Investigaciones Estratégicas de la Armada de México. Secretaría de la Marina. México.
  - Losada Maestra. R. (2013). Tesis doctoral. "El análisis de riesgos en las Políticas Públicas: del análisis empírico al planteamiento normativo". Universidad Carlos III de Madrid.







UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



- Martínez. E. (2007). "La gestión del conocimiento en políticas públicas en salud y participación social". CES Medicina, vol. 21, núm. 1, enero-junio, 2007, pp. 101-108. Universidad CES. Medellín, Colombia.
- Menéndez. E. (2005). "Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004), Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales" Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lánus. Buenos Aires, Argentina.
- Mintzberg. H. Jorgensen. J. "Una estrategia emergente para la política pública".
- NACIONES UNIDAS (2018). "Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe". Santiago.
- Naciones Unidas. "Marco de Acción de Hyogo 2005 - 2015: Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres". Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres. Ginebra Suiza.
- Nivón. E. ( ). "¿Qué son las políticas públicas?" Casa abierta al tiempo. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa.
- OMS (2018). "10 Amenazas a la salud mundial". Reportaje. <https://www.who.int/features/2018/10-threats-global-health/es/>
- OMS (2021). "Marco de gestión del riesgo de emergencias y desastres de Salud". Organización Mundial de la Salud, Ginebra Suiza 2021.
- OMS/OPS (2014). "Plan de Acción sobre la Salud en todos las Políticas". 53º Consejo Directivo, Washington, D.C., EUA.
- ONU (2020). "Respuesta integral de las Naciones Unidas a la Covid-19: salvar vidas, proteger a las sociedades, recuperarse mejor". Estados Unidos de América.
- Otto Thomasz, Esteban; Castelao Caruana, María Eugenia; Massot, Juan Miguel; Eriz, Mariano. (2014). "Riesgo social: medición de la vulnerabilidad en grupos focalizados". Cuadernos del CIMBAGE, núm. 16, 2014, pp. 27-51. Facultad de Ciencias Económicas. Buenos Aires, Argentina.
- PAHO; (2012). "Declaración de Alma Ata". Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, URSS, 1978.





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



- Parsons, W. (1997). "Políticas Públicas: una introducción a la teoría y práctica de análisis". Traducción de Atenea Acevedo (2007). FLACSO Sede Académica de México.
- Pinazo Hernandis, J. (2014). "Evolución de modelos y enfoques para el análisis de la "acción pública": del discurso a una nueva dinámica normativa". Gestión y Análisis de Políticas Públicas, núm. 12, julio-diciembre, 2014. Instituto Nacional de Administración Pública. Madrid, España.
- Rojas Ochoa. F. (2002). "Salud en las Américas". Escuela Latinoamericana de Medicina.
- Ruiz López. D., Cárdenas Ayala. C. "¿Qué es una Política Pública?". Revista Jurídica, Universidad Latina de América.
- Ruiz. M. (2011). "Políticas Públicas en Salud y su Impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México". Universidad Autónoma de Sinaloa.
- Simón Soria F. Cambio global, poblaciones y riesgos sanitarios: una compleja relación. Rev. salud ambient. 2017; 17(1):87-92.
- Soberón.G. (1983). "El Consejo de Salubridad General". Salud Pública en México. Vol. 25.No. 5. México.
- Suárez M. Valdés. C. (2021). "Índice de vulnerabilidad ante el COVID-19 en México". Instituto de Geografía Universidad Nacional Autónoma de México.
- Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud (2020). "Semáforo de riesgo epidemiológico COVID-19: indicadores y metodología". Secretaría de Salud. México, V.
- Ugalde. A., Jackson. J. (1995). "Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica". Departamento de Sociología, Universidad de Texas, Austin, EE.UU.
- Urteaga, Eguzki; Eizagirre, Andoni. (2013). "La construcción social del riesgo". EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales, núm. 25, pp. 147-170. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Madrid, España.





**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**Facultad de Ciencias Políticas y Sociales**  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



- Velásquez. R. (2009). Hacia una nueva definición del concepto "política pública". Desafíos. Vol.20. enero-junio. Pp. 149-187.
- Zamboni.L. (). "El Seguro Social como Instrumento para la Equidad en el Acceso a la Salud: el Caso de México".





## ANEXOS

### Listado de Siglas

<b>AFORES</b>	Administradoras del Fondo para el Retiro
<b>BM</b>	Banco Mundial
<b>CEVECE</b>	Centro de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
<b>CLUES</b>	Clave Única de Establecimiento de Salud
<b>COFEPRIS</b>	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
<b>DOF</b>	Diario Oficial de la Federación
<b>EIRD</b>	Estrategia Internacional de Reducción de Desastres
<b>GAR</b>	Global Assessment Report on Disaster Risk Redution
<b>GIR</b>	Gestión Integral del Riesgo
<b>GR</b>	Gestión del Riesgo
<b>GRPS</b>	Encuesta de Percepción de Riesgos Globales
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano de Seguro Social
<b>IRAG</b>	Infeción Respiratoria Aguda Grave
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>PEA</b>	Población Económicamente Activa
<b>PNUD</b>	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>PNV</b>	Política Nacional de Vacunación
<b>RED</b>	Red de Estudios Sociales en Prevención de desastres en América Latina
<b>SRAG</b>	Síndrome Respiratorio Agudo Grave
<b>SSA</b>	Secretaría de Salubridad y Asistencia
<b>USMER</b>	Unidades de Salud Monitores de Enfermedad Respiratoria





## Índice de Cuadros, Diagramas, Mapas y Gráficas

Criterio	Nombre	Página
Diagrama 1	Estructura del Sistema de Salud en México	23
Diagrama 2	Estructura del Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024	24
Cuadro 1	Objetivos de Desarrollo del Milenio	28
Cuadro 2	Red de Riesgos Globales	31
Diagrama 3	Proceso de Gestión de Riesgos de Desastres	41
Diagrama 4	Conceptualización de la Vulnerabilidad	43
Diagrama 5	Variables relacionadas como catalizadores del Riesgo	47
Diagrama 6	Ciclo para deducir factores de vulnerabilidad	50
Diagrama 7	Orientaciones de la OMS en respuesta a una epidemia	54
Diagrama 8	Fases de Pandemia de acuerdo a la OMS	58
Diagrama 9	Proceso de Gestión del Riesgo en Desastres Sanitarios	59
Diagrama 10	Variable de análisis de acuerdo al riesgo experimentado	61
Cuadro 3	Indicadores de referencia para la semaforización por Covid-19	68
Cuadro 4	Indicadores	68
Cuadro 5	Actividades autorizadas para realizar de acuerdo a la semaforización	69
Mapa 1	Regiones del Estado de México	72
Cuadro 6	Unidades hospitalarias Covid-19 en el Estado de México	74
Mapa 2	Unidades Médicas de Atención a Covid-19 en el Estado de México	77
Gráfica 1	Comparativo Tasa de Prevalencia y Tasa de Letalidad en México 2020-2022	83
Gráfica 2	Los 10 Estados con mayor número de casos confirmados por Covid-19 en México (2020-2022)	84
Cuadro 7	10 municipios del Estado de México con mayor Tasa de Prevalencia (2020-2022)	85
Cuadro 8	10 municipios del Estado de México con mayor Tasa de Letalidad (2020-2022)	86
Gráfica 3	Comparativa de 15 municipios del Estado de México con la Tasa de Letalidad más alta	87
Gráfica 4	Comparativo de Tasa de Mortalidad, Letalidad y Prevalencia de los 10 municipios con mayor Tasa de Mortalidad	88
Diagrama 11	Distribución porcentual de población mexicana y defunción por Covid-19 por grupo de edad y sexo. México 2020	91





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales  
Maestría en Administración Pública y Gobierno



<b>Diagrama 12</b>	Distribución de defunciones de población en el Estado de México por Covid-19 por grupo de edad y sexo. México 2020	92
<b>Diagrama 13</b>	Calendario de entrega de vacunas a México 2021	94
<b>Cuadro 9</b>	Grupos de vacunación por orden de priorización	94
<b>Diagrama 14</b>	Etapas de aplicación de vacunas	96
<b>Gráfica 5</b>	Monto gastado en Emergencia Sanitaria en el Estado de México	98
<b>Gráfica 6</b>	Monto gastado por Emergencia Sanitaria Covid-19 en el Estado de México por dependencia gubernamental	99

