

# GOBERNANZA MULTINIVEL ANTE LA CRISIS DE SALUD PÚBLICA DEL SARS-CoV-2: ALGUNOS CASOS LATINOAMERICANOS COMPARADOS<sup>1</sup>

Joel Mendoza Gómez

## Abstract

In the face of the COVID 19 pandemic, the responses of national governments have been aimed at addressing the crisis. The national agenda has been preponderant in Latin America, but alternative agendas for hospital care and immunization emerge from the subnational scenario. This study focuses on multilevel governance arrangements aimed at obtaining hospital and pre-hospital supplies in response to the pandemic. The cases of Maranhão, São Paulo, Nuevo León and Caravelí are studied. It seeks to compare pre-existing national health systems and national responses to the pandemic crisis in search of common causes. The result is that the systems and the responses are dissimilar; only the intergovernmental lack of coordination and the intention to receive electoral political revenues coincide.

*Keywords: Covid-19; multi-level governance; political crises; vaccination; sanitary system*

## Resumo

Diante da pandemia do COVID-19, as respostas dos governos nacionais têm sido voltadas para o enfrentamento da crise. A agenda nacional tem sido preponderante na América Latina, mas no cenário subnacional emergem agendas alternativas de atenção hospitalar e de imunização. Este estudo se concentra nos modelos de governança multinível voltadas à obtenção de suprimentos hospitalares e pré-hospitalares em resposta à pandemia. São estudados os casos do Maranhão, São Paulo, Nuevo León e Caraveli. Além da modelagem de casos de governança, busca-se comparar sistemas nacionais de saúde pré-existentes e respostas nacionais à crise pandêmica em busca de causas comuns. O resultado é que os sistemas e as respostas são diferentes; apenas se assemelham a falta de coordenação intergovernamental com a intenção de receber receitas políticas eleitorais.

*Palavras-chave: Covid-19, Governança multinível, crise política, vacinação, sistemas sanitários*

<sup>1</sup> Artículo de investigación, México.

## Resumen

---

Ante la pandemia de la COVID 19 las respuestas de los gobiernos nacionales han estado orientadas a la atención de la crisis. La agenda nacional ha sido preponderante en América Latina, empero desde el escenario subnacional surgen agendas alternativas de atención hospitalaria e inmunización. Este estudio se centra en arreglos de gobernanza multinivel orientados a la obtención de insumos hospitalarios y prehospitales en atención a la pandemia. Se estudian los casos de Maranhão, São Paulo, Nuevo León y Caravelí. Se busca comparar los sistemas sanitarios nacionales preexistentes y las respuestas nacionales ante la crisis pandémica en búsqueda de causales comunes. Se tiene por resultado que los sistemas y las respuestas son disímiles; solo coinciden la descoordinación intergubernamental y la intención de recibir réditos políticos electorales.

*Palabras clave: Covid-19; gobernanza multinivel; crisis política; vacunación; sistema sanitario*

## 1. Introducción

---

La pandemia provocada por el virus causante del SARS-Cov-2<sup>2</sup> ha mostrado severos déficits institucionales en los sistemas de salud pública estatales (Greer et al., 2021) así como un sistema global de gobernanza de la salud fracturado y descoordinado (The Lancet, 2020). La academia de la política pública, la salud, las relaciones internacionales y el área de imbricación que hay entre ellas se ha volcado a estudiar el fenómeno pandémico y las respuestas institucionales subnacionales, nacionales e internacionales.

Si bien se ha estudiado la dimensión nacio-

nal de la respuesta gubernamental (Alvarenga et al., 2020; Bursens, 2020; Cáceres Cabana et al., 2021; Claudio A. Méndez, 2021; de Jong & Ho, 2021; Duckett, 2020; Greer et al., 2021; Peci et al., 2021; Reiss & Czypionka, 2021) así como el rol jugado por los organismos internacionales (Cardozo Fernandes, 2020; Kaasch, 2020; Sanahuja, 2020; Taylor & Habibi, 2020; Wenham, 2021); queda pendiente en América Latina un estudio comparativo sobre los esfuerzos paliativos desde lo local con proyección internacional a través de estrategias que puedan ser estudiadas desde la gobernanza multinivel. También se recupera la intención de Brian Colfer y Phi-

---

<sup>2</sup> Este es el nombre dado al virus por el Comité Internacional sobre Taxonomía de los Virus con fecha del 11 de febrero de 2021, mientras que el nombre COVID-19 fue anunciado por la OMS en la misma fecha para el padecimiento (Colfer, 2020).

llip Lipsky de estudiar la respuesta a la pandemia como un caso de política pública ante crisis que no son necesariamente bélicas ni mundanas (Colfer, 2020; Lipsky, 2020).

La teoría será aplicada para comparar casos de sistemas disímiles con resultados similares. Lo primero refiere al diseño de los sistemas sanitarios, así como las interacciones intergubernamentales<sup>3</sup> concurrentes. Lo segundo refiere la aparición de formatos de gobernanza multinivel orientados a la consecución de insumos médicos, ya sean biológicos para inoculación o insumos hospitalarios que, contingentemente, pueden caracterizarse como recursos de uso común<sup>4</sup>. Esta relación entre variables pretende responder a la pregunta *¿por qué los gobiernos subnacionales han implementado o migrado a esquemas de gobernanza multinivel para tener acceso a insumos clave para afrontar la crisis de salud pública causada por el virus causante del SARS-CoV-2?* La respuesta surge de la síntesis documental de casos; empero profundizar en otros casos de este tipo es necesario para obtener una imagen más completa.

Se tiene por problema que al brote epidémico de coronavirus se le debe hacer frente a través de insumos limitados para las etapas de prevención (vacunas) y tratamiento (insumos hospitalarios para terapia respiratoria). Dichos recursos han tendido a ser obte-

nidos y distribuidos por los gobiernos nacionales atendiendo una agenda centralizada. Ante ello, múltiples gobiernos subnacionales, con o sin respaldo de actores sociales organizados, han encontrado arreglos multinivel alternativos a la reasignación de insumos para enfrentar la pandemia.

Es de perogrullo repasar la condición de interdependencia entre los Estados, así como entre los diversos niveles de gobierno a su interior consecuentemente a la globalización (Hocking, 1993) y al diseño federal o central empero descentralizado en su ejercicio (Greer et al., 2021). No obstante, **la condición de universalidad supuesta por la pandemia del SARS-CoV-2 vuelve más evidentes los problemas de coordinación-descoordinación entre niveles de gobierno**, así como la diferencia entre sus intereses y la oportunidad de satisfacerles más allá del paradigma jerárquico.

El método elegido para el diseño de la investigación, *“Most different systems, similar result”* (Przeworski y Teune, 1970) considera el estudio de sistemas diferenciados, con resultados similares en lo que respecta a la variable de estudio. Sirve la función de obviar aquellas características que diferencian los sistemas en comparativa a fin de encontrar los factores (endógenos o exógenos) que producen resultados similares.

<sup>3</sup> Se emplea el término Intergubernamental (véase Poirier et al., 2015), que suele ser propio del estudio del federalismo, a saber que Perú es un Estado unitario cuya administración pública se encuentra descentralizada para su ejercicio en tres niveles superpuestos. México y Brasil, por otra parte, son de jurisdicción federal a pesar de trayectos históricos de centralización-descentralización-recentralización.

<sup>4</sup> Traducción propia de Common Pool Resources.

El andamiaje metodológico implica el conocimiento de un universo de sistemas (en este caso sistemas nacionales de salud pública en América Latina), del cual se selecciona una muestra de sistemas diferentes cuyos resultados se asemejan (Przeworski y Teune, 1970). Se ha optado por hacer lo segundo en primer término. En América Latina se encuentran cuatro casos donde gobiernos subnacionales han tendido relaciones internacionales a la vez que con la sociedad civil que se alejan del ordenamiento jerárquico gubernamental en búsqueda de enseres para la atención sanitaria.

Los mencionados casos corresponden a Caravelí, Arequipa en Perú (Cáceres Cabana et al., 2021), Maranhão y São Paulo en Brasil (Alvarenga et al., 2020; Brancoli, 2021), y Nuevo León en México (Chio, 2021). Los casos fueron elegidos a través de revisión de literatura académica y hemerográfica. Se tiene como hipótesis tentativa que los gobiernos subnacionales y los actores de la sociedad civil involucrados han respondido asociándose con actores públicos o privados de otras nacionalidades o internacionales para la compra u otra forma de obtención de recursos, esto en virtud de intereses propios. Los casos de gobernanza han tomado diversas formas alrededor de personajes o estructuras políticas que cuentan con capacidades materiales para resolver las adquisiciones contingentes.

## **2. Gobernanza multinivel sobre recursos de uso común escasos ante la crisis del Covid-19**

Se identifican tres particularidades en las respuestas locales. La primera es la diversidad de actores involucrados en el diseño e implementación de programas y políticas públicas en materia de sanidad. La segunda es la repentina centralidad y consecuente demanda de los enseres médicos y de inmunización para la atención sanitaria. La tercera corresponde a la situación de crisis causada por la amenaza que supone la enfermedad para la población, la urgencia institucional de prevenir y afrontar los contagios, y la incertidumbre infligida por un virus nuevo y desconocido.

### **2.1. Gobernanza multinivel**

La participación de actores no gubernamentales en los procesos de diseño y ejecución de políticas públicas no es reciente. Mientras que la coordinación entre órdenes de gobierno más o menos autónomas que se superponen geográficamente es obligada por diseño constitucional de cada estado. Sin embargo, la toma de decisiones relacionada con el proceso de política pública se han complejizado incrementalmente por consecuencia de la globalización (Daniell & Adrian, 2017), y han aumentado en cuanto a densidad tanto en el diseño como en la implementación (Mendoza Ruiz & Mendoza

Gómez, 2021).

El Comité de las Regiones de la Unión Europea llamó, en nombre del principio de subsidiariedad, a la inclusión de diversas formaciones sociales en la toma de decisiones (Mendoza Ruiz & Mendoza Gómez, 2021). El nombre dado a estos procesos es el de *gobernanza*, el término es sujeto de debates en cuanto a sus acepciones. Respecto a su estudio, Liesbet Hooghe y Gary Marks (2003; 2004) tienen por gobernanza cualquier toma de decisiones vinculante perteneciente a la esfera pública.

Por otro lado, Agustí Cerrillo i Martínez (2005) sin aventurar una definición remarca que el término se ha utilizado para referir modelos de gobierno cooperativo donde el vínculo central es el público-privado orientado a la creación de política pública y provisión de servicios. El debate les precede, teniendo como vertientes originales las aportaciones de Jan Kooiman por un lado y las de Roderick A. W. Rhodes por otro (Navarrete Ulloa, 2017). Aunque se tiene por **coordenadas comunes** la *interdependencia entre actores, interacciones continuadas en función de intereses e intercambio de recursos, confianza y reglas previamente acordadas, y un significativo grado de autonomía* (Navarrete Ulloa, 2017).

El antecedente del Comité de las Regiones incorpora un nivel adicional de especificidad que se ha extendido en la práctica más allá de la UE; la participación de gobiernos subnacionales y actores sociales de múltiples escalas; a esto se le conoce como Gober-

nanza multinivel (Marks, 1993). El reto a superar en la práctica es coordinar los intereses de los actores a pesar de la diversidad de orígenes y naturalezas para la toma conjunta de decisiones (Bache & Flinders, 2004; Bulkeley et al., 2003) en un sistema de gobernanza que se amplía hacia arriba, hacia abajo y hacia afuera (Pierre & Peters, 2000; Termeer et al., 2010) a fin de integrar y superar las externalidades de cada nivel (Marks & Hooghe, 2004).

Mientras tanto, el estudio de este subtipo de gobernanza hace frente a dos problemas; a) la naturaleza multinivel de los actores implica la interacción de problemas e intereses correspondientes a escalas diversas (geográficas, jurisdiccionales y epidemiológica para este caso) a la vez que niveles diversos dentro de estas (v.g., local, estatal, nacional e internacional) (Cash et al., 2006; Termeer et al., 2010; Van Kersbergen & Van Waarden, 2004), y b) este estudio se ha decantado por dos corrientes diferenciadas por el diseño geográfico jurisdiccional de cada tema de política pública (Daniell & Adrian, 2017; Enderlein et al., 2010; Hooghe y Marks, 2003; 2004; Saito-Jensen, 2015).


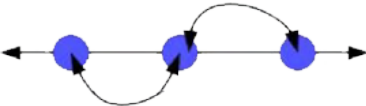
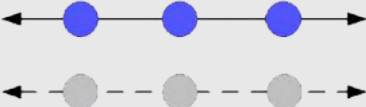
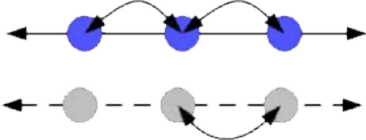
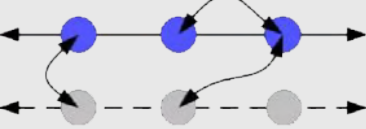
Sobre las escalas, Cash et al (2006) aportan que se tiene por “escala” dimensión utilizada para medir y estudiar cualquier fenómeno, mientras que “nivel” refiere a las unidades de análisis ubicadas en diferentes posiciones dentro de la escala. En función de ello, **para el estudio de la gobernanza multinivel se identifican tres escalas: 1) espacial, 2) jurisdiccional, 3) institucional** (Termeer et

al., 2010; Van Kersbergen & Van Waarden, 2004). Puede entonces cuestionarse el adjetivo de “multinivel”, a saber que los tomadores de decisiones no sólo provienen de distintos niveles de la escala jurisdiccional, sino también de otras escalas como las que transcurren entre microempresas y grandes conglomerados, y entre individuos y ONG de proyección transnacional.

Resulta ocioso decantarse sobre esa discu-

sión, basta recuperar que para el estudio específico de la respuesta ante la pandemia se encuentra una más, la epidemiológica. Según se abordará más adelante, la respuesta ante las crisis obliga a considerar la escala temporal también. Es menester considerar sobre cada caso analizado los niveles y escalas inmiscuidos. Lo anterior queda mejor ilustrado según la siguiente representación.

**Tabla 1: Ilustraciones esquemáticas de interacciones trans-nivel, multinivel y multiescalar**

	Nivel	Escala
	Multi-	Uni-
	Trans-	Uni-
	Multi-	Multi-
	Trans-	Multi-
	Trans-	Trans-

Fuente: Traducción propia de Cash et al., 2006.

Se entiende de la ilustración que la condición “multi-escalar” es aquella que incluye nodos (personas) de naturaleza diversa que se relacionan con otros de su misma escala alrededor de un tema de interés, mientras que la condición de “trans-escalar” implica relaciones con nodos de otras escalas. Análogamente, la “multi-nivelidad” de un sistema implica la existencia de múltiples nodos dentro de una misma escala, usualmente ordenados de manera jerárquica; mientras que la “trans-nivelidad” implica interacciones más allá del ordenamiento jerárquico por medios distintos a los formales.

Sobre la tipología dada a la gobernanza para su estudio, Hooghes y Marks (2004) identifican dos categorías diferenciadas por su organización jurisdiccional. La gobernanza de tipo I refiere a la existencia y relación entre jurisdicciones únicas en cada nivel.

Por su lado, la gobernanza de tipo II hace referencia a situaciones donde para una misma área temática y un mismo nivel, existen múltiples cuerpos jurisdiccionales en convivencia.

Ejemplo de la primera situación las federaciones donde a los gobiernos nacionales corresponde la administración de más de un área de política pública para lo cual dispone de dependencias temáticas encargadas de proveer servicios sobre un mismo territorio. Por su parte, el tipo II se ilustra por sistemas de transporte público urbano donde distintas líneas de tranvía o autobús son administradas por cuerpos administrativos diferenciados aún si comparten estaciones, tramos de ruta, o incluso si algún cuerpo es integrante de los demás. La diferenciación entre ambos tipos se complementa con la siguiente tabla:

***Tabla 2: Tipos de Gobernanza Multinivel***

<b>Tipo I</b>	<b>Tipo II</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jurisdicciones de propósito general</li> <li>• Membresías no traslapantes</li> <li>• Jurisdicciones en un número limitado de niveles</li> <li>• Arquitectura aplicada al sistema en general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jurisdicciones para tareas específicas</li> <li>• Membresías traslapantes</li> <li>• Jurisdicciones en un número ilimitado de niveles</li> <li>• Diseño flexible</li> </ul>

*Fuente: Traducción propia de Marks & Hooghe, 2004.*



En función de ello este marco de gobernanza más que describir los modelos de interacción surgidos, aborda la transición entre modelos imperantes de salud y ramificaciones contingentes de gobernanza multinivel para la atención a una crisis. Esta transición puede implicar nuevos vínculos entre niveles o escalas; o sea, la aparición de actores no propios del sistema de salud ni creadores tradicionales de política pública.<sup>5</sup> En términos de la diferenciación entre tipos de Gobernanza, también se entiende que el modelo contingente de gobernanza pueda ser de tipo distinto que el resto del sistema nacional. Las migraciones contingentes entre inclusión de niveles y escalas, así como de un tipo de gobernanza a otro, en este estudio, se dan en función de intereses por obtener recursos, según las condiciones del siguiente apartado.

## **2.2. Vacunas y enseres de terapia respiratoria; recursos de uso común**

Según Elinor Ostrom (2003), un recurso de uso común es caracterizable según dos variables, la dificultad o imposibilidad de excluir a otros de su uso, aprovechamiento o extracción; así como el hecho de que su utilización disminuye su disponibilidad para el resto de los potenciales usuarios. En función de lo segundo cobra fundamental importancia conceptos como flujo o existencias (Ostrom, 1990). Quedan diferenciados de los

bienes privados que son de uso exclusivo del poseedor, también de los bienes públicos pues el consumo de estos no disminuye la cantidad disponible para el resto de los potenciales usuarios (Ostrom, 2003).

Lo anterior refiere al uso de un recurso, más no a su propiedad, a saber que la propiedad formal puede recaer en el gobierno central, regional, local, o incluso entidades privadas (Ostrom, 2003). Se han identificado 5 derechos relacionados a la propiedad y roles que los actores tienen ante determinado escenario de acción colectiva en función de los derechos que poseen (Ostrom, 2003; Schlager y Ostrom, 1992). Los derechos son:

---

<sup>5</sup> A este respecto existe literatura sobre la admisión y tolerancia de la participación de nuevos actores, no gubernamentales en el diseño e implementación de políticas públicas, así como la provisión de servicios públicos a fin de preservar la gobernabilidad de un determinado constituency ante una situación crítica, se recomienda la lectura de *Gobernanza y gestión pública* (Aguilar Villanueva, 2006).



***Tabla 3: Derechos de propiedad***

<b>Derechos</b>	<b>Contenido</b>
<b>Acceso</b>	El derecho a entrar en un área física definida y gozar de beneficios no sustractivos
<b>Retiro</b>	El derecho a entrar en un área física definida y gozar de beneficios no sustractivos
<b>Manejo</b>	El derecho a regular los patrones internos de uso y transformar el recurso haciendo mejoras
<b>Exclusión</b>	El derecho a determinar quien tendrá derecho de acceso y cómo ese derecho puede ser transferido
<b>Marginación</b>	El derecho a vender o arrendar derechos de exclusión, manejo o retiro

*Fuente: Traducción propia de (Schlager y Ostrom, 1992).*

Mientras que los roles se asignan en función de los derechos para un modelado como el que sigue:

***Tabla 4: Conjuntos de derechos asociados a cada rol***

	<b>Dueño</b>	<b>Propietario</b>	<b>Solicitante autorizado</b>	<b>Usuario Autorizado</b>	<b>Accesante autorizado</b>
<b>Acceso</b>	X	X	X	X	X
<b>Retiro</b>	X	X	X	X	
<b>Manejo</b>	X	X	X		
<b>Exclusión</b>	X	X			
<b>Marginación</b>	X				

*Fuente: Traducción propia de (Ostrom, 2003).*

Del traslape entre estas dos tablas se puede sintetizar un sistema alrededor de la relación de propiedad que se tenga con el recurso en cuestión. Si bien, la negociación dentro de un sistema de gobernanza puede derivar en la concesión o pérdida de derechos; la migración a otros modelos, o su creación permanente o contingente, crea la oportunidad de reasignación de roles. Entiéndase que un sujeto puede migrar de un sistema a otro con el propósito de escalar en esta escala de roles a fin de ejercer más control sobre el recurso<sup>6</sup>.

Caracterizar los biológicos de inmunización y los enseres hospitalarios como recursos de uso común permite hacer uso de los roles mencionados para caracterizar las redes de gobernanza que existen en torno a ellos. Coincidentemente permite comprender la carencia de insumos como disparador para buscar otros arreglos y relaciones más allá de la jerarquía nacional que permitan obtener los mencionados recursos. No obstante ello solo es acertado en aquel periodo durante el cual sus existencias o flujos fueron limitados o inciertos.

En la escala global, tanto las vacunas aprobadas contra la covid-19 como los concentradores de oxígeno son materiales comercializados por los privados que las producen. Sin embargo los regímenes de propiedad que se otorgan a estos recursos son diversos

para cada sistema nacional, fluyendo de aquellos donde el Estado es el dueño y los gobiernos subnacionales son Propietarios o Solicitantes a otros donde este segundo rol lo juegan actores privados.

Durante la primera etapa de la pandemia, los insumos hospitalarios fueron escasos. Aunado a ello, los sistemas sanitarios latinoamericanos son carentes en cuanto a capacidades y se encuentran en un tránsito de largo aliento de renovación o reforma (Laurell, 2021), ello implicando escasa preparación para atender flujos intensos de casos. Las vacunas, alrededor de su creación, fueron ofertadas exclusivamente a los gobiernos centrales y estas fueron adquiridas principalmente por países de rentas medias y altas (Ghebreyesus, 2021) a través de contratos de millones de dosis que fueron entregadas en múltiples envíos parciales. A esto agréguese el tiempo que tomó a los gobiernos establecer sistemas de vacunación.

Las vacunas son bienes consumibles de uso único, mientras respiradores y “camas” de terapia intensiva solo pueden ocuparse por un paciente a la vez. Su uso efectivamente disminuye del total disponible. Mientras que la exclusión de su uso queda imposibilitada, no por las condiciones institucionales, sino por la necesidad de inmunizar a la mayor proporción poblacional que sea posible, así

---

<sup>6</sup> Si bien este marco se ha desarrollado para versar sobre gobernanza de los recursos ambientales, puede adaptarse para el caso que ocupa al presente siguiendo el ejemplo dado por estudios sobre valorización de data virtual (Álvarez León, 2016, 2017) así como la caracterización de la comida como un recurso de uso común (Carceller-Sauras & Theesfeld, 2021) por mencionar algunos.

como de evitar la mayor cantidad de fallecimientos que sea posible. Estas condiciones se entienden como consecuencia de la situación de crisis traída por la pandemia, sobre ello se abona en el apartado siguiente.

### 2.3. Gobierno, gobernanza y Relaciones Internacionales en situaciones de crisis

Phillip Lipsky (2020) ha provisto un marco para estudiar situaciones de crisis más allá de las de tipo militar o financiero. Entiéndase por crisis “aquella situación que amenaza con dañar significativamente la población o

valores fundamentales y conmina una respuesta política bajo presión temporal (urgencia) e incertidumbre<sup>7</sup>”. Son entonces tres los factores que determinan la condición crítica; 1) amenaza, 2) urgencia, 3) incertidumbre. Al comparar la política de momentos no-críticos, identificada como “Política de economía abierta”, con aquella que suele surgir de momentos de crisis, surge la comparativa que sigue:

***Tabla 5: Arquetipos comparados de política de las crisis y de la economía abierta***

<b>Política de Economía Abierta</b>	<b>Política de la Crisis</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferencias distributivas claramente delimitadas</li> <li>• Interacciones continuas y rutinarias</li> <li>• Instituciones establecidas</li> <li>• Rol limitado de liderazgos políticos</li> <li>• Resultados internacionales endógenos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferencias distributivas poco delimitadas</li> <li>• Interacciones abruptas e infrecuentes</li> <li>• Arreglos institucionales ad hoc</li> <li>• Rol central de liderazgos políticos</li> <li>• Resultados internacionales exógenos</li> </ul>

*Fuente: Traducción propia de Lipsky, 2020.*

<sup>7</sup> Traducción propia de I define a crisis as a situation that threatens significant harm to a country's population or basic values and compels a political response under time pressure and uncertainty (Lipsky, 2020).

Los arquetipos presentados permiten apreciar tendencias sobre cada uno de los renglones de la tabla previa. A) Ante la crisis, la distribución de competencias entre diversos niveles y escalas puede volverse difusa; B) las interacciones entre actores exceden las rutinarias y se amplían de formas poco usuales y con poco antecedente; C) los actores emprenden arreglos poco institucionalizados sino contingentes; D) ante la incertidumbre institucional de la condición de crisis, el liderazgo personal cobra importancia, mientras que en circunstancias normales se ve limitado por frenos institucionales; y E) ante una situación de crisis los resultados de las acciones estatales dejan de estar solamente determinados por la acción estatal y se sujetan a un contexto de interdependencia aumentada.<sup>8</sup>

Las crisis plantean escenarios y desafíos poco comunes, ante lo cual los tomadores de decisiones tienden a carecer de preferencias o conocimiento sobre qué política pública es más redituable. A la vez, la existencia de amenazas sobre la vida y urgencia para resolver tiende a confrontar las agendas de salud pública y desarrollo económico.

En escenarios no-críticos la agregación por intereses de los tomadores de decisiones es predecible y tiende a regularizarse e institucionalizarse, mientras que durante las crisis es altamente probable que aparezcan vínculos nuevos en función de intereses nuevos,

ambos poco predecibles. El rol de los actores políticos suele encontrarse acotado por la distribución de competencias a lo largo de agendas temáticas, jurisdicciones y delegaciones burocráticas. Sin embargo, la existencia de amenazas sobre la existencia tiende a crear púlpitos desde los cuales se centraliza la toma de decisiones, a la vez que se interpreta la amenaza y urgencia traídas por la crisis, inclusive con consecuencias perversas derivadas de minimizar las posibles consecuencias. Los arreglos institucionales convencionales pueden ser sustituidos pro tempore por arreglos ad hoc como ordenamientos de emergencia, grupos de trabajo y posicionamiento de nuevos liderazgos técnico-políticos.

Por último, se tiene por convencional que las actitudes y los resultados arrojados por el sistema internacional son subsecuentes de agendas domésticas nacionales (o subnacionales, véase Mendoza Gómez,<sup>2021</sup>). Ello no se cumple para las situaciones de crisis, estas pueden originarse en otros países y propagarse o consecuentes en plétora de formas. A la vez, las crisis pueden ser exógenas al mismo sistema político nacional e internacional, al deberse, por ejemplo, a la evolución de un virus. Sobre lo anterior no existe factor político alguno.

La pandemia de la Covid-19 califica como una crisis que cumple con los factores de amenaza, urgencia e incertidumbre (Lipsky,

---

<sup>8</sup> La situación pandémica es el ejemplo perfecto en razón de la infecciosidad del virus en cuestión. El resultado de la migración de un individuo infectado es la propagación del virus hacia otros países, empero ello no se considera parte de la agenda estatal por motivo alguno.

2020). Resta encontrar en qué punto del continuo entre los arquetipos mencionados en la tabla se encuentran los casos mencionados en lo respectivo a la respuesta ante la crisis. Dadas condiciones son ciertas no solo para los gobiernos centrales, sino que los subnacionales se encuentran sujetos, así como a las RIG causadas por el diseño constitucional. Es ante lo anterior que **es factible un traslape entre arreglos de gobernanza multinivel y política de las crisis donde arreglos plurales que incluyan actores de naturalezas diferentes, se incorporen para el diseño e implementación de políticas públicas orientadas a la obtención de recursos de uso común** para la atención de la crisis.

En función del diseño dado al presente, se procede a conocer el antecedente sistémico general y en materia de salud (prevención y atención de enfermedades virales) a la vez que el panorama de atención de la crisis a nivel nacional para cada uno de los casos. Después se estudiarán los formatos de gobernanza multinivel surgidos para la atención de la crisis en el nivel subnacional. En última instancia se compararon los descubrimientos que surjan de lo mencionado para los casos muestreados.

### **3. Respuesta institucional ante la emergencia sanitaria**

---

La pandemia provocada por el virus causante del SARS-CoV-2 rebasa las condiciones de

un fenómeno puramente biológico. La provisión de servicios de salud pública recae en las instituciones que los Estados han previsto para ello; aunado a ello, la enfermedad y las respuestas sociales e institucionales a esta son transversales a las agendas gubernamentales de todos los órdenes. La globalización cataliza cualquier efecto del virus debido a la hipermovilidad que permiten las tecnologías del transporte.

Los registros más tempranos sobre la enfermedad datan de noviembre o diciembre de 2019, la condición de pandemia fue anunciada por la OMS el día 11 de marzo de 2020 (Castañeda, 2020), empero la primer aprobación para uso de emergencia de un biológico emitida por la Organización Mundial de la Salud data del 31 de diciembre de 2020. A lo largo de este periodo y aún a la fecha en que se escribe el presente, la respuesta gubernamental ha sido variada en cuanto a intervenciones no farmacológicas (Jarman, 2021), yendo de la no-respuesta y negación o desdén, al equivalente de poner sus economías en coma artificial (Greer et al., 2021) incluyendo el cierre de fronteras, teletrabajo, y cierre de la actividad económica en mayor o menor medida. Las segundas previnieron el contagio, y el aumento de óbitos de manera efectiva; empero son económicamente insostenibles en el largo plazo y la vuelta a actividades se tiene por meta en el total de los casos (Jarman, 2021). La respuesta farmacológica es condicionada al desconocimiento del tratamiento y la inexistencia de vacunas, en un primer momento, y su distribución desigual tras la aprobación de

hasta 11 biológicos por la OMS (Piraveenan et al., 2021; The Lancet, 2020; Zhou, 2021).

La centralización es común de la administración de crisis (Lipsky, 2020) pues permite que sea bajo una agenda única que se distribuyan bienes limitados, obedeciendo a la recaudación uninominal de réditos y méritos políticos (Mendoza Ruiz, 2022). Además la respuesta sanitaria gubernamental, tal como la obtención y provisión de bienes sanitarios, ha estado 1) atendida a condiciones de mercado de existencia y fluctuación de precios, 2) condicionada por la venta exclusiva de insumos a gobiernos centrales (particularmente vacunas), a la vez que 3) dirigida en la mayoría de los casos por el gobierno central de manera exclusiva. Lo anterior refiere procesos de centralización que han sido transversales para los estados federales o con administraciones descentralizadas, dándose a menudo a través de paneles intergubernamentales de “coordinación” (Cardozo Fernandes, 2020).

Esta centralización es cierta también para las relaciones entre los gobiernos centrales y las organizaciones internacionales. La Organización Mundial de la Salud, dependencia del Sistema de las Naciones Unidas, ha tenido un rol mayormente consultivo. Este organismo es el encargado de la aprobación para uso de emergencia de los biológicos de inmunización y tratamiento contra la Covid-19, así como la generación de recomendaciones, empero poco más. El conflicto intestino entre poderes normativos y búsqueda del consenso, aunado a las carencias

presupuestales y la amenaza de salida (Zhou, 2021), previenen el desempeño pleno de facultades normativas (Taylor & Habibi, 2020).

### **3.1. Sistema Internacional de Gobernanza en Salud**

Desde el surgimiento de las Organizaciones Internacionales Modernas y su consecuente ramificación temática, la Organización Mundial de la Salud se ha establecido gradualmente como epicentro de cooperación técnica y diálogo; sin embargo comparte la debilidad crónica de los Organismos Internacionales pues carece de capacidad material de hacer valer decisión alguna sobre los estados miembro.

La OMS, en concordancia con su rol técnico y consultivo, se ha encargado de la coordinación de la acción internacional en los términos de emisión de recomendaciones, a la vez que es depositaria de la información generada por los sistemas nacionales de salud (Martínez, 2022). Sin embargo, como institución con capacidad comunicativa, también ha legitimado o criticado las respuestas nacionales ante la contingencia viral, destaca el respaldo a la respuesta tardía del gobierno chino en 2020 y la crítica a la falta de acción consecuente al discurso negacionista.

**El sistema global de gobernanza en salud ha padecido el surgimiento y crecimiento en capacidades de nuevos actores del escenario internacional.**

En consecuencia, la organización, que lo lidera discursivamente, ha perdido protagonismo, su capacidad presupuestal ha disminuido a pesar del aumento constante de sus ingresos y los conflictos propios del sistema internacional han encontrado foro en su seno así como en otros de los sistemas regionales y del sistema Naciones Unidas (Andrade Alvarenga et al., 2020).

En enero de 2020, la organización emitió una declaración de *Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional*<sup>9</sup> (abreviada PHEIC al inglés) con el propósito de invitar al intercambio de información científica sobre el virus con el fin de acelerar el desarrollo de vacunas. Este fue respondido por editoriales nodales a través de la liberación de cualquier pieza sobre el tema. A la vez, la iniciativa privada respondió con la donación de capital (Martínez, 2022). Este fenómeno detonó una gran competencia técnica por la producción de la primera vacuna. La Organización fue el canal principal de financiamiento proveniente de donativos para las compañías farmacéuticas hasta la creación del mecanismo COVAX de financiamiento mixto.

El mecanismo reunía en un solo foro todas las fuentes de ingreso, coordinó los esfuerzos de públicos y privados, democratizó en la medida de sus posibilidades la distribución de los biológicos y evitaba el uso político de estos; empero su desarrollo pleno fue truncado por las disputas retóricas entre los

gobiernos de los Estados Unidos y China y las amenazas del primero de dejar de financiar la organización a través de su retiro (Martínez, 2022; The Lancet, 2020). COVAX ha distribuido cerca de un billón de vacunas a febrero de 2022 en países de rentas medias y bajas (UNICEF, 2022), no obstante carece de la fortaleza institucional que en su diseño se presupone.

**La OMS junto a los organismos regionales en materia de salud sirven como parangón técnico, así como un punto de afluencia de la información sobre la prevención y el tratamiento de la enfermedad causada por el nuevo coronavirus.** Sin embargo, por la deficiencia de capacidad de coerción, y su devenir reciente, el sistema global de gobernanza en salud, por lo menos se encuentra en una etapa de severo descentramiento, y en el peor de los casos afronta una crisis traída por las conflictividades de sus miembros y la alza del negacionismo y la minimización del riesgo.

Si bien ha sido la OMS, como autoridad científica en salud, quien ha establecido los protocolos de actuación para la prevención y el tratamiento de la enfermedad; su efectividad depende del acatamiento que reciban. Si la ciencia es puesta en el estrado por los actores del estado, su efecto se diluye; pasando de recomendación técnicamente informada a opinión. Es esto lo que ha pasado en mayor o menor medida en los países estudiados.

<sup>9</sup> Traducción propia de Public Health Emergency of International Concern.



### 3.2. Sistema sanitario y respuesta a la pandemia en Brasil

Brasil cuenta con un sistema de salud robusto que ha enfrentado otras epidemias (Bahia et al., 2011), un programa nacional de vacunación que opera de manera bianual (Santos Domingues et al., 2019) y un sistema de redistribución sobre el cual se organizaron transferencias para proveer alivio financiero a las familias de bajos ingresos (Massard da Fonseca et al., 2021). La fortaleza institucional de Brasil deviene de procesos de largo aliento de descentralización y coordinación intergubernamental iniciado por la Constitución de 1988, misma que establece el federalismo tripartita entre federación, estados y municipios (Abrucio et al., 2021).

En términos formales, el sistema sanitario brasileño surge de la mencionada Constitución como un esfuerzo de provisión descentralizada de servicios sanitarios. Esta constitución otorga capacidad decisional y de implementación sobre salud, educación y seguridad social a los municipios, empero la responsabilidad de financiamiento es federal (Ramírez de la Cruz et al., 2020). En lo real, las municipalidades fiscalmente fuertes disponen de amplia infraestructura en salud<sup>10</sup>, mientras que más de la mitad de las municipalidades gastan cerca del 60% de su recaudación apenas en salarios de la burocracia local (Abrucio et al., 2020).

De forma paralela, existen dos agencias regulatorias; una Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) encargada de la supervisión de recursos en tanto producción y uso, así como el establecimiento de protocolos sanitarios (Souza Gleriano et al., 2020). La segunda es una Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS), órgano de referencia central en la coordinación multi-nivel de la respuesta ante la pandemia (Souza Gleriano et al., 2020). Esta segunda llegó a recomendar la integración en el SUS de los recursos públicos y privados, empero para este estudio se echa mano de lo público en primera instancia.

Por gracia de dicha fortaleza institucional que se encuentra a su vez respaldada por redes de relaciones intergubernamentales donde la responsabilidad sobre la salud pública se comparte (Abrucio et al., 2021; Ramírez de la Cruz et al., 2020), se esperaba que Brasil tuviese una respuesta ágil (Massard da Fonseca et al., 2021). No obstante, las fricciones entre el gobierno central y los subnacionales le han entorpecido.

Las mencionadas fricciones son consecuencia del negacionismo y tendencia a la confrontación que ha caracterizado a la administración de Jair Bolsonaro. El presidente brasileño ha negado la existencia del virus, lo ha comparado con una infección menor de gripe y ha confrontado las agendas de Salud Pública y Desarrollo Económico (Bar-

---

<sup>10</sup> A la vez que se puede permitir corresponder a un segundo nivel de obligaciones como el Desarrollo Urbano, la Política Ambiental y la procuración de los Derechos Humanos.

beria & Gómez, 2020). Alude que el distanciamiento social y aislamiento son peligros para la economía ya que “Brasil necesita trabajar”, culpando a los gobernadores y alcaldes de las posibles consecuencias económicas de las medidas preventivas.

A la vez, el gobierno federal ha emprendido una agenda de devolución de facultades hacia los estados bajo el slogan de “*más Brasil, menos Brasilia*”. Se tiene por cierto que las intenciones de la devolución no son de descentralización per se, sino que tienen por objetivo velado la disminución de participación federal en asistencia financiera y gestión, reduciendo la responsabilidad federal de asistencia a los gobiernos subnacionales y municipales a la vez que transfiriendo los costos políticos (Abrucio et al., 2021). Esta campaña ha causado desigualdad financiera y técnica entre los gobiernos estatales y municipales que agravan la situación pandémica en las regiones con menores rentas.

El Sistema Único de Salud (SUS) se ocupa de la previsión y atención médica del 75 por ciento de los brasileños. El resto refiere sistemas privados de seguro médico aunque acuden al SUS para tratamientos y servicios que no se consideren por sus pólizas (Masard da Fonseca et al., 2021). **El sistema es producto de la descentralización donde los municipios son encargados de la salud preventiva y provisión de atención primaria.** Corresponde a los estados la provisión de servicios hospitalarios más avanzados como la terapia intensiva. Mientras, el gobierno

federal regula su operación a través de normas y su financiamiento a través de transferencias (Abrucio et al., 2021). En el contexto de este sistema, las municipalidades y gobiernos estatales se han decantado por la construcción de hospitales y compra de material hospitalario aun burlando al gobierno central para ello (Andrade Alvarenga et al., 2020).

La capacidad hospitalaria de Brasil reporta 490, 397 camas para atención hospitalaria, de las cuales 270, 880 son camas generales y 34, 464 de atención intensiva. Es particularmente interesante que solamente 10 % de los 8, 139 establecimientos son hospitales grandes pues existen 5, 345 hospitales pequeños regionales (de Souza Noronha et al., 2020). Corresponde a los grandes hospitales el 42% de las camas y el restante 58% a los medianos y pequeños. La participación privada es más amplia en las urbes brasileñas, ocupando hasta 55% de la oferta, en las regiones rurales de Brasil llega a ser nula. La mayor densidad de camas se encuentra en el sur urbanizado de Brasil, mientras que los estados menos favorecidos son Amazonas y Amapá, en el norte selvático (de Souza Noronha et al., 2020).

El gobierno federal es también responsable por el Programa Nacional de Inmunización. Este ha estado ausente en el paisaje a saber que Jair Bolsonaro pospuso las negociaciones de compra de vacunas Pfizer por seis meses y prohibió temporalmente la compra de la vacuna CoronaVac desarrollada por el Instituto Butantan de Brasil y la Compañía

china Sinovac (Abrucio et al., 2021). La vacunación nacional comenzó meses después de haber iniciado en la capital por iniciativa del Gobernador João Doria. Cabe mencionar que tras la compra de vacunas por parte del gobierno federal, su aprovisionamiento se vio ralentizado como represalia en razón de la retórica anti-china empleada por el presidente (Abrucio et al., 2021).

La respuesta brasileña ante la pandemia ha sido caracterizada por el conflicto intra e intergubernamental. Ante los primeros casos óbitos, las estrategias del Ministerio de Salud y la Presidencia federal fueron disidentes, decantándose la presidencia por el mantenimiento de los negocios, mientras que los gobiernos nacionales aplicaron, de formas diferenciadas, cierres a actividades no esenciales (Abrucio et al., 2021). Este conflicto ha traído como consecuencia que la vacante de Ministro de Salud ha sido llevada por 4 personajes distintos a Enero de 2022, incluyendo al General de División Eduardo Pazuello (Abrucio et al., 2021; Massard da Fonseca et al., 2021). El conflicto se ha judicializado entre gobiernos subnacionales y el federal en múltiples ocasiones. El Tribunal Supremo ha fallado en favor de la acción estatal en cada ocasión, destacando una en favor del derecho de los estados a tomar medidas de prevención y atención, y otra obligando al Ministerio de Salud a rendir cuentas del total de fallecimientos y contagios (Abrucio et al., 2021).

El primer territorio en decretar el cierre de actividades no esenciales fue el estado de

Río de Janeiro, el 13 de marzo de 2020, seguido por São Paulo diez días más tarde (Rodrigues, 2020). La mayoría de los 27 estados brasileños replicaron las medidas, a lo cual la respuesta federal fue la organización de manifestaciones contra el aislamiento y declaraciones de culpabilidad sobre los gobernadores donde los blancos principales fueron aquellos de extracción política distinta de la del presidente (Abrucio et al., 2020).

El congreso brasileño, por su parte, aprobó medidas de subsidio económico a fin de facilitar la adopción y aceptación del aislamiento. En primer término se amplió el margen para participar del programa “Bolsa familia” de subsidios condicionados para familias de renta baja, pasando de incluir a quienes ganan menos de una cuarta parte del salario mínimo, a aquellos que obtienen la mitad del mencionado o menos (Bartholo et al., 2020; Massard da Fonseca et al., 2021). También se suspendieron las entregas de probatorios para su cobranza y la evaluación del desempeño municipal en su entrega. Sin embargo el programa padeció de disparidades geográficas, favoreciendo estados de rentas altas en el sur en comparación con los estados del Noreste, la región más empobrecida de Brasil (Abrucio et al., 2021).

### 3.3. Sistema sanitario y respuesta a la pandemia en México

México reporta ser el 5to país con más muertes a nivel global a enero de 2022 debido a la pandemia de la Covid-19 (OMS, 2022). La respuesta gubernamental ha sido profundamente criticada en razón de su campaña de comunicación social y el ambiente de polarización política presente en todos los niveles públicos causada por el personalismo presidencial (Mendoza Ruiz, 2022). Desde 2018, tras la llegada del Movimiento de Regeneración Nacional (MORENA) al gobierno federal, la administración pública ha atravesado un proceso de centralización y austeridad indiscriminada justificado en el combate a la corrupción. La retórica presidencial alude que la “capacidad moral” de Andrés Manuel López Obrador garantiza eficiencia y honestidad. Este proceso ha causado fricción política con los gobernadores, alcaldes y legisladores de oposición (Ramírez de la Cruz & Gómez Granados, 2021). Lo anterior solo se agrava en razón de la profunda dependencia fiscal de los subnacionales consecuencia de su reducida capacidad de recaudación.

En lo formal, el sistema mexicano de salud se fundamenta en un derecho vanagloriado como garantía constitucional, la realidad difiere. *El sistema de salud mexicano está atomizado horizontal y verticalmente, y coordinado contingentemente por el Consejo de Salubridad General* (Mendoza Ruiz, 2022). La mayoría de los estados cuentan con servicios de salud propios, existiendo incluso

multiplicidad de servicios diferenciados sectorialmente. En el nivel federal conviven varias instituciones de seguridad social de servicio condicionado a la condición de empleo. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuentan con las clientelas y capacidades técnicas más amplias (Ramírez de la Cruz & Gómez Granados, 2021).

Lo anterior es consecuencia de un sistema sanitario construido a lo largo de etapas alternas de descentralización y crecimiento de la capacidad instalada (Tamez González, 2021). El proceso de descentralización paradigmático corresponde a la década de los ochentas donde una reforma constitucional adiciona al artículo cuarto el derecho a la protección de la salud; una nueva Ley General de Salud; y una amplia serie de decretos presidenciales orientados a la ampliación de servicios a no asegurados en 14 estados que contaban con la solidez financiera para administrar sus propios sistemas sanitarios y de asistencia social (Cardona Jaramillo, 2007; Ornelas, 1998; Soberón-Acevedo & Martínez-Narváez, 1996). No obstante, la gradualidad del proceso ha causado sistemas descoordinados en los estados donde las Secretarías Estatales de Salud y las instituciones estatales de seguridad social tienen burocracias diferenciadas.

La red hospitalaria pública es manifiesto de las inequidades geográficas del país. 52% de la capacidad hospitalaria se concentra en los estados de México y Jalisco (Ramírez de la

Cruz & Gómez Granados, 2021). Un tercio de los hospitales de alta especialidad se encuentran en la Ciudad de México. Otros estados tienen capacidades limitadas consecuencia de poca recaudación y débiles capacidades burocráticas, destacan los estados pequeños y el sureste mexicano. La relación entre capacidad de atención y densidad poblacional es más favorable en la Ciudad de México; los estados menos favorecidos son Querétaro y Chiapas.

La capacidad hospitalaria de atención intensiva y ambulatoria aumentó gracias a la implementación del programa de reconversión hospitalaria. Este constó de 3 etapas, producto de la primera reunión del Consejo de Salubridad y propuesto por los gobernadores de los estados (Mendoza Ruiz, 2022). La primera supuso la suspensión de tratamientos no urgentes, y compra e instalación de ventiladores y concentradores de oxígeno. La segunda fue el traslado de pacientes a otras instalaciones para destinar los hospitales absolutamente al tratamiento de Covid-19. La tercera, basada en un convenio con la Asociación Nacional de Hospitales Privados y el Consorcio Mexicano de Hospitales A. C (Tamez González, 2021) implicó la disponibilidad de camas en hospitales privados para atención pública (Ramírez de la Cruz & Gómez Granados, 2021). No obstante, múltiples hospitales a lo largo del territorio declararon su saturación durante las etapas más críticas.

En paralelo, desde 2003 operó en México un servicio de seguro médico público de subro-

gaciones llamado “Seguro Popular” (Tetelboin Henrion et al., 2021). Bajo la alusión de carencia de calidad y “desfalco” de la hacienda pública, el servicio fue eliminado y sustituido por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) por conducto de una reforma promovida por el partido del presidente en 2019 (Tamez González, 2021). La emergencia sanitaria sorprendió al sistema sanitario en medio de este proceso. La compra y distribución de medicamentos se ha ralentizado gravemente en los 27 estados agregados al INSABI, dejando a miles de dolientes sin atención y provocando descontento generalizado (Ramírez de la Cruz & Gómez Granados, 2021). El INSABI, entre sus metas contempla la certificación de los prestadores de servicios subrogados, lo cual se contemplaba ya en los lineamientos del Seguro Popular. El aumento en certificaciones de prestarios es marginal (Cisneros Lujan & González Rojas, 2021).

Respecto a la inmunización, México cuenta con un Programa Nacional de Vacunación con primer antecedente en 1973 (Santos, 2002). Se estima que a 2020, el programa fue capaz de vacunar hasta 10 millones de personas en una semana. Sin embargo, este programa fue obviado por el gobierno federal, con posibles motivaciones electorales. En remplazo la vacunación se implementó a través del programa “correcaminos”, en primera instancia de manera unilateral (Ramírez de la Cruz & Gómez Granados, 2021) y posteriormente, en vista de un grave cuello de botella logística, en coordinación con los estados y municipios (Mendoza Ruiz, 2022).

Se ha vacunado a la población de manera escalonada según grupos etarios con dos excepciones gremiales, personal de salud del sector público y profesores, esto por determinación del Consejo de Salubridad (Ramírez de la Cruz & Gómez Granados, 2021).

Estas condiciones técnicas sanitarias se sumergen en el contexto de la administración López Obrador, apodada de “cuarta transformación”. En lo general se ha caracterizado por la lucha contra la corrupción como justificación para el adelgazamiento del gasto burocrático, la centralización, la intervención agresiva, y a veces reforma, en dependencias públicas descentralizadas y la creación de programas de transferencias directas condicionadas. En lo relativo a la pandemia, el gobierno federal ha negado o juzgado los efectos del virus; el presidente recomendó a la población “abrazarse”, “las estampas de santos” y “la buena moral”.

En el mismo tenor de comunicación social, el Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud se volvió el nodo central. En sustitución del Secretario de Salud, fue el mencionado quien compareció en la mayoría de las conferencias televisadas, de las cuales se realizaron hasta dos diarias, siendo la segunda especializada en el estado de la pandemia (Mendoza Ruiz, 2022). En estos espacios se produjeron mensajes mixtos y confusos sobre el uso de mascarillas quirúrgicas, el ritmo de vacunación y el estado de la crisis (Ramírez de la Cruz & Gómez Granados, 2021).

Respecto a los programas de subsidio, la incoordinación es extensiva a éstos también. El gobierno federal se decanta por políticas redistributivas en favor de grupos vulnerables, que constituyen el núcleo de su clientela electoral, así como créditos por 25 mil pesos para empresas que no despidieron personal ante la contingencia y mujeres trabajadoras. Trece gobiernos estatales implementaron 31 programas, 27 distributivos y cuatro de promoción comercial (Mendoza Ruiz, 2022). Nacional Financiera, una paraestatal de servicios financieros, establece dos programas, uno de empréstitos a PyMES en coordinación con 29 gobiernos estatales, y un segundo de créditos para troqueladoras industriales.

### **3.4. Sistema sanitario y respuesta a la pandemia en Perú**

Perú es el país con la mayor densidad de decesos en el mundo con 615.88 por cada 100 mil habitantes (OMS, 2022). Al igual que en los casos previos, las infecciones iniciales en el territorio peruano corresponden al foco urbano más grande, Lima en este caso (Maguiña Vargas, 2021). La pandemia se ha generalizado en el territorio peruano, con especial foco en el norte del país, menos serrano y más densamente poblado.

La respuesta ante la crisis pandémica se da en el contexto de un proceso de reformas, en primera instancia al sistema de salud y seguridad social, y en segundo término de descentralización de la administración pública. El primero data de 2009, mientras el



segundo deviene de una reforma de inicios de este siglo (Cáceres Cabana et al., 2021; Cetrangolo et al., 2013).

Perú cuenta con un modelo de 4 niveles de jurisdicción territorial jerárquica dentro de los cuales la administración subnacional es influenciada en diversa medida por la sociedad civil (Augusto Meléndez et al., 2017). Los oficiales subnacionales son electos en comicios ciudadanos desde 2002 y la descentralización de capacidades a los subnacionales ha acompañado este proceso para descontento y resistencia del gobierno central, el cual retiene las facultades de financiamiento. Consecuencia perversa de la descentralización de un estado históricamente central es la carencia subnacional de capacidades técnicas (Cáceres Cabana et al., 2021).

El Sistema Nacional de Salud de Perú data de 1978 y desde su creación es sujeto de péndulos de financiamiento entre la ampliación de los servicios públicos y el modelo de subrogación (Francisco Sánchez-Moreno, 2014). A la fecha es un sistema atomizado que ha aumentado el número de asegurados con incrementos marginales en las capacidades técnicas y materiales del sistema, ello es atribuible a carencias de compromiso político que derivan en pobre organización del financiamiento (Ponce de León, 2021). La responsabilidad de su administración y coordinación recae en el Ministerio de Salud nacional y las dependencias regionales en materia, quedando las segundas encargadas de la atención de primer nivel (Alcalde-Rabanal et al., 2011; Cetrangolo et al., 2013).

El servicio se segmenta entre los proveedores privados y un sistema público subdividido entre el Seguro Integral de Salud, financiado directamente por el Ministerio de Salud nacional, el Seguro Social (EsSalud), y la seguridad social de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú (Alcalde-Rabanal et al., 2011). El SIS queda encargado de atender a la población sin seguro laboral a cambio de cuotas de recuperación, atendiendo en locales de ambos el gobierno federal y los regionales (Cáceres Cabana et al., 2021; Cetrangolo et al., 2013). Mientras que el EsSalud funciona con una gama amplia de pólizas dependientes de la condición laboral (Alcalde-Rabanal et al., 2011; Cáceres Cabana et al., 2021). Los sistemas no se coordinan y cuentan con sistemas de compras, contratación, y cadenas de aprovisionamiento independientes (Cetrangolo et al., 2013).

El sistema reporta ser el penúltimo lugar en América Latina en disponibilidad de servicios per cápita, situación que tiene clivajes geográficos al interior del Perú. Los departamentos con mayores rentas acumulan la gran mayoría de las instalaciones médicas, aunque la proporción de instalaciones por cada 10 mil personas favorece a los departamentos menos poblados. La repartición geográfica de camas hospitalarias por cada 10 mil personas sigue un patrón similar aun cuando Lima y El Callao acumulan más del 30% de las camas hospitalarias. Se sabe que al comenzar la epidemia solo se contaba con 133 camas de atención intensiva; a febrero de 2021 llegaron a ser más de 2 mil, 6 por



cada 10 mil habitantes (Ponce de León, 2021). En regiones como Cusco y Cajamarca, Loreto y Puno esta estadística solo mejoró marginalmente.

La pandemia en el Perú data de marzo de 2020 (Ponce de León, 2021). La respuesta gubernamental nacional fue liderada por el ejército a través del “Comando Covid” por resolución del Ministerio de Salud. El objetivo del uso de fuerza pública fue la implementación forzada de restricciones a la movilidad y aislamiento, así como la distribución de implementos médicos (Cáceres Cabana et al., 2021). En las regiones se reprodujo el modelo a escala, generando confusión respecto a las atribuciones, la mayoría de las cuales permanecieron en la cartera del gobernador regional, en función de las capacidades de gasto; ello no siempre para mejoría de la respuesta.

## 4. Análisis de casos

La descoordinación entre niveles de gobierno fue un fenómeno casi generalizado. El gobierno nacional y los regionales decretaron medidas que los gobiernos locales no podían implementar, ya sea por las condiciones serranas de territorio y la consecuente dispersión poblacional, o por falta de capacidades materiales o burocráticas (Cá-

ceres Cabana et al., 2021). Las municipalidades peruanas rurales cuentan, en su mayoría, con organizaciones ciudadanas paralelas. Estas han ocupado vacíos de autoridad ante la ausencia o incapacidad de los alcaldes ante la ya comentada debilidad institucional de los gobiernos subnacionales ante la descentralización (Augusto Meléndez et al., 2017; Loayza et al., 2014). En función de estos dos factores la improvisación local ha sido la característica más común de la pandemia, sobre todo en las regiones rurales<sup>11</sup>.

La vacunación en Perú se ha dividido en tres etapas consecutivas; la primera corresponde al personal médico, la segunda a las personas de la tercera edad, y la tercera a la población en general mayor de 18 años (Escobar-Agreda et al., 2021). Al igual que la atención sanitaria, se ha dado de manera centrípeta, comenzando por la ciudad de Lima y demorándose en alcanzar las comunidades serranas y amazónicas (Escobar-Agreda et al., 2021). A enero de 2022 Perú reporta poco menos de 70% de la población vacunada con esquemas completos.

De lo expuesto entiéndase que los sistemas de salud muestreados y sus respuestas institucionales difieren entre sí. El sistema brasileño es uno descentralizado en cuanto a sus capacidades materiales y coordinado para su administración donde la prestación de

<sup>11</sup> Ejemplo de ello es que en Perú existe cuantiosa migración rural-urbana, que se ha revertido durante los primeros meses de la pandemia. No obstante, el Ministerio de Transporte nacional dispuso reducciones al tránsito, causando aglomeraciones en autobuses y estaciones, y obligando a los migrantes a volver a casa incluso a pie (Zapata et al., 2020). Las municipalidades optaron por establecer cuarentenas en nombre de la suspicacia de infección.

servicios es casi universal y depende de las capacidades de cada nivel administrativo. El sistema mexicano es uno atomizado cuyas jurisdicciones traslapan e intersectan entre sí empero financiado en su mayoría por el gobierno federal. El sistema peruano repite en la fragmentación a la vez que padece de saturación de asegurados y subfinanciamiento.

La respuesta brasileña y mexicana se han visto caracterizadas por la pseudociencia presidencial y la inacción en favor de empequeñecer el riesgo viral. En Perú la pandemia ha supuesto una nueva oportunidad de centralización de la agenda pública para perjuicio de los ya debilitados gobiernos locales. Tras bambalinas, los estados y municipios brasileños han optado por el engrosamiento de sus capacidades materiales de atención y han implementado distanciamiento social contra la negativa federal.

Las entidades federativas en México han hecho lo propio, a la vez que la capacidad hospitalaria mexicana se ha incrementado gracias al programa de reconversión hospitalaria aunque instalaciones específicas se han visto superadas en aforo. El sistema político mexicano en general atraviesa procesos de austeridad y centralización que vulneran las capacidades del sector público. El sistema peruano ha sido superado y reemplazado por iniciativas ciudadanas de atención médica. El gobierno central ha implementado medidas con poca consideración de las condicionantes locales, mismas que los subnacionales no han

podido implementar.

Los programas de vacunación de los tres países han respondido a agendas de priorización diversas, inclusive el de Brasil donde se ha priorizado la no vacunación en favor de la retórica negacionista. Si bien se acata en todos los casos la recomendación de la OMS de vacunar primero a aquella población más vulnerable en función de comorbilidades, esta agenda no siempre se ajusta a las necesidades económicas locales.

#### **4.1. Gobernanza desde lo local, conseguir insumos a como dé lugar**

Ante panoramas de descoordinación en el modelo monocéntrico de respuesta a la pandemia, el gobierno de Maranhão ha recibido apoyos e incentivos de la sociedad civil para la compra de concentradores de oxígeno del mercado chino ante la carencia de estos en las instalaciones del estado (Andrade Alvarenga et al., 2020). La compra se da ante desvíos en las rutas marítimas de importaciones de material médico internacionales (causadas por los Estados Unidos y Alemania), y nacionales (orquestradas por el gobierno nacional) (Andrade Alvarenga et al., 2020). Con donaciones del sector privado, el gobernador orquestó la compra emergente de más de 200 concentradores de oxígeno enviados vía Etiopía. El material fue descargado en São Paulo, empero declarado ante el órgano fiscalizador ya en el estado objetivo.

Ante esta situación, el gobierno federal judi-

cializa la problemática ante el Tribunal Supremo, solicitó la recolección del material y acción penal central el gobernador. No obstante, el tribunal resolvió en favor del gobierno subnacional en virtud de la situación de crisis, declarando también que procurar la vida y salud de la población es derecho y obligación de los estados (Abrucio et al., 2021; Andrade Alvarenga et al., 2020).

La negativa del gobierno federal brasileño a implementar una estrategia nacional de vacunación contra la Covid, aun cuando uno de los biológicos fue desarrollado en el Brasil, obligó a los subnacionales a tomar medidas de inmunización propias. El gobierno del estado de São Paulo puso en marcha un programa de vacunación con la vacuna desarrollada en conjunto por el Instituto Butantan, la Universidad Federal de São Paulo (UFSP) y la farmacéutica CanSino (Abrucio et al., 2021). A la fecha, la ciudad y el estado homónimos cuentan con las mayores tasa de esquemas de vacunación completos del país. El instituto mencionado se dedica a la investigación de biológicos de inmunización y se encuentra en el organigrama del Ministerio de Salud estatal, bajo la Coordinadora de Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos de Salud (Decreto no 64.518, 2019). El gobierno federal fomenta el conflicto respecto a comprar las vacunas, no obstante São Paulo se ha amparado bajo la misma decisión que Maranhão.

Para el caso neoleonés, Samuel García Sepúlveda (entonces gobernador electo) aparece como actor central de un programa

orientado a obtener vacunas para trabajadores de maquila neoleonés ante una agenda de vacunación estricta propuesta por el gobierno federal. Con el apoyo e incentivo de la Asociación de Maquiladoras de Reynosa (INDEX Reynosa), una primera caravana, integrada por 18 autobuses que transportaron a más de 800 trabajadores, partió con destino a Laredo. Se ha vacunado a los mencionados trabajadores en las instalaciones de los puentes fronterizos entre Tamaulipas y Texas a saber que Nuevo León no cuenta con cruces de gran capacidad. Los donantes han sido los condados de Laredo, McAllen e Hidalgo. El servicio de aduanas y patrullaje fronterizo de los Estados Unidos (U.S. Customs & Border Patrol) facilitó la logística de las sedes y los cruces momentáneos. El programa de vacunación transfronterizo se extendió a los hijos de los trabajadores después del 16 de septiembre de 2021, (Chio, 2021; Infobae, 2021a, 2021b, 2021c).

La municipalidad de Caravelí, perteneciente a la región de Arequipa en el Perú, presenta un caso más discreto. Ante la evidente descoordinación vertical en la respuesta ante la crisis, se han establecido organizaciones ciudadanas o se han aprovechado las existentes para afrontar la pandemia. Según datos de entrevista (Cáceres Cabana et al., 2021) confirmados informalmente vía redes sociales, en la comunidad de Caravelí ha sido una organización parroquial-vecinal quien ha censado a la población de alto riesgo, se ha encargado de la atención sanitaria y ha procurado la obtención de concentradores de oxígeno ante la virtual desaparición

ción de las autoridades locales. El único servicio médico disponible fue atención telefónica desde la capital regional implementado por la población, destacan enfermeras originarias de la municipalidad. Los concentradores fueron comprados con donaciones de la población local y de originarios que han emigrado; estos son administrados por la comunidad y se prestan en función de la necesidad.

El primer caso brasileño implica un modelo de gobernanza multinivel que, sin dejar de ser tipo I, incorporó actores no gubernamentales para el financiamiento de enseres hospitalarios altamente demandados y competidos en el mercado internacional. La compra se concretó con privados chinos, mientras que la ruta de importación debió modificarse para tener solo una escala en Etiopía y evitar que los gobiernos de Europa o América del Norte pudiesen confiscar las mercaderías y superar la oferta maranhense para retener el equipo. La compra de estos materiales implica un enroque respecto de los roles administrativos de los recursos donde Maranhão pasa de ser Solicitante Autorizado de los bienes federales a Dueño de los propios. El esquema de compra implementado, así como las donaciones necesarias para comprar han sido contingentes y no se han repetido. Al no existir antecedentes, las competencias y derechos de los actores gubernamentales se han tenido que definir por la vía judicial.

El caso paulistano no implica inversión privada local, empero cooperación técnica

científica entre dos entes descentralizados estatales y la iniciativa privada china. La carga fiscal ha recaído en el gobierno estatal, en la compra de los biológicos y en el financiamiento de las pruebas previas a través de la UFSP, así como la implementación del programa de vacunación que es operado plenamente por el estado. La administración de la vacunación es contingente, ante lo cual el gobierno estatal pasa de no tener rol alguno a ser el dueño del recurso. Las adquisiciones posteriores del gobierno federal se concertaron entre CanSino y el Ministerio de Salud.

El caso mexicano incorpora una particularidad. Existe un actor de la sociedad civil, INDEX Reynosa, y un actor que momentáneamente cuenta con calidad de político y ciudadano a la vez; el gobernador electo de la entidad. García Sepúlveda fomenta el acuerdo previo a ser encargado de la administración pública del estado de Nuevo León. Al norte de la frontera los socios han sido más de tres condados texanos cuyo interés aparente es la reactivación de las maquilas mexicanas de la frontera, así como la prevención del contagio a través de la frontera. Ante la necesidad de prevenir más decesos en el estado que habría de gobernar en breve, el acuerdo transfronterizo migra a la población de un sistema de recursos a otro sin transformar su rol de Usuario Autorizado, empero reduce la incertidumbre sobre un sector poblacional específico en función de intereses sanitarios y económicos.

El caso peruano difiere de los previos en

cuanto a nivel pues surge desde lo vecinal y carece de verdadera proyección internacional más allá del apego a las normativas de la OMS, ante lo cual la cualidad de multinivel es cuestionable. A través de la organización parroquial, los caravileños se vuelven Propietarios y Usuarios de concentradores de oxígeno, aunque el rol de Dueño recae en la comunidad. Esto como reemplazo de un esquema donde no tenían acceso a ningún recurso. El alcance territorial y técnico del actor social organizado es reducido y se limita al interior ciudad capital de San Pedro Caravelí, consecuentemente se considera un caso de gobernanza donde el diseño formal es de tipo I, empero la respuesta ciudadana asemeja más la multi jurisdiccionalidad del tipo II. Vale resaltar que ante la situación de crisis, este arreglo ciudadano ad hoc ha sido el único paliativo local ante la letalidad de la enfermedad causada por el virus si bien no resuelve la incertidumbre de la inacción gubernamental.

Es visible que las preferencias sobre qué parte de política pública corresponde a cada actor son difusas durante la etapa crítica. Es evidente el imperativo de inmunizar y atender; empero las obligaciones específicas han sido negociadas alrededor de las arquitecturas formales de los sistemas de salud. **Las nuevas interacciones descritas son claramente intempestivas o con antecedentes breves, no se esperaría más proyección que superar la etapa contingencial y no existe evidencia alguna de institucionalización de los mecanismos descritos. Los liderazgos nacionales han ocupado el foco de las**

**narrativas; en los casos presentados para perjuicio de la atención de la crisis.** Los resultados internacionales aún son exógenos en gran medida. La aparición y expansión de nuevas variantes a través de fronteras nacionales comprueba la condición global de la pandemia, de interdependencia entre los estados nacionales y de urgente de la respuesta institucionalmente coordinada.

## 5. Consideraciones finales

Brasil, México y Perú son sistemas políticos distintos con subsistemas sanitarios distintos. Han atravesado, y actualmente atraviesan, diversas etapas del péndulo centralización-descentralización. No obstante, instancias subnacionales y ciudadanas han tomado medidas similares para afrontar la crisis pandémica, mismas que no solo pueden ser categorizadas de gobernanza multinivel, sino que implican una migración entre sistemas de gobernanza.

La situación de crisis ha obligado respuestas contingentes que pueden considerarse improvisaciones en la mayoría de los casos ante la escasa preparación estatal contra la posibilidad de crisis, en este caso por una amenaza viral. En los casos presentados los actores se han percibido como obligados a escalar en cuanto a derechos de propiedad sobre los insumos mencionados creando nuevos esquemas para administrar recursos o mudándose a otros donde cuenten con más derechos.

El caso de Nuevo León obliga a considerar la cercanía geográfica y económica con el vecino Texas como condiciones previas que facilitan el acuerdo mencionado. El caso peruano tiene por fundamento la solidez comunitaria típica de las regiones serranas del país, así como la debilidad institucional de los gobiernos subnacionales. Los casos brasileños dependen de la liquidez política del partido de los trabajadores en el noreste brasileño para el caso de Maranhão y las amplias capacidades burocráticas y fiscales del otrora capitalino São Paulo. En breve, entiéndase que los sistemas subnacionales no comparten características sistémicas endógenas o exógenas que justifiquen sus respuestas contingentes similares ante la pandemia. Los casos emergentes de gobernanza multinivel no son similares entre sí, sino que consienten las condiciones locales y echan mano de los recursos y relaciones previos a la pandemia.

Si bien los sistemas y las respuestas institucionales son diversos, **los factores comunes entre estas son: la descoordinación intergubernamental, la debilidad fiscal de los órdenes subnacionales de gobierno y los sistemas descentralizados de salud y la intención de aprovechar la situación de crisis a fin de obtener rendimientos políticos electorales, acreditados triunfos y delegando culpables.** En México y Perú, la centralización de la respuesta institucional ha sido la estrategia aún a pesar de los elevados costos en tiempo y coordinación que ello implica, esto con intención de cobrar los réditos electorales. En Brasil la devolución

agresiva ha permitido al gobierno federal librarse del costo político, a la vez que ha sido beneficiado por medidas tomadas por el legislativo federal sobre políticas redistributivas como *bolsa familia*, aun cuando en las palabras se opone a la implementación.

Resulta revelador que estudios distintos sobre regiones distintas encuentren resultados similares, y esto ocurre al comparar los resultados del presente con otros estudios orientados a comparar la respuesta en federaciones del norte global (Hegele & Schnabel, 2021). **De la rápida comparación se encuentra que la falta de coordinación intergubernamental y la intención unilateral de las medidas (aplicable a los tres casos, aunque en diversas manifestaciones) genera conflictividad entre niveles de gobierno empero ofrece uniformidad en las medidas, uniformidad que puede ser perversa en razón de no considerar externalidades específicas de ciertas geografías.** Esto se vuelve problemático cuando dichas medidas uniformes contravienen intereses locales, cuando las medidas son ineficientes, o bien demasiado costosas en tiempo, insumos, relaciones, o valor político.

La respuesta a la pandemia es un acto de equilibrismo entre la prevención del contagio, la procuración del desarrollo y la prevención de la crisis económica. La acción de actores diferentes de los gobiernos centrales motivada por la condición crítica traída por la pandemia supone la intervención de agendas e intereses diferentes de las de los gobiernos centrales. En estos casos específi-



cos, ha supuesto órdenes alternativas para la atención sanitaria en geografías otras de la nacional, abonando a uno u otro lado de la barra en equilibrio. El enfoque específico en los insumos de este estudio permite estudiar las respuestas en condiciones de carencia, que son contingentes y de vulnerabilidad institucional del sector sanitario, las cuales son sistémicas.

También como sistémico debe tenerse la ya demasiado mencionada interdependencia/globalización, en razón de que *la pandemia alcanza sus proporciones actuales por consecuencia de la disolución de las fronteras y distancias geográficas*. Al mismo tiempo, las soluciones contingentes aquí expuestas son aprovechamientos intencionales de esta. A la vez se confirma la ausencia de precauciones ante una crisis de este tipo en todos los niveles, incluido el internacional, aumentando la incertidumbre y agravando la amenaza sobre la vida de la población.

No ha de tenerse a la proyección internacional desde lo local como la medicina contra todos los males, empero como consecuencia y alternativa a agendas propuestas por el gobierno central cuyas prioridades difieren de las prioridades locales. Nótese también del presente y de la bibliografía sobre la contingencia por el SARS-CoV- 2 que **los grandes ausentes son las legislaturas locales y nacionales**, con el déficit democrático que ello implica. No obstante, el presidencialismo no es un fenómeno novedoso en América Latina.

Si bien el aumento en la producción de vacunas e insumos hospitalarios de atención intensiva irá en aumento hacia la satisfacción de la demanda, a la vez que esta tiende a ser menor conforme los contagios descenden; la crisis de los sistemas sanitarios perdurará como fenómeno en sí, empero también como síntoma de padecimientos gubernamentales previos y otros nuevos atraídos por retórica anti científica. Estudios futuros deberán enfocarse en conocer el impacto del anticientificismo en las respuestas sanitarias alrededor del mundo, en diagnosticar las problemáticas de los sistemas de salud desenmascaradas por la crisis, en profundizar el sendero teórico novedoso sobre crisis política en todas las categorías que propone dentro y fuera del paradigma pandémico, y en ampliar el repertorio de transiciones entre sistemas de gobernanza que trascienden el jerarquismo intergubernamental a fin de resolver problemas públicos.





**Joel Mendoza Gómez**

---

Licenciado en Relaciones Internacionales (en proceso de titulación) por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

E-mail: *mendozagjoel4@gmail.com*

## Referencias bibliográficas

---

- Abrucio, F. L., Grin, E., Franzese, C., Ianni Segatto, C., & Gonçalves Couto, C. (2020). Combating COVID-19 under Bolsonaro 's federalism: a case of intergovernmental incoordination. *BRAZILIAN JOURNAL OF PUBLIC ADMINISTRATION* | Rio de Janeiro, 54(4). <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354x>
- Abrucio, F. L., Grin, E., & Lanni Segatto, C. (2021). Brazilian federalism in the pandemic. En B. G. Peters, E. Grin, & L. F. Abrucio (Eds.), *American Federal Systems and Covid-19* (first, pp. 63–88). Emerald Publishing Limited.
- Aguilar Villanueva, L. (2006). *Gobernanza y gestión pública*. Fondo de Cultura Económica.
- Alcalde-Rabanal, J. E., Lazo-González, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*, 53, 243–254.
- Alvarenga, A. A., Sampaio Rocha, E. M., Filippon, J., & Carvalho Andrade, M. A. (2020). Challenges for the brazilian state from the COVID-19 pandemic: The case of paradiplomacy in the state of maranhão. *Cadernos de Saude Publica*, 36(12). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155720>
- Alvarez León, L. F. (2016). Property regimes and the commodification of geographic information: An examination of Google Street View. *Big Data and Society*, 3(2). <https://doi.org/10.1177/2053951716637885>
- Alvarez León, L. F. (2017). Researching the Property Regimes of Digital Information. *Researching the Property Regimes of Digital Information*. <https://doi.org/10.4135/9781526450227>
- Andrade Alvarenga, A., Maria Sampaio Rocha, E., Filippon, J., Angélica Carvalho Andrade, M., & M S Rocha, C. E. (2020). Desafios do Estado brasileiro diante da pandemia de COVID-19: o caso da paradiplomacia maranhense. *Cadernos de Saude Publica*, 36(12). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155720>
- Arretche, M. (1999). Políticas Sociais No Brasil: Descentralização Em Um Estado Federativo. *Revista Brasileira De Ciências Sociais*, 14(40), 111–141. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/s0102-69091999000200009>
- Decreto no 64.518, DECRETO No 64.518 (2019). <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2019/decreto-64518-10.10.2019.html>

- Augusto Meléndez, M. C., Dargent Bocanegra, E., & Rousseau, S. (2017). Más allá de la capacidad estatal: sociedad civil e implementación de políticas a nivel subnacional en Cusco y San Martín (Perú). *Colombia Internacional*, 90, 99–125. <https://doi.org/10.7440/COLOMBIAINT90.2017.04/FORMAT/EPUB>
- Bache, I., & Flinders, M. (2004). *Multi-level Governance*. Oxford University Press.
- Bahia, L., Travassos, C., Almeida, C., Macinko, J., & Paim, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet, Health in Brazil*(1). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- Barberia, L. G., & Gómez, E. J. (2020). Political and institutional perils of Brazil's COVID-19 crisis. *The Lancet*, 396(10248), 367–368. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31681-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31681-0)
- Bartholo, L., Barreto de Paiva, A., Natalino, M., Licio, E. C., & Brito Pinheiro, M. (2020). AS TRANSFERÊNCIAS MONETÁRIAS FEDERAIS DE CARÁTER ASSISTENCIAL EM RESPOSTA À COVID-19: MUDANÇAS E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO (Núm. 72). [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10042/1/NT\\_72\\_Disoc\\_As Transferencias Monetárias Federais.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10042/1/NT_72_Disoc_As%20Transferencias%20MonetariasFederais.pdf)
- Brancoli, F. (2021, agosto 16). COVID-19 vaccination in Brazil: Between the role of subnational actors and immunisation inequality. *Observer Research Foundation Online*. <https://www.orfonline.org/expert-speak/covid-19-vaccination-in-brazil/>
- Bulkeley, H., Davies, A., Evans, B., Gibbs, D., Kern, K., & Theobald, K. (2003). Environmental governance and transnational municipal networks in Europe. *Journal of Environmental Policy and Planning*, 5, 235–254.
- Bursens, P. (2020). FEDERALISM AND THE COVID-19 CRISIS: REFLECTIONS ON COMPETENCES, ACTORS AND PARTY POLITICS IN BELGIUM. *Cuadernos Manuel Giménez Abad*, 19, 211–222. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6004811>
- Cáceres Cabana, Y. D., Malone, A., Zeballos, E. Z., Huamani Huaranca, N. O., Tinta, M. T., Gonzales Beltrán, S. A., Arosquipa, A. A., & Pinedo, D. (2021). Pandemic response in rural Peru: Multi-scale institutional analysis of the COVID-19 crisis. *Applied Geography*, 134. <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2021.102519>
- Carceller-Sauras, E., & Theesfeld, I. (2021). The Food-as-a-Commons Discourse: Analyzing the Journey to Policy Impact. *International Journal of the Commons*, 15(1), 368. <https://doi.org/10.5334/IJC.1100/METRICS/>
- Cardona Jaramillo, M. C. (2007). La descentralización de la salud en México: avances y

retrocesos. *Gerencia y Salud*, 6(13), 85–111.

Cardozo Fernandes, F. (2020). LA ACCIÓN DE LOS NUEVOS ACTORES INTERNACIONALES Y LA PANDEMIA DEL COVID-19: reflejos en el derecho ambiental internacional. *CADERNOS ELETRÔNICOS DIREITO INTERNACIONAL SEM FRONTEIRAS*, 2(2), 1–25. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4309794>

Cash, D. W., Adger, W. N., Berkes, F., Garden, P., Lebel, L., Olsson, P., Pritchard, L., & Young, O. (2006). Scale and Cross-Scale Dynamics: Governance and Information in a Multilevel World. *Ecology and Society*, 11(2). <https://doi.org/10.5751/ES-01759-110208>

Castañeda, G. S. (2020). Vulnerabilidad diferencial de los Estados mexicanos frente al COVID-19. *Posición*, 3. [www.posicionrevista.wixsite.com/inigeo](http://www.posicionrevista.wixsite.com/inigeo)

Cerrillo i Martínez, A. (2005). La Gobernanza Hoy: Una Introducción. En A. Cerrillo i Martínez (Ed.), *La gobernanza hoy: 10 textos de referencia*. INAP, Ministerio de Administraciones Públicas.

Cetrangolo, O., Bertranou, F., & Casalí, P. (2013). El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. <https://www.researchgate.net/publication/270578865>

Chio, Y. (2021). Gobernador electo de NL encabeza programa de vacunación transfronterizo. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/08/18/estados/gobernador-electo-de-nl-encabeza-programa-de-vacunacion-transfronterizo/>

Cisneros Lujan, A. I., & González Rojas, A. (2021). Covid-19 en México: La calidad de la atención en salud, un desafío para afrontar la pandemia. En C. Tetelboin Henrion, D. Iturrieta Henríquez, & S.-L. Clara (Eds.), *América Latina; Sociedad, Política y Salud en tiempos de pandemias2* (pp. 269–290). CLACSO.

Claudio A. Méndez. (2021). : THE POLITICS OF THE COVID-19 PANDEMIC RESPONSE IN CHILE. En Scott L. Greer, Elizabeth J. King, Elize Massard da Fonseca, & André Peralta Santos (Eds.), *Coronavirus Politics*. <https://www.jstor.org/stable/pdf/10.3998/m.pub.11927713.31.pdf?refreqid=excelsior%3A849a8c0ee651f210c1c1f5c9a6b7a0ac>

Colfer, B. (2020). Public policy responses to COVID-19 in Europe. *European Policy Analysis*, 6(2), 126–137. <https://doi.org/10.1002/epa2.1097>

- Daniell, K. A., & Adrian, K. (2017). Multi-level Governance 1 Multi-level Governance: An Introduction. En MULTI-LEVEL GOVERNANCE CONCEPTUAL CHALLENGES AND CASE STUDIES FROM AUSTRALIA (pp. 3–32). The Australia and New Zealand School of Governance ment .  
<https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/30869/641503.pdf?sequence=1#page=19>
- de Jong, M., & Ho, A. T. (2021). Emerging fiscal health and governance concerns resulting from COVID-19 challenges. *Journal of Public Budgeting, Accounting and Financial Management*, 29(6), 1–11. <https://doi.org/10.1108/JPBAFM-07-2020-0137>
- de Souza Noronha, K. V., Ramalho Guedes, G., Maldonado Turra, C., Viegas Andrade, M., Botega, L., Nogueira, D., Almeida Calazans, J., Carvalho, L., Servo, L., & Félix Ferreira, M. (2020). Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cadernos de Saude Pública*, 36(6). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>
- Duckett, S. (2020). Governance lessons from COVID-19. *Australian Health Review*, 44(3), 335. [https://doi.org/10.1071/AHv44n3\\_ED1](https://doi.org/10.1071/AHv44n3_ED1)
- Enderlein, H., Wälti, S., & Zürn, M. (2010). *Handbook on Multi-level Governance*. Edward Elgar.
- Escobar-Agreda, S., Vargas Herrera, J., & Rojas-Mezarina, L. (2021). EVIDENCIAS PRELIMINARES SOBRE EL EFECTO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN EL PERÚ. *Boletín del Instituto Nacional de Salud*, 27(4), 35–39. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33681.76642>
- Francisco Sánchez-Moreno. (2014). EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL PERÚ. *Revista Peruana de Mecina y Expertos de Salud Pública*, 31(4), 474–753. [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rpmesp/v31n4/a21v31n4.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v31n4/a21v31n4.pdf)
- Ghebreyesus, T. A. (2021). Five steps to solving the vaccine inequity crisis. *PLOS Global Public Health*, 1(10), e0000032. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PGPH.0000032>
- Greer, S. L., King, E. J., Massard da Fonseca, E., & Peralta-Santos, A. (2021). *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*. University of Michigan Press.
- Hegele, Y., & Schnabel, J. (2021). Federalism and the management of the COVID-19 crisis: centralisation, decentralisation and (non-)coordination. <https://doi.org/10.1080/01402382.2021.1873529>, 44(5–6), 1052–1076.

<https://doi.org/10.1080/01402382.2021.1873529>

Hooghe, L., & Marks, G. (2003). Unraveling the Central State, but How? Types of Multi-level Governance. *American Political Science Review*, 97(2), 233–243. <https://doi.org/10.1017/S0003055403000649>

Infobae. (2021a, agosto 18). Samuel García inicia primera caravana de vacunación transfronteriza contra el COVID-19. Infobae. <https://www.infobae.com/america/mexico/2021/08/18/samuel-garcia-inicia-primera-caravana-de-vacunacion-transfronteriza-contra-el-covid-19/>

Infobae. (2021b, septiembre 15). Samuel García anunció una nueva ruta del programa Vacunación Transfronteriza contra el COVID-19 en Texas. Infobae. <https://www.infobae.com/america/mexico/2021/09/15/samuel-garcia-anuncio-una-nueva-ruta-del-programa-vacunacion-transfronteriza-contra-el-covid-19-en-texas/>

Infobae. (2021c, septiembre 16). Samuel García celebró vacunación de menores de entre 12 y 18 años de Nuevo León en Texas - Infobae. Infobae. <https://www.infobae.com/america/mexico/2021/09/16/samuel-garcia-celebro-vacunacion-de-menores-de-entre-12-y-18-anos-de-nl-en-texas/>

Jarman, H. (2021). STATE RESPONSES TO THE COVID-19 PANDEMIC: Governance, Surveillance, Coercion, and Social Policy. En S. L. Greer, E. J. King, E. Massard da Fonseca, & A. Peralta-Santos (Eds.), *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*. University of Michigan Press.

Kaasch, A. (2020). Revisiting “global impact” and global social governance while worrying about WHO and other global actors struggling with COVID-19. *Global Social Policy*, 20(3), 281–285. <https://doi.org/10.1177/1468018120956403>

Laurell, A. C. (2021). Prologo. En C. Tetelboin Henrion, D. Iturrieta Henríquez, & C. Schor-Landman (Eds.), *América Latina; Sociedad, Política y Salud en tiempos de pandemias*. CLACSO.

Lipsy, P. Y. (2020). Covid-19 and the politics of crisis. *International Organization*, July, 1–30. <https://doi.org/10.1017/S0020818320000375>

Loayza, N. V., Rigolini, J., & Calvo-González, O. (2014). *More Than You Can Handle: Decentrali-*

- Loayza, N. V., Rigolini, J., & Calvo-González, O. (2014). More Than You Can Handle: Decentralization and Spending Ability of Peruvian Municipalities. *Economics & Politics*, 26(1), 56–78. <https://doi.org/10.1111/ECPO.12026>
- Maguiña Vargas, C. (2021). Pandemia de la COVID-19 y su impacto en el sistema de salud peruano. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 5(3), 93–94. <https://doi.org/10.26722/RPMI.2020.53.180>
- Marks, G., & Hooghe, L. (2004). Contrasting visions of multi-level governance. En I. Bache & M. Flinders (Eds.), *Multi-level governance*. (pp. 15–30). Oxford University Press.
- Marks, Gary. (1993). Structural policy and multi-level governance in the EC. En A. Cafruny & G. Rosenthal (Eds.), *The state of the European Community 2: The Maastricht debates and beyond* (pp. 391–410). Lynne Rienner.
- Marks, Gary, & Hooghe, L. (2004). *Contrasting Visions of Multi-level Governance*. En *Multi-level Governance*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/0199259259.003.0002>
- Martínez, N. (2022). La producción y el flujo del conocimiento en la carrera internacional por las vacunas de COVID-19. *Foro Internacional*, 42(1), 47–102. <https://doi.org/10.24201/FI.V62I1.2879>
- Massard da Fonseca, E., Nattrass, N., Bolaffi Arantes, L., & Bastos, F. I. (2021). COVID-19 IN BRAZIL : Presidential Denialism and the Subnational Government ' s Response Book Title : Coronavirus Politics Book Subtitle : The Comparative Politics and Policy of COVID-19 27 COVID-19 in Brazil. En S. L. Greer, E. J. King, E. Massard da Fonseca, & A. Peralta-Santos (Eds.), *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*. University of Michigan Press.
- Mendoza Gómez, J. (2021). EL CASO DE LAS COMISIONES SONORA-ARIZONA Y ARIZONA-MÉXICO COMO ARENA INSTITUCIONAL PARA LA DIPLOMACIA MULTINIVEL DE 2015 A 201. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mendoza Ruiz, J. (2022). DUAS EXPERIÊNCIAS MEXICANAS DE RELAÇÕES |INTERGOVERNAMENTAIS: INFLUENZA A/H1N1 NA COMPETIÇÃO E COVID 19 NA CONTRAÇÃO. *Cadernos Gestão Publica e Cidadania*, A pandemia e o futuro do federalismo brasileiro. <https://doi.org/https://orcid.org/0000-0002-8741-5895>
- Mendoza Ruiz, J., & Mendoza Gómez, J. (2021). La gobernanza multinivel en México: el estado de nuestras aportaciones. *Espacios Públicos*.



- Navarrete Ulloa, C. A. (2017). Gobernanza como enfoque teórico para la comprensión de los problemas públicos metropolitanos. En Simposio Internacional: Gobierno urbano y perspectivas de las áreas urbanas.
- OMS. (2022, enero 8). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. COVID-19 Dashboard. <https://covid19.who.int/>
- Ornelas, C. (1998). La descentralización de los servicios de educación y de Salud en México. En La descentralización de la Educación y la Salud. CEPAL. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31149/S9800076\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31149/S9800076_es.pdf)
- Ostrom, E. (1990). Gouvernance des biens communs-Pour une nouvelle approche des ressources naturelles.
- Ostrom, E. (2003). How types of goods and property rights jointly affect collective action. *Journal of Theoretical Politics*, 15(3), 239–270. <https://doi.org/10.1177/0951692803015003002>
- Peci, A., Avellaneda, C. N., & Suzuki, K. (2021). Governmental responses to covid-19 pandemic. *Revista de Administracao Publica*, 55(1), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0034-761220210023>
- Pierre, J., & Peters, B. G. (2000). *Governance, politics, and the state*. Macmillan Press.
- Piraveenan, M., Sawleshwarkar, S., Walsh, M., Zablotska, I., Bhattacharyya, S., Hassan Farooqui, H., Bhatnagar, T., Karan, A., Murhekar, M., Zodpey, S., Mallikarjuna Rao, K. S., Pattison, P., Zomaya, A., & Perc, M. (2021). Optimal governance and implementation of vaccination programmes to contain the COVID-19 pandemic. <https://doi.org/10.1098/rstos.210429>
- Poirier, J., Saunders, C., & Kincaid, J. (2015). *Intergovernmental Relations in Federal Systems* (J. Kincaid (ed.)). Oxford University Press.
- Ponce de León, Z. (2021). Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/176598>
- Przeworski, A., & Teune, H. (1970). Chapter 2 - Research Designs. En *The Logic of Comparative Social Inquiry*. (pp. 31–46). <https://doi.org/10.2307/1958372>

- Ramírez de la Cruz, E. E., & Gómez Granados, D. P. (2021). Mexican Federalism in the Pandemic. En B. G. Peters, E. Grin, & L. F. Abrucio (Eds.), *2 American Federal Systems and Covid-19* (first, pp. 107–128). Emerald Publishing Limited.
- Ramírez de la Cruz, E. E., Grin, E. J., Sanabria-Pulido, P., Cravacuore, D., & Orellana, A. (2020). The Transaction Costs of Government Responses to the COVID-19 Emergency in Latin America. *Public Administration Review*, 80(4), 683–695. <https://doi.org/10.1111/PUAR.13259>
- Reiss, M., & Czypionka, T. (2021). THREE APPROACHES TO HANDLING THE COVID-19 CRISIS IN FEDERAL COUNTRIES: Germany, Austria and Switzerland. En S. L. Greer, E. J. King, E. Massard da Fonseca, & A. Peralta-Santos (Eds.), *Coronavirus Politics: The Comparative Politics and Policy of COVID-19*. University of Michigan Press.
- Rodrigues, A. (2020, marzo 18). Doria anuncia fechamento de shoppings e academias na Grande SP. *Folha de São Paulo*. <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/03/doria-determina-fechamento-de-shoppings-e-academias-na-grande-sp.shtml>
- Saito-Jensen, M. (2015). Theories and Methods for the Study of Multi-Level Environmental Governance. En *Theories and Methods for the Study of Multi-Level Environmental Governance*. <https://doi.org/10.17528/cifor/005541>
- Sanahuja, J. A. (2020). COVID-19: riesgo, pandemia y crisis de gobernanza global. En *Riesgos globales y multilateralismo: el impacto de la COVID-19* (pp. 27–54). CEIPAZ.
- Santos Domingues, C. M. A., Teixeira, A. M., & Deotti Carvalho, S. M. (2019). Estudio de Caso: La Política para la Introducción de Vacunas Nuevas en Brasil. Estudio de Caso: La Política para la Introducción de Vacunas Nuevas en Brasil. [https://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/dominguesteixeiracarvalhospa\\_rev7.31.18.pdf](https://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/dominguesteixeiracarvalhospa_rev7.31.18.pdf)
- Santos, J. I. (2002). El Programa Nacional de Vacunación: orgullo de México. *Revista de la Facultad de Medicina*, 45(3). <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no45-3/RFM45308.pdf>
- Schlager, E., & Ostrom, E. (1992). Property-rights regimes and natural resources: a conceptual analysis. *Land Economics*, 68(3), 249–262. <https://doi.org/10.2307/3146375>
- Soberón-Acevedo, G., & Martínez-Narváez, G. (1996). La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. *Salud Pública de México*, 38(5), 371–378. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5947/6754>

- Souza Gleriano, J., Richi Fabro, G. C., Borges Tomaz, W., Ferreira Goulart, B., & Dias Pedreschi Chaves, L. (2020). Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. *Escola Anna Nery*, 24(spe). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0188>
- Tamez González, S. (2021). El sistema de salud mexicano ante la pandemia de COVID-19. La articulación público-privada. En *2América Latina; Sociedad, Política y Salud en tiempos de pandemias* (primera, pp. 161–176). CLACSO.
- Taylor, A. L., & Habibi, R. (2020). The Collapse of Global Cooperation under the WHO International Health Regulations at the Outset of COVID-19: Sculpting the Future of Global Health Governance. *ASIL Insights*, 24(15). <https://www.researchgate.net/publication/341946747>
- Termeer, C. J. A. M., Dewulf, A., & van Lieshout, M. (2010). Disentangling scale approaches in governance research: Comparing monocentric, multilevel, and adaptive governance. *Ecology and Society*, 15(4). <https://doi.org/10.5751/ES-03798-150429>
- Tetelboin Henrion, C., Piña Ariza, M. del C., & Melo Hernández, K. (2021). México, la transformación del Sistema de Salud, la pandemia de COVID-19 y los trabajadores de la salud. En C. Tetelboin Henrion, D. Iturrieta Henríquez, & C. Schor-Landman (Eds.), *América Latina; Sociedad, Política y Salud en tiempos de pandemias* (primera, pp. 309–338). CLACSO.
- The Lancet. (2020). Global governance for COVID-19 vaccines. *The Lancet*, 395(10241), 1883. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31405-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31405-7)
- UNICEF. (2022, febrero 15). COVID-19 Vaccine Market Dashboard | UNICEF Supply Division. COVID-19 Vaccine Market Dashboard. <https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>
- Van Kersbergen, K., & Van Waarden, F. (2004). “Governance” as a bridge between disciplines: cross-disciplinary inspiration regarding shifts in governance and problems of governability, accountability and legitimacy. *European Journal of Political Research*, 43, 143–171.
- Wenham, C. (2021). What went wrong in the global governance of covid-19? En *The BMJ* (Vol. 372). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.n303>

Zapata, R., Santos, G., Estrada, M., Tovar, A., Atamain, Y., Chacón, K., Callapiña, G., Cárdenas, C., Carrillo, J., & Chávez, C. (2020, abril 26). La dura travesía de los más pobres: pandemia y desempleo expulsan a miles de migrantes | Ojo Público. Ojo Público. <https://ojo-publico.com/1786/desplazados-por-la-pandemia-la-travesia-de-los-mas-pobres>

Zhou, Y. R. (2021). Vaccine nationalism: contested relationships between COVID-19 and globalization. *Globalizations*. <https://doi.org/10.1080/14747731.2021.1963202>