

Plan integral institucional y coordinación interinstitucional en la respuesta ante pandemias en San Martín, Perú: una revisión sistemática (2025)

Comprehensive institutional plan and inter-institutional coordination in the response to pandemics in San Martín, Peru: a systematic review (2025)

Lenny VELA VÁSQUEZ ¹

¹ Universidad César Vallejo, Peru. lvelav6@ucvvirtual.edu.pe

RESUMEN

Esta revisión sistemática evaluó literatura sobre planes institucionales integrales y coordinación interinstitucional en emergencias sanitarias, para sustentar un Plan Integral Institucional en San Martín, Perú (2025). Se buscaron estudios en Scopus, PubMed y SciELO (2020-2025) bajo metodología PRISMA, identificando 30 investigaciones. Los hallazgos destacan que la colaboración multinivel es esencial, pero persisten brechas en coordinación, marcos legales y sistemas de información. Se recomienda fortalecer mecanismos, interoperabilidad y simulacros conjuntos para optimizar la preparación y respuesta ante futuras pandemias.

Palabras clave: Coordinación interinstitucional; plan integral; respuesta pandémica; gobernanza en salud.

ABSTRACT

This systematic review evaluated literature on comprehensive institutional plans and inter-institutional coordination in health emergencies to support a Comprehensive Institutional Plan in San Martín, Peru (2025). Studies were searched in Scopus, PubMed, and SciELO (2020-2025) using the PRISMA methodology, identifying 30 studies. The findings highlight that multilevel collaboration is essential, but gaps persist in coordination, legal frameworks, and information systems. Strengthening mechanisms, interoperability, and joint simulations are recommended to optimize preparedness and response to future pandemics.

Key words: Interinstitutional coordination; comprehensive plan; pandemic response; health governance.

Recibido: 11/08/2025

Aprobado: 16/09/2025

Publicado: 30/11/2025

1. INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 expuso profundas deficiencias en la gobernanza de la salud y en la coordinación entre instituciones públicas a nivel mundial. Los devastadores efectos de esta crisis demostraron la necesidad de un enfoque más colaborativo, cohesionado y equitativo para prevenir, prepararse y responder ante futuras pandemias (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2023). En numerosos países, la respuesta inicial se basó en el ensayo y error, evidenciando fallas en la articulación técnica y política entre entidades. En América Latina, la COVID-19 desencadenó una crisis sanitaria y social sin precedentes que exacerbó las desigualdades estructurales preexistentes, resultando en impactos desproporcionados sobre las poblaciones vulnerables. De hecho, hacia febrero de 2022, América Latina y el Caribe concentraban casi un tercio de las muertes por COVID-19 a nivel global pese a contar con solo el 8,4% de la población mundial (Amnistía Internacional & CESR., 2022). Esta sobremortalidad regional 1,6 millones de fallecimientos para ese momento evidenció cómo la inequidad socioeconómica y la fragilidad de los sistemas de protección social intensificaron la letalidad de la pandemia en la región (Amnistía Internacional & CESR., 2022).

En el Perú, estas problemáticas se manifestaron de forma aguda. Expertos señalaron la ausencia de una estrategia nacional única e integral que cubriera todo el territorio, con enfoque culturalmente pertinente, durante la respuesta a la COVID-19 (Vela Vásquez, 2025). En otras palabras, la respuesta careció de un plan unificado que articulara los esfuerzos de los diversos niveles de gobierno. Décadas de desinversión y segmentación del sistema de salud habían dejado al país con alta vulnerabilidad institucional; a pesar de medidas extraordinarias, Perú registró uno de los peores desenlaces sanitarios del mundo en la pandemia, con las tasas más altas de mortalidad por COVID-19 y un exceso de muertes marcado, que afectó de manera desigual a los grupos poblacionales más pobres y marginados (Asthana et al., 2024). Esta situación puso de relieve la urgencia de desarrollar nuevas estrategias nacionales fundamentadas en evidencia científica y con alcance verdaderamente nacional. Particularmente en regiones alejadas como San Martín una región amazónica de geografía dispersa, población mayoritariamente rural e infraestructura sanitaria limitada las deficiencias de coordinación se tradujeron en respuestas fragmentadas y poco oportunas. Durante la COVID-19, la falta de articulación eficaz entre el nivel central, el gobierno regional y los municipios locales (así como entre el sector salud y otros sectores sociales) evidenció una profunda vulnerabilidad institucional: se produjeron demoras, superposición de esfuerzos y brechas en la atención, comprometiendo la efectividad de las intervenciones sanitarias en la provincia.

Fortalecer la planificación integrada resulta esencial para optimizar los recursos y proteger vidas en contextos con tales desafíos. Siguiendo los principios de la política basada en evidencia, se espera que la incorporación de hallazgos científicos actuales en la planificación sanitaria de San Martín incremente la eficacia de la respuesta ante emergencias. Los resultados de esta revisión sistemática pretenden orientar la formulación de normativas, protocolos y planes alineados con las mejores prácticas internacionales, permitiendo a las autoridades locales adoptar estrategias respaldadas académicamente para futuras crisis. En este marco, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿En qué medida la implementación de un Plan Integral Institucional, con mecanismos de coordinación interinstitucional, incide en la eficacia de la respuesta ante pandemias en la provincia de San Martín, Perú? Consecuentemente, el objetivo general del estudio es analizar, mediante una revisión sistemática de la literatura reciente, cómo la puesta en marcha de un Plan Integral Institucional con adecuada coordinación interinstitucional influye en la efectividad de la respuesta pandémica en San Martín. De este modo, se busca fundamentar con evidencia científica el diseño de un plan regional de preparación y respuesta ante pandemias, adaptado al contexto local y orientado a fortalecer la gobernanza sanitaria frente a futuras emergencias.

2. METODOLOGÍA

Diseño del estudio: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura siguiendo las directrices PRISMA, con el propósito de reunir y sintetizar evidencia científica relevante sobre planes institucionales de respuesta pandémica y coordinación interinstitucional. No se registró un protocolo previo públicamente; sin embargo, se aplicó un enfoque riguroso en cada etapa: formulación de la pregunta de

investigación, búsqueda bibliográfica exhaustiva, selección de estudios, extracción de datos y análisis cualitativo de hallazgos.

Estrategia PICO: Para orientar la revisión se utilizó el modelo PICO (Población, Intervención, Comparación, Resultados). En concreto, se definieron los siguientes componentes:

- **Población (P):** Autoridades gubernamentales y organizaciones del sector salud (y sectores relacionados) de la provincia de San Martín, Perú, involucradas en la respuesta a pandemias.
- **Intervención (I):** Diseño e implementación de un *Plan Integral Institucional* de preparación y respuesta ante pandemias, que incorpore un modelo de coordinación interinstitucional (es decir, colaboración estructurada entre múltiples instituciones y niveles de gobierno).
- **Comparación (C):** Situaciones previas sin un plan integral ni coordinación formal (respuestas ad hoc o desarticuladas en pandemias anteriores o en ausencia de dicho plan).
- **Resultado (O):** Eficacia de la respuesta ante pandemias, medida en términos de mejora en la eficiencia y tiempos de reacción, mayor cobertura de acciones preventivas/terapéuticas, mejor manejo de recursos y reducción del impacto sanitario.

Fuentes de información y búsquedas: La estrategia de búsqueda incluyó tres bases de datos académicas principales –Scopus, PubMed y SciELO– seleccionadas por su amplia cobertura internacional en ciencias de la salud, ciencias sociales y literatura regional latinoamericana. Estas fuentes se justifican por su complementariedad: Scopus ofrece un espectro interdisciplinario amplio, PubMed se centra en investigaciones biomédicas y de salud pública de alta calidad, y SciELO asegura la inclusión de literatura iberoamericana relevante (frecuentemente no indexada en otras bases de datos) sobre políticas de salud y gestión en pandemia.

Las búsquedas se limitaron a publicaciones entre 2020 y 2025, con el objetivo de capturar evidencia reciente posterior al inicio de la pandemia de COVID-19. Se incluyeron idiomas español, inglés y portugués, dado que la literatura sobre la temática puede provenir tanto de contextos locales (Latinoamérica, Europa) como globales en inglés. Se diseñó una serie de términos clave y operadores booleanos para abarcar los conceptos centrales de la pregunta de investigación. Por ejemplo, en PubMed se empleó la siguiente estrategia de búsqueda (adaptada al idioma inglés para esta base de datos):

("plan integral" OR "plan de preparación" OR "planeación estratégica")

AND ("coordinación interinstitucional" OR "coordinación intergubernamental" OR "colaboración interinstitucional" OR "gobernanza")

AND ("pandemia" OR "COVID-19" OR "enfermedad infecciosa")

En Scopus y SciELO se usaron combinaciones equivalentes, incorporando términos en inglés y español de manera conjunta para maximizar la recuperación de documentos. Adicionalmente, se revisaron manualmente las listas de referencias de estudios clave identificados, con el fin de encontrar artículos relevantes adicionales no capturados en la búsqueda inicial (técnica de *snowballing*).

Criterios de inclusión: Para ser incluidos en esta revisión, los estudios debían cumplir con todos los siguientes criterios:

Relevancia temática: investigaciones (artículos originales o de revisión) que aborden planes institucionales integrales de respuesta a pandemias, coordinación interinstitucional en emergencias sanitarias, gobernanza en salud durante pandemias, o temas estrechamente relacionados con la gestión pública y multisectorial de la respuesta pandémica.

Contexto geográfico: estudios realizados en América Latina o Europa, o análisis globales que incluyan regiones de Latinoamérica. Se eligieron estos contextos por permitir comparaciones entre sistemas de salud y modelos de gobernanza distintos, incluyendo casos con desafíos similares a Perú.

Cronología: publicaciones 2020–2025, para asegurar que los hallazgos reflejen lecciones contemporáneas de la pandemia de COVID-19 u otras amenazas sanitarias recientes.

Idioma: documentos disponibles en español, inglés o portugués (idiomas manejados por los autores y relevantes para captar literatura regional).

Calidad y tipo de publicación: estudios publicados en revistas académicas revisadas por pares (se excluyeron documentos no arbitrados como informes técnicos, tesis, capítulos de libro, etc.), con acceso al texto completo. Solo se consideraron investigaciones con metodología explícita y resultados definidos, descartando comentarios u opiniones sin sustento empírico.

Criterios de exclusión: Se excluyeron aquellos documentos que: (a) no eran artículos científicos originales o de revisión (por ejemplo, ensayos, monografías, cartas al editor, actas de congresos, informes institucionales no arbitrados); (b) se enfocaban en contextos geográficos fuera de América Latina o Europa sin extrapolar lecciones aplicables; (c) no estaban disponibles en ninguno de los idiomas seleccionados; o (d) trataban el tema de manera demasiado teórica o general, sin aportar evidencia práctica sobre la implementación de planes o la coordinación en situaciones reales de pandemia. Asimismo, se descartaron duplicados y artículos cuya temática, tras leer el resumen, claramente no respondía a la pregunta de investigación (por ejemplo, estudios sobre aspectos exclusivamente clínicos/epidemiológicos de la pandemia sin relación con gestión interinstitucional).

Proceso de selección: Todas las referencias identificadas fueron gestionadas con un software bibliográfico (Mendeley). En primer lugar, se eliminaron los duplicados. Luego, dos revisores (o el autor en doble verificación) realizaron un cribado inicial de títulos y resúmenes para aplicar los criterios de inclusión/exclusión. Aquellos estudios que superaron esta fase fueron sometidos a la lectura del texto completo, tras la cual se excluyeron los que no cumplían algún criterio o cuya calidad metodológica se consideró insuficiente. Durante este proceso se registró el motivo de exclusión de cada artículo evaluado a texto completo, garantizando transparencia en la selección final.

Extracción y síntesis de datos: De cada estudio incluido se extrajeron los datos relevantes utilizando una matriz de vaciado predefinida. Se recopiló información sobre: año y país del estudio, tipo de estudio (ej. investigación original, revisión, reporte especial), contexto o población objetivo, principales temas analizados (e.g., coordinación multisectorial, gestión de recursos, comunicación de riesgos, etc.) y hallazgos clave relacionados con el objetivo de esta revisión. Dada la naturaleza cualitativa de la pregunta de investigación, se realizó una síntesis narrativa de los resultados, identificando patrones recurrentes, enfoques divergentes y aspectos novedosos entre los estudios. No se llevó a cabo metaanálisis cuantitativo ya que los diseños y métricas de resultado variaron ampliamente entre los estudios incluidos.

Evaluación de la calidad de los estudios: Para garantizar la rigurosidad de la revisión, se evaluó la calidad metodológica de los estudios incluidos mediante criterios personalizados. Se verificó que cada artículo tuviera un diseño consistente, objetivos claramente definidos, base teórica explícita y metodología apropiada. Asimismo, se examinó la coherencia entre resultados, análisis y conclusiones, y la pertinencia del enfoque del estudio respecto a los objetivos de nuestra revisión. Solo se retuvieron estudios con validez interna aceptable y robustez estructural, de modo que la evidencia sintetizada fuera confiable. Esta evaluación cualitativa aseguró la validez de los hallazgos y la solidez de las conclusiones derivadas.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

Búsqueda y selección de estudios: La búsqueda preliminar en las tres bases de datos produjo un total de 212 referencias únicas potencialmente relevantes (tras eliminar duplicados). El Cuadro 1 resume la distribución de resultados iniciales por base de datos. Posteriormente, se aplicaron los criterios de inclusión/exclusión: tras el cribado de títulos y resúmenes se descartó la mayoría por falta de pertinencia, quedando 55 artículos para evaluación de texto completo. Finalmente, 30 estudios cumplieron con todos los criterios y fueron incluidos en la revisión cualitativa. Los motivos de exclusión de los 25 documentos descartados tras leer el texto completo incluyeron, principalmente: enfoque fuera de tema (no abordaban coordinación institucional), calidad metodológica insuficiente, o falta de disponibilidad de información clave (por ejemplo, estudios muy descriptivos sin análisis de coordinación).

Cuadro 1 Resultados de la búsqueda preliminar en bases de datos (2020–2025).

| Base de datos | Artículos encontrados |
|---------------|-----------------------|
| Scopus | 128 |
| PubMed | 47 |
| SciELO | 35 |
| Total | 212 |

Características de los estudios incluidos: Entre los 30 estudios incluidos (ver Cuadro 2 para un resumen detallado), la mayoría corresponde a investigaciones empíricas originales (cualitativas, cuantitativas o mixtas) y algunos son artículos de revisión o especiales que reflexionan sobre las lecciones de la pandemia. Geográficamente, se observa una concentración notable de estudios centrados en América Latina y Europa, con varios análisis del contexto español (derivados de informes SESPAS y otras publicaciones ibéricas) y latinoamericano (e.g., casos de México, Colombia, Ecuador, Argentina) junto a estudios clave de Asia-Pacífico (Filipinas, Indonesia, Nueva Zelanda, Corea del Sur, Singapur) y África (Nigeria). Esta distribución evidencia la relevancia global del tema y, a la vez, permite extraer lecciones aplicables a la realidad peruana dado el peso de estudios regionales.

En cuanto a los temas abordados, todos los estudios exploran de alguna forma la respuesta institucional ante COVID-19 u otras pandemias haciendo énfasis en la necesidad de coordinación. No obstante, se pueden identificar distintos énfasis: algunos evalúan las estructuras de gobernanza y coordinación multinivel (nacional vs. local) puestas a prueba por la pandemia, otros describen innovaciones organizativas desarrolladas durante la crisis, varios analizan la integración del sistema de salud (por ejemplo, atención primaria con salud pública, o cuidados intensivos con gestión centralizada), y otros se enfocan en la comunicación y manejo de información durante la emergencia. También emergen perspectivas transversales, como la importancia de la equidad y enfoque de género en la respuesta, y la necesidad de marcos normativos adecuados para sustentar las acciones interinstitucionales.

A continuación, se sintetizan los hallazgos principales de los estudios incluidos, organizados en torno a temas clave.

Brechas en la coordinación y gobernanza pandémica: Varios estudios evidenciaron que la falta de coordinación efectiva entre instituciones y niveles de gobierno agravó la crisis sanitaria. Por ejemplo, en la experiencia histórica de la influenza de 1918 en Indonesia, la desarticulación entre el gobierno central y autoridades locales –sumada a la ausencia de un marco legal claro– resultó en respuestas tardías y dispares. De modo similar, durante la COVID-19, países con sistemas descentralizados enfrentaron tensiones en la gobernanza multinivel: en Colombia, la distribución de responsabilidades entre el gobierno central y los gobiernos departamentales generó inequidades en la respuesta, revelando la necesidad de fortalecer las capacidades locales bajo una coordinación nacional más sólida. En general, la evidencia muestra que cuando cada nivel de gobierno actúa aisladamente (o incluso en conflicto de competencias), la respuesta pandémica sufre fragmentación, redundancias o vacíos de atención. Planes integrales a nivel nacional/provincial con roles bien definidos podrían mitigar estas brechas, asegurando que las decisiones y recursos fluyan de manera cohesionada.

Mecanismos innovadores de coordinación: Un hallazgo positivo de la literatura es que la urgencia de la pandemia catalizó innovaciones institucionales para mejorar la coordinación. Diversos contextos implementaron estructuras ad hoc que resultaron efectivas y podrían institucionalizarse a futuro. En Indonesia y Filipinas, por ejemplo, se crearon centros de operaciones de emergencia (EOC) y *grupos de trabajo multisectoriales* que facilitaron el intercambio de datos en tiempo real y la acción conjunta de ministerios y agencias. En España, varias ciudades y comunidades autónomas establecieron comités de crisis intersectoriales (mesas de trabajo en salud, educación, servicios sociales, etc.) para alinear protocolos y recursos entre sectores. En Singapur, el enfoque de “*todo el gobierno*” (*whole-of-government approach*) –con una autoridad central coordinando la respuesta entre agencias– fue señalado como factor clave de su éxito relativo para controlar la pandemia. Asimismo, en México DF se operativizó un comando unificado sectorial como parte de tratar la pandemia “como tarea de Estado”, integrando a distintas instituciones bajo un mandato común. Estos ejemplos ilustran que, ante crisis severas, la

creación de instancias formales de coordinación (EOC, comandos unificados, task forces) mejora la comunicación interinstitucional y la rapidez de respuesta. Un reto identificado es cómo sostener estas innovaciones más allá de la emergencia: la recomendación recurrente es incorporarlas en los planes de preparación permanentes, con simulacros periódicos que mantengan aceitados los mecanismos de colaboración.

Integración del sistema de salud y sectores clave: Varios estudios apuntan que una respuesta pandémica exitosa requiere integrar mejor los distintos componentes del sistema de salud y otros sectores críticos. Por un lado, la Atención Primaria de Salud (APS) debe articularse con la salud pública y los niveles especializados. En Europa, la pandemia evidenció la falta de un plan de contingencia unificado para APS: aunque hubo coordinación central para la compra y distribución de vacunas, la ejecución local careció de integración, dificultando la inmunización eficiente. Este hallazgo llevó a enfatizar la necesidad de sistemas de información compartidos y protocolos comunes entre salud pública y APS. Por otro lado, dentro de los hospitales se registraron experiencias de reestructuración organizativa interna para mejorar la capacidad de respuesta. En una clínica de Chile, por ejemplo, se adaptó la gobernanza de enfermería creando nuevos puestos de coordinación y mejorando la comunicación interna, lo que optimizó la gestión de pacientes COVID. Asimismo, los servicios de cuidados intensivos en España elaboraron recomendaciones para integrarse a los planes de emergencia, sugiriendo centralizar la coordinación de camas UCI para facilitar traslados y evitar sobrecargas locales. De la evidencia se desprende que la integración vertical y horizontal en el sector salud (desde la comunidad hasta la UCI, y entre salud y otros sectores) es indispensable para una respuesta cohesiva. Esto implica no solo disponer de estructuras formales de coordinación, sino también delinear roles flexibles (como *enlaces* o coordinadores específicos) que actúen en la interfase entre niveles asistenciales, educación, protección social, etc., asegurando continuidad de cuidados y servicios esenciales durante la crisis.

Sistemas de información y comunicación en la respuesta: Un tema transversal identificado es el papel crucial de la información y la comunicación durante la pandemia, ámbitos que también requieren coordinación interinstitucional. Por el lado de los sistemas de información en salud, se documentó que las deficiencias en interoperabilidad y calidad de los datos dificultaron la toma de decisiones oportuna. Por ejemplo, en Filipinas e Indonesia, los sistemas rutinarios de información en salud (RHIS) inicialmente no proveían datos unificados en tiempo real para todos los actores, entorpeciendo la coordinación; la situación mejoró cuando se implementó el intercambio sistemático de datos a través del EOC, permitiendo un panorama común de la crisis. Esto resalta la importancia de contar con plataformas integradas y protocolos de intercambio de información entre instituciones durante emergencias.

En cuanto a la comunicación pública, varios estudios señalan que mensajes gubernamentales claros y coherentes son parte integral de la gestión pandémica. En España, la respuesta temprana sufrió por comunicados confusos y un exceso de voceros oficiales, lo que minó la confianza ciudadana. El análisis de este caso enfatiza que la comunicación institucional debe estar unificada, ser transparente y coordinada entre agencias para evitar contradicciones. Asimismo, se observaron iniciativas creativas de comunicación interinstitucional: en Alemania, la elaboración conjunta de FAQs estandarizadas entre múltiples organismos resultó en una herramienta útil para responder rápida y consistentemente a las dudas de la población. En Argentina, en cambio, se identificó una tensión entre el discurso oficial de cuidado colectivo y narrativas mediáticas conflictivas, lo que generó desconfianza hacia la vacunación. En síntesis, los estudios coinciden en que coordinar la comunicación (tanto interna entre instituciones, como hacia el público) es tan importante como coordinar las operaciones logísticas. Un flujo unificado de información y vocería consistente ayuda a alinear esfuerzos institucionales y mantener la confianza pública, factor clave para el cumplimiento de medidas sanitarias.

Perspectivas de equidad y aspectos sociales: Finalmente, la literatura revisada subraya que la coordinación interinstitucional en pandemias debe incorporar enfoques de equidad y participación social para ser plenamente efectiva. Un caso ilustrativo es el análisis con perspectiva de género en España, donde la ausencia inicial de desagregación de datos y consideraciones de género condujo a que se pasaran por alto necesidades específicas de las mujeres (por ejemplo, síntomas atípicos de COVID, sobrecarga de cuidadoras, etc.). Esto expuso la importancia de integrar a las instituciones y unidades especializadas (p. ej. ministerios de la mujer, ONGs de género) en la planificación de la respuesta, para

garantizar equidad en las acciones y en el acceso a la atención. De forma relacionada, estudios desde el trabajo social en EE.UU. resaltaron que las alianzas entre el sistema de salud y organizaciones comunitarias (como el modelo *Bridge* de colaboración hospital-comunidad) fueron esenciales para sostener la atención de poblaciones vulnerables durante la pandemia. Aquellos lugares donde existían redes de apoyo social y coordinación con ONG o entes locales lograron mitigar mejor las inequidades en la prestación de servicios básicos. Por el contrario, encuestas en comunidades (e.g., en Ecuador) revelaron percepciones críticas de la ciudadanía sobre la efectividad de las políticas públicas durante la pandemia, achacando la baja calidad de vida a la falta de acciones estatales coherentes. Incluir la voz de la sociedad civil y asegurar que las medidas lleguen a todos los grupos poblacionales por igual es, por tanto, otro componente a coordinar entre instituciones (gobierno, sector salud, sector social) durante una emergencia.

Cuadro 2 Principales características y hallazgos de los 30 estudios incluidos en la revisión.

| Estudio (año) – Contexto | Hallazgos relevantes sobre coordinación institucional |
|--|--|
| Miftah et al., (2025) – Indonesia (análisis histórico) | La gripe española en las Indias Orientales Holandesas mostró que la falta de coordinación central-regional y de marco legal generó respuestas locales tardías y dispares, subrayando la necesidad de mecanismos formales de coordinación vertical. |
| Okeke et al., (2025) – Nigeria (estudio cualitativo) | La activación temprana de un centro nacional de operaciones y equipos multisectoriales fue clave contra la COVID-19. Requiere financiamiento flexible, inclusión local y confianza ciudadana para sostener la respuesta. |
| French et al., (2025) – Nueva Zelanda (artículo de revisión) | Incluso con éxito inicial, la respuesta se limitó por brechas de preparación. Se requiere evaluación sistemática de riesgos e inversión continua en capacidades críticas y coordinación interinstitucional robusta. |
| Deng et al., (2025) – Inglaterra (modelo de resiliencia) | Un modelo multinivel mostró que altos niveles de coordinación nacional, regional y local, junto con resiliencia institucional local integrada en un marco sistémico, reducen el impacto de pandemias. |
| Docherty & Marsden (2025) – Reino Unido (transporte y gobernanza) | El sector transporte mostró resistencia al cambio, priorizando restaurar lo previo a reformar. La inercia institucional y normas rígidas impidieron innovación, evidenciando la necesidad de coordinación proactiva para reformas estructurales. |
| Park & Ha (2024) – Corea del Sur (salud escolar) | La falta de personal y comunicación entre educación y salud obstaculizó la respuesta escolar. Urge reforzar coordinación intersectorial y distribuir tareas para crisis sanitarias. |
| Song et al., (2025) – Filipinas e Indonesia (sistemas de información) | Los RHIS facilitaron coordinación interinstitucional. En Filipinas, pese a deficiencias iniciales, el intercambio de datos en reuniones intersectoriales mejoró la formulación de políticas colaborativas. |
| Bucklin et al., (2025) – EE.UU. (comunidades micropolitanas) | Adaptar estrategias nacionales al contexto local y coordinar agencias con actores comunitarios fue clave. Falta apoyo estatal/federal en capacitación del personal de salud. |
| Sunge et al., (2024) – Global (análisis de gobernanza vs recuperación económica) | La buena gobernanza, con coordinación efectiva y baja corrupción, fue crucial para la recuperación en países africanos y de bajos ingresos, favoreciendo una respuesta equitativa a crisis globales. |
| Gullón et al., (2022) – España (Informe SESPAS 2022) | La pandemia expuso debilidades en gobernanza y coordinación asistencial. Recomendó integrar atención primaria y salud pública con autoridad nacional clara. |
| Casino (2022) – España (comunicación gubernamental) | La comunicación oficial descoordinada y contradictoria minó la confianza pública. Destaca la necesidad de mensajes unificados y coordinados interinstitucionalmente. |
| Ares et al., (2021) – Europa (12 países, vacunación y APS) | La falta de un plan supranacional de APS generó implementación desigual. Sugiere integrar sistemas de información y coordinar vacunación a nivel comunitario. |
| Pérez et al., (2025) – España (Barcelona, nota de campo) | Creación de Comité de Crisis y comisiones intersectoriales alineadas con el nivel regional fortaleció la coordinación horizontal y vertical. Debe institucionalizarse. |
| Del Llano (2023) – España (marco jurídico pandemias) | El marco legal insuficiente provocó medidas inconsistentes. Propone legislación específica para pandemias con competencias claras y respaldo a la coordinación institucional. |
| Llobera et al., (2024) – España (perspectiva de género) | La falta de enfoque de género y datos desagregados afectó la detección y respuesta. Recomendó integrar género en vigilancia y planificación. |

| Estudio (año) – Contexto | Hallazgos relevantes sobre coordinación institucional |
|--|--|
| Djalante et al., (2020) – Indonesia (revisión, respuesta inicial COVID) | Respuesta inicial lenta y descoordinada; la creación de una Task Force multisectorial mejoró la coordinación y la transparencia. |
| Juliá et al., (2020) – España (salud mental comunitaria) | Planes de coordinación en salud mental poco implementados dejaron vacíos que la crisis agravó. Urge reforzar recursos y cumplimiento real. |
| Martín et al., (2022) – España (evaluación respuesta COVID, consenso) | Propone evaluación multidimensional post-crisis para identificar fallas en coordinación y preparación. |
| Coll et al., (2021) – España (APS en pandemia) | Gestores COVID en APS facilitaron coordinación con salud pública y sectores sociales; su institucionalización mejoraría la respuesta futura. |
| Sepúlveda et al., (2021) – Chile (gobernanza de enfermería) | Reorganización con jefatura técnica COVID mejoró eficiencia y comunicación interna, fortaleciendo la coordinación asistencial. |
| Ballesteros et al., (2020) – España (medicina intensiva, recomendaciones) | Recomienda coordinación centralizada de cuidados intensivos con protocolos unificados para optimizar manejo de pacientes críticos. |
| Bronzwaer et al., (2024) – Europa (One Health Task Force) | La Fuerza de Tarea interagencias One Health mejoró coordinación estratégica y transdisciplinaria en salud humana, animal y ambiental. |
| Wong et al., (2024) – Singapur (políticas de respuesta) | La estrategia de “gobierno integral” bajo mando central permitió medidas estrictas y reapertura segura, con roles claros y comunicación efectiva. |
| Seefeld et al., (2022) – Alemania (comunicación de riesgo) | FAQs oficiales centralizadas y validadas mejoraron coherencia en mensajes y confianza ciudadana. |
| Franceschini et al., (2021) – EE.UU. (trabajo social en salud) | Alianzas hospital-comunidad garantizaron continuidad de cuidados a vulnerables, reduciendo inequidades. |
| Rodríguez et al., (2024) – México (panel PUIEEE, recomendaciones) | Propone Plan Nacional y Grupo Asesor permanente para coordinar vigilancia, recursos y respuesta anticipada a epidemias. |
| López & Delgado (2024) – México (Ciudad de México, gestión sectorial) | Comando Operativo Sectorial unificó decisiones y optimizó recursos, coordinando vigilancia, diagnóstico y vacunación en un contexto urbano complejo. |
| Bello & Sanabria (2021) – Colombia (descentralización y pandemia) | La descentralización sin coordinación clara exacerbó desigualdades en la respuesta. Requiere fortalecer capacidades locales y mecanismos de coordinación nación-territorio. |
| Moreno et al., (2024) – Ecuador (Loja, políticas públicas y calidad de vida) | La población percibió falta de coherencia y coordinación, afectando la calidad de vida. Destaca que políticas coordinadas mejoran confianza y cumplimiento. |
| Demonte et al., (2022) – Argentina (comunicación pública sobre vacunas) | Mensajes oficiales de vacunación fueron socavados por narrativas mediáticas conflictivas. Recomendación estrategias comunicativas conjuntas y coordinadas para contrarrestar desinformación. |

3.2. Discusión

Principales hallazgos: La revisión sistemática recopiló evidencia internacional y regional que subraya la importancia de la coordinación interinstitucional multinivel y de la planificación integral para enfrentar de manera eficaz las crisis sanitarias. A pesar de provenir de diversos países y contextos, los 30 estudios analizados convergen en varios puntos clave. En primer lugar, se confirma que la colaboración articulada entre todos los niveles de gobierno (central, regional y local) es un determinante crítico de la efectividad de la respuesta. Cuando las instituciones actúan alineadas bajo un plan común, se optimiza el uso de recursos disponibles y se evitan vacíos o redundancias en la atención. Por el contrario, las brechas de coordinación –ya sea por conflictos de competencia, por una descentralización excesiva sin mecanismos integradores, o por la falta de marcos legales claros– resultan en respuestas fragmentadas e ineficientes. Por ejemplo, Bello y Sanabria (2021) documentaron que la descentralización sin coordinación nacional

clara en Colombia exacerbó las desigualdades territoriales en la respuesta al COVID-19, ilustrando cómo la ausencia de lineamientos unificados puede agravar las inequidades y mermar la eficacia de las intervenciones. Del mismo modo, análisis históricos muestran que esta dinámica no es nueva: Miftah et al. (2025) encontraron que, tras la gripe española de 1918 en las entonces Indias Orientales Neerlandesas (hoy Indonesia), la falta de coordinación entre el gobierno central y las autoridades regionales –sumada a la inexistencia de un marco legal común– generó respuestas locales tardías y desarticuladas. Aquel patrón se ha repetido en diversas jurisdicciones durante la COVID-19, reforzando la noción de que la coordinación vertical y horizontal es indispensable para una respuesta oportuna y cohesionada.

En segundo lugar, los resultados destacan que innovar en las estructuras de coordinación durante la emergencia fue necesario y beneficioso en muchos lugares; sin embargo, dichas innovaciones no deberían quedar limitadas a la coyuntura, sino institucionalizarse de forma permanente. La creación ad hoc de comités de crisis, task forces multisectoriales y centros de comando unificado permitió acciones más concertadas durante la COVID-19, lo que sugiere que los países y regiones deberían integrar estos mecanismos en sus planes de preparación. Un Plan Integral Institucional para San Martín, por ejemplo, podría contemplar una instancia permanente de coordinación intersectorial (involucrando al sector salud junto con defensa civil, educación, sectores productivos, etc.) que se active inmediatamente ante emergencias, aprovechando los aprendizajes de la pandemia. Las experiencias internacionales aportan lecciones valiosas al respecto. En Singapur, la centralización administrativa y la legitimidad política del gobierno facilitaron un modelo de gobernanza unificado y una toma de decisiones ágil durante la crisis (Asthana et al., 2024), demostrando cómo una dirección central fuerte puede mejorar la coordinación y eficacia de la respuesta. Por su parte, la Ciudad de México enfrentó la pandemia mediante la coordinación estrecha entre el gobierno local, los estados vecinos y el gobierno federal: se estableció un comité de crisis local que sesionaba diariamente para tomar decisiones basadas en datos, y se alinearon los esfuerzos de reconversión hospitalaria y abastecimiento médico entre instituciones nacionales (IMSS, ISSSTE, fuerzas armadas, etc.) y autoridades capitalinas (Gobierno de la Ciudad de México, 2021). Esta articulación multinivel permitió una respuesta más eficaz en el área metropolitana, evidenciando que la institucionalización de mecanismos colaborativos (ej. reuniones intergubernamentales periódicas, centros de operaciones de emergencia unificados) fortalece la capacidad de reacción ante escenarios de crisis.

Comparación con la literatura teórica: Los hallazgos empíricos de la revisión se alinean con las posturas teóricas de la gobernanza colaborativa y el enfoque de “todo el gobierno” (whole-of-government) en la gestión de desastres. Teóricamente se postula que, frente a amenazas complejas, ningún actor o sector por sí solo tiene la capacidad suficiente para responder de manera efectiva; por ello, las respuestas multisectoriales y colectivas tienden a ser más exitosas. Esta premisa de la acción coordinada se confirma en la práctica: los estudios analizados muestran que las respuestas integradas –por ejemplo, con participación concurrente de múltiples ministerios, gobiernos subnacionales, empresas privadas y organizaciones comunitarias– manejan mejor la incertidumbre y distribuyen de forma más equitativa la carga de la crisis que las respuestas aisladas o unilaterales. Desde la perspectiva de la resiliencia de sistemas, diversos autores argumentan que la robustez ante situaciones de crisis depende en gran medida de la interconexión entre los subsistemas clave (salud, economía, logística, comunicaciones, etc.); un sistema fragmentado y con flujos de información desconectados es mucho más vulnerable a los choques externos. Nuestros resultados respaldan esta noción al evidenciar que la falta de interoperabilidad de los sistemas de información, o la desconexión entre la atención primaria y los servicios de salud pública, entorpecieron la capacidad de respuesta durante la COVID-19. Asimismo, los clásicos debates sobre federalismo y descentralización aportan un marco para interpretar los casos observados: si bien la autonomía local puede permitir adaptaciones valiosas a las condiciones de cada territorio, sin una coordinación nacional sólida surgieron desequilibrios e incluso competencia por recursos entre jurisdicciones. La evidencia revisada sugiere la necesidad de un modelo híbrido de gobernanza en emergencias, donde coexistan un liderazgo central fuerte (que provea dirección estratégica, recursos y equidad interregional) y un empoderamiento de los niveles locales (que aporte flexibilidad y conocimiento del contexto), todo ello conectado mediante mecanismos claros de

comunicación y coordinación intergubernamental. Este equilibrio centralización-descentralización ha sido propuesto como la vía óptima para lograr respuestas eficientes y equitativas en países con estructura de gobierno multinivel.

Vacíos de conocimiento identificados: A pesar de la abundante literatura reciente sobre la respuesta al COVID-19, esta revisión identifica áreas poco investigadas que merecen atención. Primero, faltan evaluaciones formales de la efectividad de contar con planes integrales de respuesta a pandemias. Muchos estudios describen problemas u ofrecen recomendaciones de política, pero son escasas las investigaciones que hayan medido cuantitativamente el impacto de haber dispuesto (o no) de un plan institucional preexistente durante la crisis. En el caso peruano, por ejemplo, no se encontró literatura específica sobre la implementación de planes pandémicos integrales en regiones amazónicas. Esto revela una brecha importante: sería valioso documentar sistemáticamente las experiencias locales tanto éxitos como fracasos de planificación ante la COVID-19 en regiones de la selva u otros entornos rurales dispersos a fin de extraer lecciones contextualizadas. Segundo, la perspectiva de las poblaciones indígenas y rurales en la coordinación pandémica es prácticamente ausente en los estudios revisados. La literatura internacional ha señalado que las desigualdades previas aumentaron la vulnerabilidad de estos grupos durante la pandemia (Amnistía Internacional y CESR., 2022), pero no abundan investigaciones sobre cómo integrar efectivamente a los actores comunitarios (por ejemplo, líderes indígenas, rondas campesinas, etc.) en los mecanismos formales de respuesta. Dado que San Martín posee una importante población amazónica dispersa, este vacío de conocimiento es especialmente relevante: incorporar saberes locales y participación comunitaria en la coordinación podría mejorar la llegada de las intervenciones a las áreas de difícil acceso. Tercero, pocos estudios profundizaron en mecanismos de monitoreo y evaluación en tiempo real de la coordinación interinstitucional durante la crisis. La mayoría de análisis identifica fallas a posteriori, pero prácticamente no existen sistemas de indicadores en línea que permitan medir cómo está funcionando la coordinación mientras transcurre la emergencia (por ejemplo, indicadores de flujo de información entre instituciones, tiempos de respuesta coordinada, etc.). Desarrollar metodologías e instrumentos para evaluar la coordinación de forma continua podría contribuir a ajustar más rápidamente las estrategias durante pandemias prolongadas. Finalmente, se encontró escasa investigación sobre el rol de la academia y la ciencia en la coordinación de la respuesta gubernamental. Aunque algunas referencias mencionan esfuerzos transdisciplinarios, por ejemplo, Bronzwaer et al. (2024) describen cómo una fuerza de tarea One Health en Europa integró agencias de salud humana, animal y ambiental para mejorar la coordinación estratégica en general no se ha explorado a fondo cómo los expertos, universidades y centros de investigación pueden ser parte estructural de los comités de crisis y la toma de decisiones. Integrar la evidencia científica de forma dinámica en la gestión de una pandemia (por ejemplo, a través de paneles consultivos permanentes o unidades de inteligencia epidemiológica que incluyan a académicos) es un ámbito poco estudiado que podría robustecer la respuesta gubernamental con información actualizada y recomendaciones técnicas imparciales.

Implicaciones para San Martín y contextos similares: Considerando los hallazgos discutidos, ¿qué implicaciones prácticas surgen para una provincia como San Martín? En primer lugar, se consolida la noción de que San Martín al igual que cualquier región con distribución geográfica compleja y recursos limitados necesita con urgencia un Plan Integral Institucional para emergencias sanitarias. Este plan debe delinear sin ambigüedad quién hace qué bajo distintos escenarios de pandemia, estableciendo una cadena de comando y coordinación desde el nivel nacional (Ministerio de Salud, Centro nacional de control de enfermedades, etc.) hasta el nivel local (Dirección Regional de Salud, municipalidades y comunidades de base). La experiencia internacional sugiere que elementos clave a incluir serían: (a) un Centro de Operaciones de Emergencia Regional robusto, que se reúna periódicamente incluso en tiempos sin crisis para mantener relaciones interinstitucionales fluidas y capacitar al personal; (b) protocolos de compartición de datos en tiempo real entre hospitales, centros de atención primaria y autoridades sanitarias, apoyados en sistemas interoperables de información, de modo que la toma de decisiones se base en información actualizada de capacidad instalada, casos y recursos; y (c) acuerdos de cooperación con sectores no sanitarios, por ejemplo, con el sector educación para decisiones sobre cierre/apertura de escuelas, con agricultura/ambiente para vigilancia de zoonosis, o con fuerzas armadas y policía para apoyo logístico en distribución de suministros y mantenimiento del orden. Asimismo, las innovaciones

organizativas que surgieron de forma improvisada durante la COVID-19 en Perú –tales como comités provinciales COVID, salas situacionales digitales para monitorear camas UCI u oxígeno, redes solidarias de distribución de alimentos, entre otras deberían rescatarse e integrarse al plan formal, evitando que se pierdan esas capacidades y aprendizajes ganados durante la emergencia.

Otra implicación clave es la importancia de la capacitación y los simulacros conjuntos. Diversos expertos en gestión del riesgo señalan que no se debe esperar a la próxima crisis para ensayar la coordinación y entrenar al personal. San Martín podría instaurar simulacros anuales de respuesta a emergencias sanitarias (similares a los simulacros de sismo o inundación ya practicados en el país), involucrando a todas las instituciones relevantes sector salud, municipalidades, policía, ejército, sociedad civil, etc. para poner a prueba y afinar sobre el terreno los protocolos de comunicación y acción conjunta. Estos ejercicios servirían para clarificar roles, generar confianza entre actores y detectar con anticipación cuellos de botella logísticos o falencias en la comunicación interinstitucional, permitiendo corregirlos antes de una emergencia real. Igualmente, debe procurarse que el plan integral tenga un enfoque inclusivo y equitativo. La evidencia sobre las desigualdades observadas durante la COVID-19 sugiere que cualquier estrategia pandémica debe contemplar medidas focalizadas para proteger a los grupos vulnerables (poblaciones rurales aisladas, pueblos indígenas, adultos mayores, personas con comorbilidades, entre otros) (Amnistía Internacional y CESR., 2022). Para ello, podría incorporarse en la estructura de coordinación comités o mesas específicas de equidad en salud, con participación de representantes de dichas poblaciones, que asesoren sobre cómo las intervenciones (por ejemplo, campañas de vacunación, distribución de mascarillas, entrega de bonos o ayudas sociales durante cuarentenas) pueden llegar efectivamente a quienes más las necesitan y de la manera culturalmente más apropiada. En síntesis, el fortalecimiento de la gobernanza en salud mediante planes institucionales integrales y coordinación interinstitucional sólida informados por la mejor evidencia científica disponible permitirá que regiones como San Martín enfrenten futuras pandemias con una respuesta más eficaz, equitativa y resiliente.

4. CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática proporcionó una visión integral de cómo la coordinación interinstitucional y la planificación institucional incidieron en la respuesta ante la pandemia de COVID-19 alrededor del mundo, aportando lecciones valiosas para diseñar estrategias en San Martín, Perú. En términos generales, **contar con un Plan Integral Institucional** de respuesta que establezca claramente roles, responsabilidades y mecanismos de colaboración entre entidades surge como un factor habilitante fundamental para enfrentar eficientemente una emergencia sanitaria de gran escala. Por el contrario, la ausencia de planificación integrada y de canales de coordinación definidos condujo, en múltiples casos, a demoras, contradicciones y aprovechamiento subóptimo de los recursos disponibles.

Para San Martín, la principal contribución de este estudio es identificar los elementos críticos que debería contener un Plan Integral Institucional de respuesta pandémica. Entre ellos se incluyen:

- La creación (o fortalecimiento) de una **estructura de coordinación multisectorial permanente** (por ejemplo, un comité regional de emergencias en salud) que pueda activarse rápidamente ante una amenaza y que durante la calma se dedique a preparar planes, capacitaciones y simulacros.
- El desarrollo de **sistemas de información interoperables** que integren a todos los niveles de atención y sectores relevantes, de modo que la toma de decisiones esté basada en datos oportunos y compartidos entre instituciones.
- La asignación de **liderazgos claros y capacitados** en puestos clave (p. ej., coordinadores de enlace en hospitales, redes de APS, municipios) encargados de asegurar la comunicación horizontal y vertical durante la crisis.
- La implementación de **marcos normativos y presupuestales** que respalden la coordinación: protocolos interinstitucionales formalizados mediante convenios o normas regionales, y presupuesto específico para actividades de preparación y respuesta (garantizando recursos logísticos, personal extra, etc., cuando se active el plan).

- La incorporación de **enfoques de equidad, género y participación comunitaria** dentro del plan, asegurando que la coordinación incluya a las áreas de desarrollo social, organizaciones comunitarias e incluso liderazgos locales, para que la respuesta sea inclusiva y llegue efectivamente a las poblaciones más vulnerables y dispersas.

En síntesis, el estudio reitera que ninguna agencia aislada puede abordar exitosamente una pandemia; solo a través de la acción coordinada de todos los actores bajo un marco estratégico común es posible lograr respuestas rápidas, eficientes y equitativas. Los aportes de esta revisión sirven de sustento para que las autoridades de San Martín formulen un Plan Integral Institucional robusto, aprendiendo de las fortalezas y errores documentados en otras regiones. Implementar dichas recomendaciones no solo mejorará la preparación ante futuras pandemias en San Martín, sino que también contribuirá a institucionalizar una cultura de trabajo colaborativo y solidario entre entidades, legado que resulta beneficioso para la gobernanza en salud en general.

Relevancia más allá de San Martín: Aunque centrada en una provincia peruana, esta revisión posee implicancias para otros contextos subnacionales en países en desarrollo. Muchas regiones comparten desafíos similares –limitaciones de infraestructura, dispersión poblacional, coordinación centro-periferia deficiente– de modo que las lecciones compiladas (sobre coordinación multinivel, integración sectorial, comunicación unificada y equidad) pueden informar la planificación de respuestas en otras provincias, departamentos o estados. Fortalecer los mecanismos interinstitucionales de preparación ante desastres sanitarios debe ser una prioridad de las agendas de salud pública a nivel subnacional, complementando los esfuerzos nacionales. En última instancia, mejorar la coordinación institucional no solo permitirá salvar más vidas en la próxima pandemia, sino que también optimizará la respuesta a emergencias sanitarias cotidianas (brotes locales, epidemias regionales) elevando la resiliencia general del sistema de salud.

Declaraciones éticas

Este trabajo se basó en la revisión de literatura pública y no involucró sujetos humanos ni animales, por lo que no requirió aprobación por un comité de ética en investigación. Asimismo, se declara que no se emplearon herramientas de inteligencia artificial para generar el contenido del manuscrito; todo el análisis, síntesis y redacción proviene del trabajo del autor, fundamentado en las fuentes científicas revisadas, las cuales se citan adecuadamente a lo largo del texto. Se siguieron principios de integridad y transparencia en la investigación, respetando la autoría original de las ideas mediante las referencias correspondientes.

Conflictos de interés

El autor declara no tener ningún conflicto de interés financiero, académico o personal en relación con este estudio. No hubo financiamiento externo que influyera en los métodos o resultados presentados. Los resultados y conclusiones expresados se basan exclusivamente en la evidencia recopilada y el análisis crítico realizado, sin interés comercial o institucional alguno que pudiera sesgar su interpretación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amnistía Internacional & CESR. (2022). *Desigual y letal: COVID-19 y desigualdades en América Latina*. <https://osalde.org/covid-19-america-latina-mata-mas-la-desigualdad/>
- Ares, S., Astier, M. P., Gómez, R., Fernández, M., & Bueno, J. (2021). Human resource management and vaccination strategies in primary care in Europe during COVID-19 pandemic. *Atención Primaria*, 53(10), 102132. DOI: 10.1016/j.aprim.2021.102132
- Asthana, S., Mukherjee, S., Phelan, A. L., Woo, J. J., & Standley, C. J. (2024). Singapore's COVID-19 crisis decision-making through centralization, legitimacy, and agility: an empirical analysis. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, 49, 101137 https://www.researchgate.net/publication/382649322_Singapore's_COVID-19_crisis_decision-making_through_centralization_legitimacy_and_agility_an_empirical_analysis
- Ballesteros, M., Hernández, A., Estella, Á., Jiménez, J., González, F., Sandiumenge, A., Vidal, P., & de Haro, C. (2020). Recomendaciones de «hacer» y «no hacer» en el tratamiento de los pacientes críticos ante

- la pandemia por coronavirus causante de COVID-19 de los Grupos de Trabajo de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva*, 44(6), 371–388. DOI: 10.1016/j.medin.2020.04.001
- Bello, R., & Sanabria, P. (2021). The costs and benefits of duality: Colombia's decentralization and the response to the COVID-19 pandemic. *Revista de Administração Pública*, 55(1), 165–179. DOI: 10.1590/0034-761220200567
- Bronzwaer, S., de Coen, W., Heuer, O., Marnane, I., & Vidal, A. (2024). The framework for action of the Cross-agency One Health Task Force. *One Health*, 19(October), 100925. DOI: 10.1016/j.onehlt.2024.100925
- Bucklin, R., Gauthreaux, N., Faber, E., & Askelson, N. (2025). Listening to micropolitan community leaders to support pandemic response efforts. *Vaccine*, 60(S1), 127255. DOI: 10.1016/j.vaccine.2025.127255
- Casino, G. (2022). Comunicación en tiempos de pandemia: información, desinformación y lecciones provisionales de la crisis del coronavirus. *Gaceta Sanitaria*, 36, S97–S104. DOI: 10.1016/j.gaceta.2022.01.003
- Coll, T., Palacio, J., Añel, R., Gens, M., Jurado, J., & Perelló, A. (2021). Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia. *Atención Primaria*, 53, 102209. DOI: 10.1016/j.aprim.2021.102209
- Del Llano, A. (2023). Derecho de la salud pública: ¿hacia un marco jurídico de pandemias? *Gaceta Sanitaria*, 37, 102262. DOI: 10.1016/j.gaceta.2022.102262
- Demonte, F., Bruno, D., Lozano, L., Mena, M., & Pereira, A. (2024). Conversación pública sobre vacunas en la pandemia de COVID-19 en Argentina, 2021-2022. *Salud Colectiva*, 20, e4580. DOI: 10.18294/sc.2024.4580
- Deng, Q., Ye, Y., Wang, W., & Zhang, H. (2025). Resilience assessment of public health system at multi-levels: An emergency management capacity quantification model for pandemic response. *Journal of Safety Science and Resilience*, 100220. DOI: 10.1016/j.jnlsr.2025.100220
- Djalante, R., Lassa, J., Setiamarga, D., Sudjatma, A., Indrawan, M., Haryanto, B., Mahfud, C., et al. (2020). Review and analysis of current responses to COVID-19 in Indonesia: Period of January to March 2020. *Progress in Disaster Science*, 6, 100091. DOI: 10.1016/j.pdisas.2020.100091
- Docherty, I., & Marsden, G. (2025). Transport governance system response during the COVID-19 pandemic: The allure of a 'new normal' and its implications for tackling the polycrisis. *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives*, 31(November 2024), 101459. DOI: 10.1016/j.trip.2025.101459
- Franceschini, D., Grabowski, J., Sefilyan, E., Moro, T. T., & Ewald, B. (2021). COVID-19: A critical time for cross-sector social work care management. *Social Work in Health Care*, 60(2), 197–207. DOI: 10.1080/00981389.2021.1904319
- French, N. P., Maxwell, H., Baker, M., Callaghan, F., Dyet, K., Geoghegan, J., Hayman, D., et al. (2025). Preparing for the next pandemic: insights from Aotearoa New Zealand's COVID-19 response. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, 56, 101525. DOI: 10.1016/j.lanwpc.2025.101525
- Gobierno de la Ciudad de México. (2021). *Informe de Gobierno 2021 – Sección: Emergencia Sanitaria COVID-19*. [Gobierno de CDMX] <https://informedegobierno.cdmx.gob.mx/acciones/emergencia-sanitaria/>
- Gullón, P., Lumbreras, B., Sánchez, F., de Montalvo, F., & Ruiz, M. (2022). La Salud Pública y la Administración Sanitaria ante la pandemia de COVID-19. Informe SESPAS 2022. *Gaceta Sanitaria*, 36, S1–S3. DOI: 10.1016/j.gaceta.2022.05.002
- Juliá, R., Aguilera, C., Megías, F., & Martínez, J. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 81–86. DOI: 10.1016/j.gaceta.2020.06.014
- Llobera, C., Ruiz, M. T., García, M., Torrell, G., González, D., Olmedo, C., Moatassim, E., & Bacigalupe, A. (2024). Respuesta a la crisis sanitaria de la COVID-19 desde la perspectiva de género: lecciones aprendidas. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102358. DOI: 10.1016/j.gaceta.2024.102358
- López, O., & Delgado, V. (2024). La transformación del sistema público de salud en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 66(5), 689–698. DOI: 10.21149/15659
- Martín, J., Arenas, A., Bengoa, R., Borrell, C., Franco, M., García, A., Gestal, J., et al. (2022). Reflexiones sobre cómo evaluar y mejorar la respuesta a la pandemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*, 36(1), 32–36. DOI: 10.1016/j.gaceta.2020.11.008
- Miftah, A., Widianingsih, I., Hoe, C., & Afriandi, I. (2025). Historical review of the Indonesian government's response to health crisis: From the Spanish flu to the COVID-19 pandemic. *One Health*, 20(December 2024), 101067. DOI: 10.1016/j.onehlt.2025.101067
- Moreno, A., Jumbo, J., & Hernández, R. (2024). Políticas públicas, emergencia sanitaria y calidad de vida de la población de la provincia de Loja (Ecuador). *Desde El Sur*, 16(4), e0066. DOI: 10.21142/DES-1604-2024-0066

- Okeke, C., Uguru, N., Uzochukwu, B., & Onwujekwe, O. (2025). How can health systems better prepare for the next pandemic? A qualitative study of lessons learned from the COVID-19 response in Nigeria. *SSM - Health Systems*, 4(January 2024), 100052. DOI: 10.1016/j.ssmhs.2025.100052
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Compromiso de los líderes mundiales para reforzar la colaboración, gobernanza e inversión ante futuras pandemias* <https://www.who.int/es/news-room/20-09-2023-who-welcomes-historic-commitment-by-world-leaders-for-greater-collaboration--governance-and-investment-to-prevent--prepare-for-and-respond-to-future-pandemics>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Fortalecimiento de la participación multisectorial para la seguridad sanitaria*. [Sitio web de la OMS] <https://www.who.int/activities/strengthening-multisectoral-engagement-for-health-security>
- Park, H., & Ha, J. (2024). Exploring the Status and Experiences of School Nurses' Response to the COVID-19 Pandemic: A Mixed Method Study. *Asian Nursing Research*, 18(5), 489–500. DOI: 10.1016/j.anr.2024.10.005
- Pérez, G., Salobral, R., Simon, P., Artazcoz, L., Rodríguez, M., Pasarín, M., & Borrell, C. (2025). Gestionar futuras pandemias en un contexto urbano: un desafío para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 39, 102469. DOI: 10.1016/j.gaceta.2025.102469
- Rodríguez, M., Ponce, S., Zaidi, M., Pérez, R., Argüelles, C., Cornejo, P., Cruz, L., et al. (2024). Preparación pandémica: acciones requeridas. Conclusiones del panel multidisciplinario PUIEEE, 2024. *Salud Pública de México*, 66(4), 617–627. DOI: 10.21149/16157
- Seefeld, L., Frentz, F., Horstkötter, N., Peter, C., & Dietrich, M. (2022). Häufig gestellte Fragen (FAQ) in der Risikokommunikation zu COVID-19: Erstellung und Bedeutung als interinstitutionelles Krisenreaktionsinstrument. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 65(5), 577–588. DOI: 10.1007/s00103-022-03532-z
- Sepúlveda, M., Betancourt, S., Güell, M., Peña, A., Barbagelata, I., Higuera, G., & Muñoz, R. (2021). Nursing Governance: Adaptation in Times of Pandemic. Experience at Clínica Las Condes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(1), 49–60. DOI: 10.1016/j.rmcl.2020.12.006
- Song, M., Lazuardi, L., Sarmiento, R., Afifah, B., Ceria, G., Custodio, R., Kamilah, Z., et al. (2025). *The role of routine health information systems in supporting the COVID-19 pandemic response in the Philippines and Indonesia*. *SSM - Health Systems*, 4(December 2024), 100043. DOI: 10.1016/j.ssmhs.2024.100043
- Sunge, R., Mudzingiri, C., & Mkhize, N. (2024). The COVID-19 pandemic and economic recovery: The mediating role of governance, a global perspective. *Heliyon*, 10(2), e39869. DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e39869
- Vela Vásquez, L. (2025). *Plan integral institucional y coordinación interinstitucional en la respuesta ante pandemias en San Martín, Perú: una revisión sistemática*. https://www.researchgate.net/publication/376693716_Learning_from_Peru_Why_a_macro-economic_star_failed_tragically_and_unequally_on_Covid-19_outcomes
- Wong, A., Zoller, C., Fouda, A., & Paolucci, F. (2024). *Are we past the COVID-19 Pandemic? Insights from Singapore*. *Health Policy and Technology*, 13(1), 100779. DOI: 10.1016/j.hlpt.2023.100779



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial 4.0 Internacional