

El gasto público en salud frente a la pandemia por CoVid 19 en México¹

Health public expenditure for CoVid 19 pandemic in México

Rocío Huerta Cuervo
Magda Vanegas López

Resumen

El objetivo del presente artículo es analizar el ejercicio del gasto público en los programas de salud en México, ante la presencia de la pandemia por CoVid19. Se explica el contexto de los recursos públicos destinados a los programas de la salud, al momento de surgir la pandemia y se responde a la pregunta ¿Cómo se asignaron los recursos públicos para la salud, en el contexto de la pandemia, en las entidades de la República Mexicana? La hipótesis de la que se parte sugiere que no se contaron con los recursos suficientes para atender, con calidad, las repercusiones de la pandemia en nuestro país y que, la distribución de recursos al seguir criterios inerciales y de tamaño de la población (entre otros), mantuvo la inequidad hacia los habitantes de las entidades de la República. Los hallazgos encontrados exhiben una disminución real del gasto en personal en el sector salud en 2020, así también un mayor gasto per cápita y total en las entidades que tienen más población y una actividad económica más relevante. Aunque el FASSA busca compensar las inequidades inerciales del gasto federal en salud, lo hace de manera restringida. Este trabajo es resultado de una investigación cuantitativa, de tipo exploratorio y descriptivo, que toma las bases de datos del Gobierno de México sobre CoVid19, del Sistema de Finanzas Oportunas de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, del Sistema de Finanzas Públicas Estatales, el Censo Económico 2019 y los Conteos de Población del INEGI. Se utilizó el programa estadístico INFOSTAT para procesar la información, realizando pruebas de hipótesis y ejercicios de regresión lineal.

Palabras clave: Gasto público, salud, pandemia, entidades, inequidad

Abstract

The aim of this article is to analyze the exercise of public spending in health programs in Mexico, in the presence of the CoVid19 pandemic. The context of public resources allocated to health programs is explained, at the time of emergence of the pandemic and the question is answered: How were public resources for health allocated, in the context of the pandemic, in the entities of the Mexican Republic? The hypothesis from which it is based suggests that there were not enough resources to attend, with quality, the repercussions of the pandemic in our country and that the distribution of resources followed inertial criteria and population size (among others), maintained inequity towards the inhabitants of the entities of the Republic. The findings found show a real decrease in spending on personnel in the health sector in 2020, as well as a higher per capita and total spending in the states with more population and more relevant economic activity. Although the Contribution Fund for Health Services (FASSA, for its acronym in Spanish), seeks to compensate for the inertial inequities in federal health spending, it does so in a restricted manner. This work is the result of a quantitative, exploratory, and descriptive research that takes the databases of the Government of Mexico on CoVid19, the Timely Finance System of the Ministry of Finance and Public Credit, the State Public Finance System, the Economic Census and the INEGI Population Counts. The INFOSTAT statistical program was used to process the information, performing hypothesis tests and linear regression exercises.

47

Keywords: Public spending, health, pandemic, states, inequity

Introducción

El 11 de marzo del 2020 el director de la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó sobre la declaratoria de pandemia por SARS Cov2, mejor conocido como CoVid19, a la vez expresó que: “La OMS ha evaluado este brote durante los últimos días y estamos profundamente preocupados, tanto por los niveles alarmantes de propagación y gravedad, como por los niveles alarmantes de inacción” (Adhanom, 2020).

¹ Este artículo se realizó con el apoyo del Instituto Politécnico Nacional y es un producto del proyecto de investigación SIP 20200667.

Recibido: 30 de agosto de 2020

Aceptado: 20 de octubre de 2020

En México, desde enero se tuvo información del avance del virus, primero en China y luego en Europa. El primer caso confirmado de contagio por el virus se presentó el 28 de febrero de 2020 y el 2 de marzo se registró el primer fallecimiento por CoVid19 (Milenio Digital, 2020).

Frente a una pandemia, diversos gobiernos han echado mano de todas sus capacidades de coordinación, técnicas, legales, de comunicación y de recursos en general, para cumplir el objetivo de salvar vidas y evitar el deterioro del bienestar de la población (Vardoulakis, Sheel, Lal, & Gray, 2020). Hablar de pandemia como lo define el diccionario de la Real Academia Española, es referirse a “Una enfermedad que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región” (RAE, 2020). Al ser la pandemia un evento extraordinario, las exigencias para la definición, destino y ejecución eficiente de los recursos públicos, deben ser mayores ya que, la sobredemanda de servicios médicos crece y la no respuesta eficaz cuesta vidas. Todo detalle de la política pública es importante, porque lo que está en juego son vidas humanas. En el momento de concluir el presente artículo (28 de octubre de 2020), suman ya 90,309 muertes en México (Gobierno de México, 2020), de acuerdo con datos oficiales. Se volvió realidad el “escenario más catastrófico” definido así por el responsable de coordinar la respuesta gubernamental hacia la pandemia (INFOBAE, 2020).

El objetivo del presente artículo es analizar el ejercicio del gasto público en los programas de salud en México, en relación con el CoVid19. Se explica el contexto de los recursos públicos destinados a los programas de la salud, al momento de surgir la pandemia y se responde a la pregunta ¿Cómo se asignaron los recursos públicos para la salud, en el contexto de la pandemia, en las entidades de la República Mexicana? La hipótesis de la que se parte sugiere que no se contaron con los recursos suficientes para atender, con calidad, las repercusiones de la pandemia en nuestro país y que, la distribución de recursos al seguir criterios inerciales y de tamaño de la población (entre otros), mantuvo la inequidad hacia los habitantes de las entidades de la República.

Los hallazgos encontrados exhiben una disminución real del gasto en personal en el sector salud en 2020, así también un mayor gasto per cápita y total en las entidades que tienen más población y una actividad económica más relevante. Aunque el FASSA busca compensar las inequidades inerciales del gasto federal en salud, lo hace de manera restringida.

Este trabajo es resultado de una investigación cuantitativa, de tipo exploratorio y descriptivo, que toma las bases de datos del Gobierno de México sobre CoVid19, del Sistema de Finanzas Oportunas de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, del Sistema de Finanzas Públicas Estatales, el Censo Económico 2019 y los Conteos de Población del INEGI. Se utilizó el programa estadístico INFOSTAT para procesar la información, realizando pruebas de hipótesis y ejercicios de regresión lineal.

I.- El sistema presupuestario mexicano y las reformas 2020.

48

El Sistema Presupuestario Mexicano Actual es producto de 25 años de reformas sucesivas que han buscado generar las condiciones para que el estado mexicano cuente con los instrumentos para un eficiente y eficaz uso de los recursos públicos. Al inicio del gobierno de Ernesto Zedillo se realizó una evaluación de la Administración Pública Federal, la cual concluyó que existía: “1. Limitada capacidad de infraestructura a las demandas crecientes del ciudadano frente a la gestión gubernamental; 2. Centralismo; 3. Deficiencia en los mecanismos de medición y evaluación del desempeño en el gobierno; y 4. Carencia de una administración adecuada para la dignificación y profesionalización de los servidores públicos” (Arellano & Purrón, 2002, pág. 467). Los resultados de esta evaluación justificaron que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en colaboración con la Secretaría de Contraloría y Desarrollo administrativo (SECODAM) iniciaran un proceso para conocer y analizar las mejores prácticas en materia de administración y gestión pública en otros países, especialmente influenciados por los postulados de la Nueva Gestión Pública.

“A partir de 1995 el gobierno federal inició un proceso de reforma que, entre otros aspectos, buscaba modificar el sistema integral de planeación-programación presupuestación, llevado a cabo desde 1976” (Arellano & Purrón, 2002, pág. 468), se introdujo una nueva estructura programática a través de indicadores y ese mismo año se desarrollaron “las primeras experiencias en evaluación del desempeño administrativo por medio de indicadores en el gasto público, lo cual posteriormente tomó el nombre de Sistema de Evaluación del Desempeño” (*Ibidem*).

Durante 1997 y 1998 se desarrolló el Sistema Integral de la Administración Financiera Federal (SIAFF) para garantizar que las finanzas públicas se manejaran de manera oportuna, responsable, eficiente, transparente y ordenada y, a partir de 1998, se operó la Nueva Estructura Programática (NEP). Desglosar el ejercicio del gasto a partir de las grandes funciones del gobierno, subfunciones, programas (de distinta índole), proyectos, procesos y acciones, ofreció una mejor oportunidad para conocer el destino del gasto público. En 2002 el SIAFF fue institucionalizado con lineamientos de operación específicos, los cuales aparecieron en el Diario Oficial de la Federación (30 de abril de 2002).

En 2006 se aprobó en el Congreso de la Unión la Ley Federal de Presupuesto Público y Responsabilidad Hacendaria (LFPyRH) y en 2008 la Ley General de Contabilidad Gubernamental (LGCG). En 2015, el Congreso de la Unión agregó la fracción XXIX-W al artículo 73 Constitucional para darle al Congreso la facultad de “expedir leyes en materia de responsabilidad hacendaria que tengan por objeto el manejo sostenible de las finanzas públicas en la Federación, los Estados, Municipios y el Distrito Federal” (Congreso de la Unión , 2019). En 2016 se reformaron el primer y el segundo párrafo del artículo 134 para estipular que: “Los recursos económicos de que dispongan la Federación, las entidades federativas, los Municipios y las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez, para satisfacer los objetivos a los que estén destinados” (*Ibidem*), en este mismo año se aprobó la primera Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios (LDFEFyM). Todas estas leyes formaron parte de un sistema para fortalecer el desempeño de la administración pública y el presupuesto basado en resultados. “El PBR ha permitido en los países que lo instrumentaron, enfocarse más en los productos de la actividad de los gobiernos que en los insumos que se requieren para ello” (SHCP, 2019, pág. 8).

Al cabo de 25 años parecía que México contaba con un sistema integral con esos propósitos, leyes, organismos, estructuras, metodologías, plataformas para estimular la evaluación del desempeño desde el gobierno federal hasta los gobiernos estatales y municipales. Las entidades (en su mayoría) fortalecieron sus capacidades administrativas y de gestión a lo largo de estos 25 años y el reto principal se sitúa en fortalecer las capacidades de los gobiernos municipales, con grandes heterogeneidades en ese terreno. En el cuadro 1, se presenta un concentrado de los elementos que conforman el Sistema Presupuestario Mexicano.

Cuadro 1: Elementos Centrales del Sistema Presupuestario Mexicano (SPM)

Leyes, Códigos, Reglamentos
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
Ley de Coordinación Fiscal
Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
Ley de Contabilidad Gubernamental
Código Fiscal de la Federación
Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
Ley de Disciplina Financiera de las Entidades Federativas y los Municipios
Presupuesto de Egresos de la Federación
Ley de Adquisiciones y Servicios del Sector Público,
Ley Federal de Procedimiento Administrativo
Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos
Ley General de Responsabilidades Administrativas
Leyes, Códigos y Decretos a nivel de cada entidad
Presupuesto de Egresos a Nivel Municipal, Reglamentos y Disposiciones
Poderes y dependencias de los 3 órdenes de gobierno
Congreso de la Unión
Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Sistema de Coordinación Fiscal
Auditoría Superior de la Federación
INAFED
Congresos Estatales
Gobiernos Estatales
Gobiernos Municipales
Cabildos
Funcionarios del orden federal, estatal y municipal
Fiscalía General de la República
Metodologías, Instrumentos
Metodología del Marco Lógico
Teoría del Cambio
Sistema de Evaluación del Desempeño y Presupuesto Basado en Resultados
Indicadores de Avance del PBR
Impulso a la innovación gubernamental
Auditorías, Fiscalización

El 19 de noviembre de 2019, salió publicada la Ley Federal de Austeridad Republicana (DOF, 2019), en ella se establece “la austeridad republicana como un valor fundamental y principio orientador del servicio público mexicano” (Congreso de la Unión, 1919). Esta ley parte del supuesto implícito de que en la administración pública privaba “la corrupción, la avaricia y el despilfarro de los bienes y recursos nacionales” (ibid, art. 4) por ello, a pesar que el conjunto de leyes anotadas previamente establece los criterios que deben prevalecer en la ejecución del gasto público y la forma de canalizar y castigar actos de corrupción, esta nueva ley puntualiza los aspectos que no pueden incluirse en el gasto de las dependencias públicas; así también, limita los fideicomisos que no están explícitamente incorporados en las normas de cada dependencia. Como no es objetivo de este documento el análisis específico de la Ley, sólo se anotan los cambios asociados a la aprobación de la misma, como forma de contextualizar la gestión y la repuesta gubernamental frente a la pandemia.

El 23 de abril de 2020 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el “Decreto por el que se establecen las medidas de austeridad que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal bajo los criterios que en el mismo se indican”, como un derivado de la Ley de Austeridad Republicana. En este decreto se mandata a las dependencias públicas para no ejercer “el 75% del presupuesto disponible de las partidas de servicios generales y materiales y suministros. Esto también incluye a lo supuestamente comprometido. Se cancelan 10 subsecretarías...” y en el apartado V se decreta que: “Se posponen las acciones y el gasto del gobierno, con excepción de los siguientes programas prioritarios”. Son 38 programas los marcados en el decreto, prácticamente todos ellos introducidos en esta administración? (Poder Ejecutivo Federal, 2020).

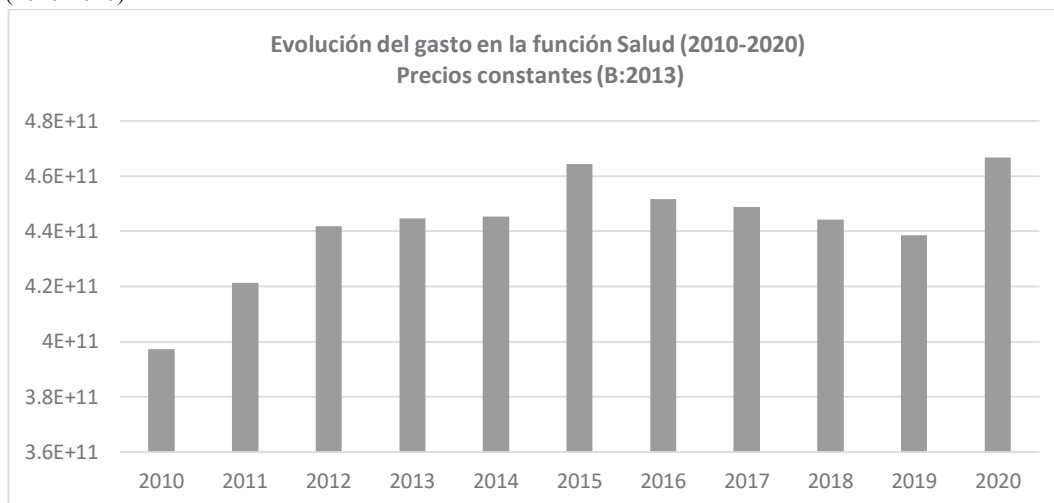
Dentro de los programas del sector salud que incluye el decreto, sólo se contempla el de “Atención médica y medicamentos gratuitos”, que es una política asociada al recién creado Instituto de Salud para el bienestar (INSABI), cuyos recursos son canalizados a través de la Secretaría de Salud hacia las entidades federativas para atender a las personas que no gozan de seguridad social. Los recursos destinados a este programa sólo incluyen la canasta de medicamentos tradicionalmente consumidos por el otrora Seguro Popular.

II.- Los datos que arrojan las Finanzas Públicas destinados a la atención a la salud

En este apartado se hará un análisis de las finanzas públicas en relación con los gastos en salud a nivel federal, a fin de contextualizar la respuesta ante el CoVid19.

De 2010 a 2015 la función salud reportó un crecimiento sostenido promedio, en el presupuesto de egresos de la federación, del 3.2% en términos reales (B:2013). De 2015 a 2019 el presupuesto para esa función decreció a una tasa de 1.4% anual y de 2019 a 2020 tuvo un crecimiento porcentual del 6.45% en relación con 2019, como se muestra en la Gráfica 1. El crecimiento global promedio de 2010 a 2020 fue apenas de 1.67% en términos reales.

50 Gráfica 1: Crecimiento anual del gasto en la Función Salud dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación (2020-2020).

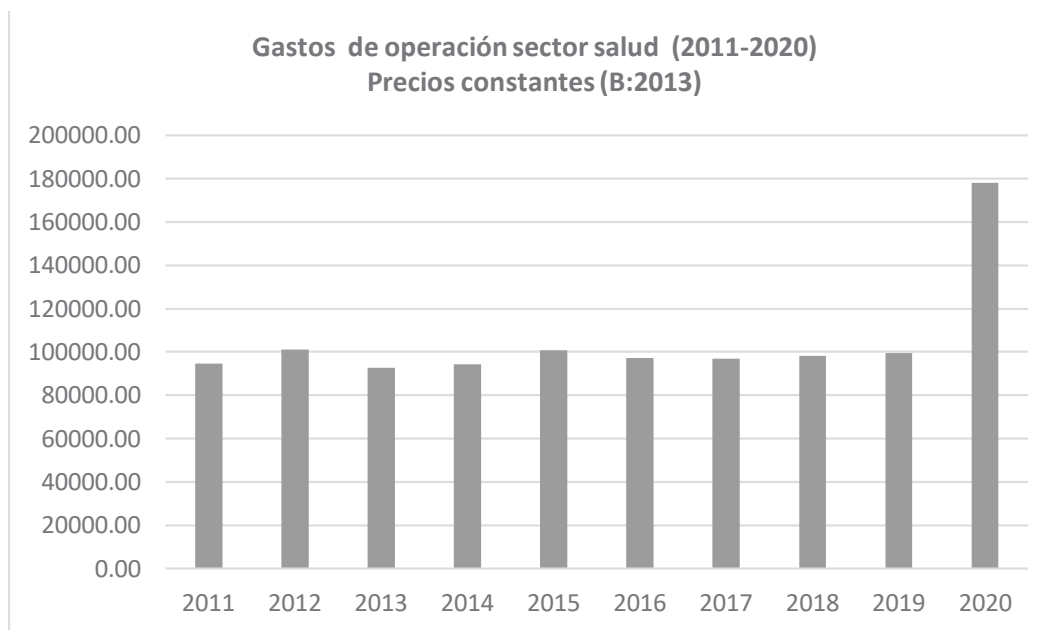


Fuente: (SHCP, 2020), (SHCP, 2020)

Lo anterior nos habla de un proceso muy lento de inversión en el sector salud, semejante al crecimiento porcentual

anual de la población, lo cual elimina la posibilidad de mejoras sustantivas en el conjunto del sistema. Si se revisa la composición del gasto en salud veremos que, ninguno de sus componentes ha tenido una variación uniforme, la inversión física tuvo un crecimiento anual promedio de apenas el .62 % de 2011 a 2018. De 2018 a 2020 este presupuesto creció en un 40% en promedio en los dos años, concentrándose ese incremento en 2020.

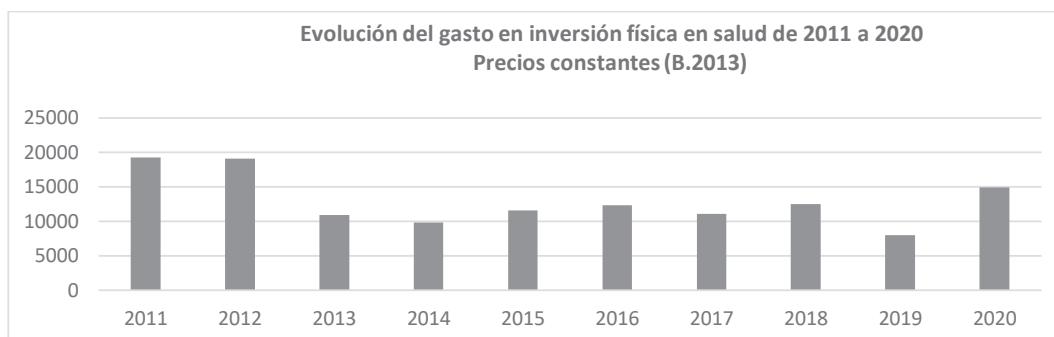
Gráfica 2: Evolución del gasto operativo en el sector salud (2011-2020)



Fuente: (SHCP, 2020), (SHCP, 2020)

La inversión fija en salud creció a una tasa promedio anual del 2.57% de 2011 a 2020. Tuvo montos importantes en 2011 y 2012 y después declinó. De 2018 a 2019 la inversión física decreció en un 35.76%, para repuntar en 2020 con un crecimiento real del 85%, en términos reales, en relación con el 2019.

Gráfica 3: Evolución de la inversión física en salud (2011-2020)



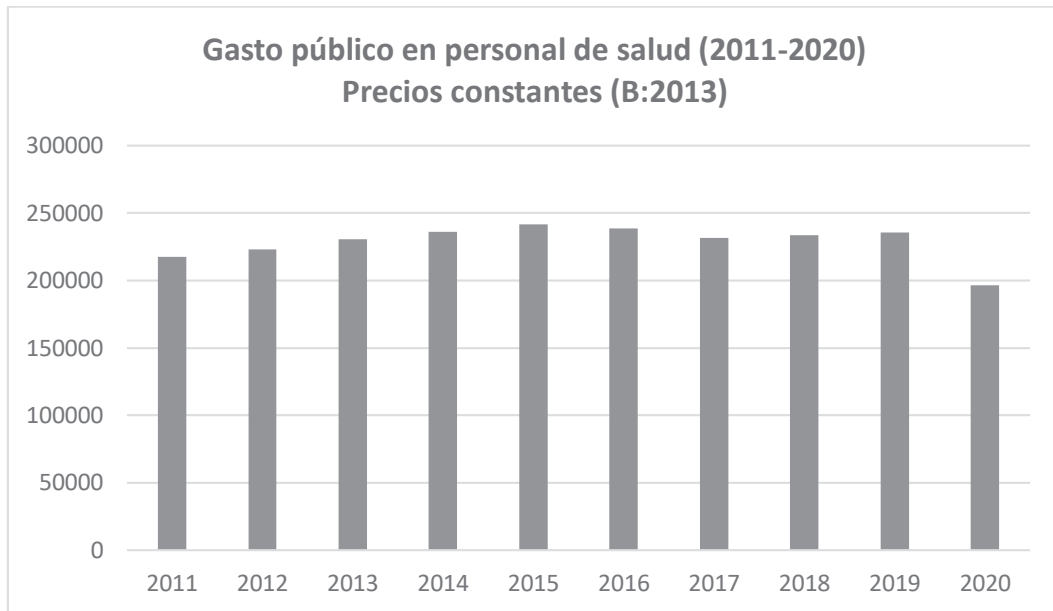
Fuente: (SHCP, 2020), (SHCP, 2020)

El gasto en personal tuvo un crecimiento promedio anual del 1.04% de 2011 a 2019, pero en 2020 tuvo un decrecimiento del 16.63% en términos reales, en relación con el año previo, justo en el año de la pandemia por Covid19. Los recortes en personal dentro de la administración pública fueron generalizados desde finales de 2018, la explicación pública del presidente de la república fue la “política de austeridad”. En 2020 esa política afectó significativamente al sector salud. Cabe señalar que durante 2018 y 2019 no hubo ningún cambio en materia de federalismo fiscal que llevara a modificar las fórmulas de asignación para el Fondo de Aportaciones a Servicios de Salud (FASSA) hacia las entidades. La ley de austeridad partió del supuesto que había gastos innecesarios en la administración pública y a partir de ello se procedió. Los recortes presupuestales se dieron básicamente en el antiguo Seguro Popular, que atiende a población abierta, en el IMSS e ISSSTE. De los 634 mil, 625 millones de

pesos para toda la función salud en el PEF 2020, sólo 103 mil millones estuvieron asignados a las entidades de la República vía FASSA, el resto fue administrado por los servicios federales de salud (IMSS, ISSSTE, SEDENA; SEMAR y PEMEX), que en su conjunto atienden a casi 7 de cada 10 mexicanos.

Los gastos en personal han representado el 52% en promedio, del gasto total, en los últimos 10 años. Los gastos en operación han representado el 25%, en promedio, dentro del gasto total del gobierno federal en salud. El recorte presupuestal del 16.6% de 2019 a 2020 afectó la gestión de los principales organismos federales de salud en el país.

Gráfica 4: Evolución del gasto en personal dentro del gasto en salud (2011-2020)

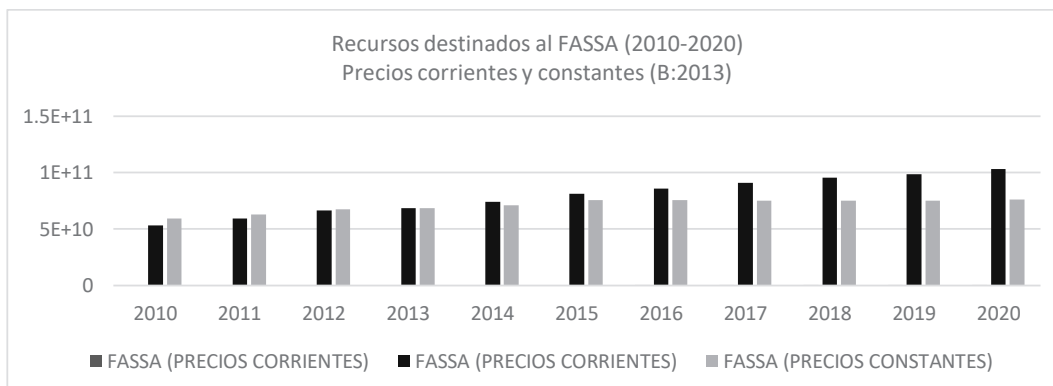


Fuente: (SHCP, 2020), (SHCP, 2020)

A nivel estatal, las transferencias federales a estados y municipios han tenido una tendencia creciente. De 2010 a 2019 las aportaciones federales para el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) crecieron anualmente en un 2.71% (B:2013). De 2019 a 2020 el presupuesto del FASSA creció en términos reales en un 1.36%, en el presupuesto originalmente asignado, por debajo de la media de crecimiento de 2010 a 2018.

52

Gráfica 5. Recursos destinados al FASSA (2010-2020).



Fuente: SHCP (2020)

El INSABI depende de los recursos de la Secretaría de Salud (SSA) y es el principal oferente de servicios públicos de salud a la población sin seguridad social (art. 77, bis 2 de la Ley General de Salud). En 2019 absorbió el 57.30% de los recursos de la SSA y en 2020 el 56.30%. Las entidades pueden firmar convenios de colaboración con la SSA para que el INSABI coordine la prestación de servicios en cada una de las entidades. De ser así, las entidades deben

pagar al INSABI los recursos necesarios para que éste dote de atención, medicamentos e insumos necesarios para la prestación del servicio a su población abierta (art. 77 bis 13). La reestructuración del Seguro Popular para dar paso al INSABI generó múltiples problemas de gestión en la atención y compra de medicamentos.

De enero a julio de 2020 se han gastado el 67% de los recursos para servicios personales que se tienen para todo el año (SHCP, 2020). Con el 33% de los recursos totales restantes, se debe enfrentar el 41% del tiempo que falta para que concluya 2020, lo cual supone que los problemas por falta de recursos para personal continuarán.

En las entidades, de los 103 mil millones de pesos destinados originalmente al FASSA, hasta septiembre de 2020 se habían ejecutado 73 mil 369 millones de pesos (SHCP, 2020), esto es casi el 71%. Destaca en el informe respectivo, el caso de Puebla cuyo presupuesto vía FASSA disminuyó en un 10.8% durante 2020 (SHCP, 2020), (INEGI, 2020).

En materia de gestión en la compra de medicamentos, insumos y equipos para atender el CoVid19, de acuerdo con la información oficial, fue la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), la que operó el proceso de importación de insumos médicos (Gobierno de México, 2020), sin embargo, esta no es una atribución de la SRE, pues la Ley General de Salud establece, en su Artículo 31 que: "...La Secretaría de Salud proporcionará los elementos técnicos a la Secretaría de Economía, acerca de la importación de insumos para la salud". Si bien en una emergencia sanitaria deben tomarse algunas decisiones para agilizar la respuesta del Estado, las capacidades institucionales de la Secretaría de Relaciones Exteriores están relacionadas con la política diplomática, no comercial, por lo cual cabría preguntarse si esta participación tuvo un efecto positivo.

En cuanto a las medidas preventivas para evitar los contagios y con ellos las muertes, tres de ellas eran centrales, primero mantener la sana distancia, segundo demandar el uso de cubrebocas como algo obligatorio y tercero, las medidas de higiene, especialmente el lavado de manos. Durante los meses de marzo y abril se dieron orientaciones y mensajes públicos francamente desorientadores en torno a dos de esas medidas. Los mensajes contradictorios por parte de las autoridades hacia la población se dieron cotidianamente. El 14 y 15 de marzo se llevó a cabo el festival Vive Latino en la Ciudad de México, con la participación de más de 110 mil personas. El 18 de marzo el presidente encabezó el evento de conmemoración a la expropiación petrolera, el 19 de marzo con alrededor de 5 mil personas invitadas, asistió a la graduación de 2,740 miembros de la guardia nacional (González, 2020), del 20 al 22 de marzo, el presidente hizo una gira por Oaxaca, en la cual pidió "no paralizar al país" (INFOBAE, 2020). Aunque a partir del 25 de marzo se definió la suspensión de actividades no esenciales, al no haber un programa sustantivo de apoyo al empleo y a las empresas, y enviar mensajes contradictorios a la población por parte de las autoridades, los centros urbanos siguieron teniendo una intensa actividad y muchas personas no usaron cubrebocas. La Ciudad de México exhibió imágenes del transporte público repleto, sin medidas de protección para las personas. En abril el subsecretario de salud afirmó que "no está demostrado que el cubrebocas ayude a evitar contagios" (INFOBAE, 2020). En cuanto a las medidas para mantener a las personas en sus hogares, estas se concentraron básicamente en los empleados públicos y del sector educación. El gobierno mexicano destinó menos del 2% del PIB a apoyar a las pequeñas empresas, muy lejos de lo que otros países latinoamericanos hicieron como por ejemplo Perú, Brasil y Chile, los cuales destinaron el 9%, el 8% y el 7% respectivamente, como proporción del PIB, a introducir medidas de apoyo al empleo y las empresas (Banco de México, 2020).

A la pregunta ¿Cómo se asignaron los recursos públicos para la salud, en el contexto de la pandemia, en las entidades de la República Mexicana?, sobresalen dos aspectos. Primero, que en 2020 no hubo recursos extraordinarios en servicios personales, para la atención a la pandemia. Los datos del gasto ejecutado reportados por la SHCP revelan que hubo un decremento, de 2019 a 2020, de un 16.6%, en términos reales, en los recursos para gastos en servicios personales para la salud. Se despidieron a miles de trabajadores del sector salud, especialmente en el otrora Seguro Popular (hoy INSABI) unos meses antes de que la pandemia se hiciera presente en México. Esa combinación, junto con los mensajes contradictorios hacia la población, resultaron críticos para la gestión gubernamental de la pandemia. La política de austeridad, especialmente en los gastos de servicios personales, afectó la operación del sector frente a la pandemia. El recurso fundamental cuando de problemas de salud se trata, son los médicos, enfermeras, laboratoristas, camilleros y quienes manejan la administración de los servicios. De acuerdo con Sánchez Talanquer (2020), de cada 10 muertos por CoVid19 en México 43% lo han fallecido en el IMSS, 24% en el ISSSTE, 23% en la SSA y el 8% en el sector privado. Tanto el ISSSTE como la SSA disminuyeron la probabilidad de que sus pacientes internados murieran por CoVid19 desde el inicio de la pandemia y hasta el mes de agosto, en el caso del IMSS, la probabilidad se mantuvo prácticamente igual. El IMSS atiende a casi 5 de cada 10 pacientes hospitalizados en México. De acuerdo con mismo autor y con base en los datos oficiales, la probabilidad de que las personas internadas en el IMSS mueran es mayor al 65%, en la SSA mayor al 53%, en el ISSSTE cercana al 51% y en el sector privado alrededor del 30%. Lo que apunta a graves debilidades del principal sistema de salud en el país y problemas de inequidad en la disposición de medicamentos, insumos, equipos y personal.

La operación regular para la atención de otras enfermedades como cáncer, enfermedades del corazón y diabetes también se han visto afectadas, ya que muchos de los hospitales del sector federal de salud fueron convertidos en Hospitales COVid19 y sus médicos canalizados a atender la pandemia. Como lo reporta el sector salud, millones de consultas se han dejado de dar por las implicaciones de la pandemia (Gobierno de México, 2020).

Podemos inferir que los problemas de gestión observados en la atención a la pandemia se derivan tanto del decremento del 16.6% en los gastos en personal, ya que, aunque los recursos para materiales y suministros crecieron, de 2019 a 2020, así como la inversión pública en salud, estos recursos no fueron gestionados de manera eficiente. Aunado a lo anterior, la reestructuración del Seguro Popular para dar paso al INSABI y con ello, la recentralización de sus servicios, sumaron a los problemas de gestión exhibidos durante la pandemia. Las manifestaciones de descontento por insuficiencias en la atención, los retrasos en la compra de insumos, equipo y medicamentos, así como los robos denunciados recientemente (septiembre de 2020), más que deberse a un problema general por falta de recursos para la salud, deriva de esa reducción real del gasto en personal, en los servicios federales de salud y a las debilidades en los equipos de gestión administrativa del sector. Como lo menciona Dussauge (2018, pág. 5), “El problema de realizar cambios organizacionales o reformas ambiciosas de manera rápida es que los responsables de los procesos de reforma acaban siendo como “bomberos apagando incendios”.

III.- El gasto en salud de las entidades de la República y el CoVid19

El artículo 4º. de la Constitución del país consagra los derechos sociales de todos los mexicanos, entre ellos el de la protección de la salud. Las autoridades en materia sanitaria de acuerdo con el Artículo 4º. de la Ley General de Salud son; el presidente de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud y los Gobiernos de las entidades federativas, los cuales tienen un papel preponderante en la instrumentación de este ordenamiento constitucional, pues a ellos corresponde la coordinación del Sistema Nacional de Salud. En específico, la Secretaría de Salud ostenta la responsabilidad, entre otras, de coordinar el Sistema Nacional de Salud, la conducción de la política nacional, la coordinación de los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública, así como impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 1984).

Uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud relacionados con el tema de la presente investigación está definido en la fracción I del artículo 6º. de la Ley General de Salud. Si bien la Secretaría de Salud coordina las actividades del Sistema Nacional de Salud, dos entidades de control directo como lo son el ISSSTE y el IMSS tienen a su cargo la atención pública del mayor número de derechohabientes de los servicios de salud. En el caso del INSABI es la SSA, la que coordina, con apoyo de los recursos financieros de los estados (art. 19 de la LGS), los servicios a la población abierta. Las entidades operan los recursos del FASSA, los cuales apoyan la operación del INSABI. Los acuerdos de coordinación establecen las aportaciones que tanto la Federación como los gobiernos de las entidades federativas realizarán en materia de recursos materiales, humanos y financieros para la operación de los servicios de salubridad general; también se establece la estructura responsable de gestionar los recursos (artículo 19, LGS)). Con este objetivo, las entidades tienen la competencia de formular y desarrollar programas locales de salud (Artículo 13 Fracción III).

54

En México, los servicios de salud son responsabilidad central del gobierno federal. De los 634, 625 millones de pesos destinados a esa función dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación 2020 (SHCP, 2020), 103 mil millones, van a estados a través del Fondo de Aportaciones a los Servicios de salud (FASSA), el resto se distribuye entre la Secretaría de Salud (128 mil millones de pesos) y los diversos subsistemas de salud que existen en el país, coordinados por entidades de control directo como lo son el ISSSTE y el IMSS.

Si analizamos la distribución de los recursos per cápita, a nivel de entidades, las diferencias que se observan son significativas. Aplicamos una prueba no paramétrica Kruskal Wallis para identificar si hay diferencias significativas entre el gasto per cápita en salud ejercido por las entidades durante 2018.

La prueba de Kruskal-Wallis es una alternativa a la prueba F del análisis de varianza para diseños de clasificación simple en donde desea probarse si las medias de dos o más grupos de observaciones pueden considerarse estadísticamente iguales. En este caso sólo se supone que la variable respuesta está medida en una escala ordinal y el procedimiento consiste en calcular rangos para las observaciones de la variable respuesta. Usando tales rangos puede calcularse un estadístico de prueba que permite decidir si las medias poblacionales asociadas a los grupos de los cuales provienen las muestras referidas son estadísticamente iguales, o no.

Formalmente se considera el juego de hipótesis

$$H_0: Me_1 = Me_2 = \dots = Me_k$$

H_0 : Al menos un valor M_{e_k} es diferente de los demás.

El estadístico de contraste es:

$$W = \left(\frac{12}{n_T(n_T + 1)} \right) \sum_{i=1}^k \frac{R_i^2}{n_i} - 3(n_T + 1)$$

Donde:

k = número de poblaciones a comparar.

n_i = número de observaciones en la muestra i

$n_T = \sum_{i=1}^n n_i$, número total observaciones

R_i = suma de los rangos en la muestra i

Se ha demostrado que la distribución del estadístico W de Kruskal-Wallis, cuando la hipótesis nula es cierta, se aproxima bien mediante la densidad Ji Cuadrada con parámetro $K - 1$, y por ello una regla de decisión consiste en rechazar H_0 si se cumple que $W > \chi_{k-1, 1-\alpha}^2$ donde este último valor es el cuantil $1 - \alpha$ de la densidad Ji Cuadrada con parámetro $k - 1$. La aproximación funciona bien cuando el número de observaciones por grupo muestra es mayor o igual que 5.

En este caso se utilizaron los datos de los gastos totales en salud por entidad federativa, que ofrece el INEGI (2020). Las entidades se agruparon en 5 categorías probabilísticas. El análisis se realizó mediante el programa INFOSTAT.

Cuadro 2: Prueba Kruskal Wallis del gasto público per cápita, en salud, en las entidades de México (2018)

Prueba de Kruskal Wallis

Variable	CATEGASTO PER CÁPITA EN SALUD..	N	Medias	D.E.	Medianas	H	p
GASTO PER CÁPITA EN SALUD C1		7	1257.11	340.08	1176.17	29.77	<0.0001
GASTO PER CÁPITA EN SALUD C2		6	1841.88	46.86	1846.99		
GASTO PER CÁPITA EN SALUD C3		7	2052.84	79.10	2089.28		
GASTO PER CÁPITA EN SALUD C4		6	2313.13	88.90	2349.29		
GASTO PER CÁPITA EN SALUD C5		6	3989.53	3638.60	2510.18		

Trat.	Ranks
C1	4.00 A
C2	10.50 A B
C3	17.00 B C
C4	23.50 C D
C5	29.50 D

Medias con una letra común no son significativamente diferentes ($p > 0.05$)

Fuente: (INEGI, 2020). Análisis realizado con el paquete estadístico INFOSTAT

Como se puede observar resultan significativas las diferencias en el gasto público per cápita destinado a la salud de los mexicanos, en cada una de las entidades de la República. De un gasto anual de 4,000 pesos en promedio, para el grupo C5, hasta 1,257 pesos en el grupo C1, lo cual evidencia problemas de falta de equidad en la distribución de los recursos públicos. Un dato aberrante lo presenta la Ciudad de México, que tiene una media de 11,413 pesos por habitante como gasto anual en salud. Este resultado es producto de los criterios con los cuales se distribuyen los recursos públicos hacia las entidades. El total del personal ocupado en los servicios de salud y los gastos de operación influyen en ese reparto y como históricamente los principales servicios de salud se han ubicado en la Ciudad de México y las capitales de las entidades, anualmente se reproduce esa lógica en la distribución.

El FASSA intenta compensar estas desigualdades. Al entregar los recursos en función del porcentaje de población con empleo informal y sin afiliación a un sistema de seguridad social de manera permanente, remedia parcialmente estas asimetrías.

Se realizó la PRUEBA Kruskal Wallis, pero ahora con los recursos específicos destinados al FASSA de enero a julio de 2020, en cada una de las entidades federativas. La fuente de los datos utilizados son las Estadísticas Oportunas de Finanzas Públicas de la SHCP (2020).

Prueba de Kruskal Wallis

Variable	CATGASTO PER CÁPITA EN SAL..	N	Medias	D.E.	Medianas	H	p
GASTO PER CÁPITA EN SALUDO..	C1	7	281.83	20.09	278.95	29.77	<0.0001
GASTO PER CÁPITA EN SALUDO..	C2	6	373.33	19.19	371.95		
GASTO PER CÁPITA EN SALUDO..	C3	7	445.82	38.14	439.05		
GASTO PER CÁPITA EN SALUDO..	C4	6	568.79	37.85	561.77		
GASTO PER CÁPITA EN SALUDO..	C5	6	737.29	99.13	688.77		

Trat. Ranks

C1	4.00	A
C2	10.50	A B
C3	17.00	B C
C4	23.50	C D
C5	29.50	D

Medias con una letra común no son significativamente diferentes ($p > 0.05$)

Cuadro 3.- Prueba Kruskal Wallis del Gasto per Cápita en Salud a través de FASSA (enero julio 2020) por Entidad.

Fuente: Elaboración con base en (SHCP, 2020), empleando el paquete estadístico INFOSTAT

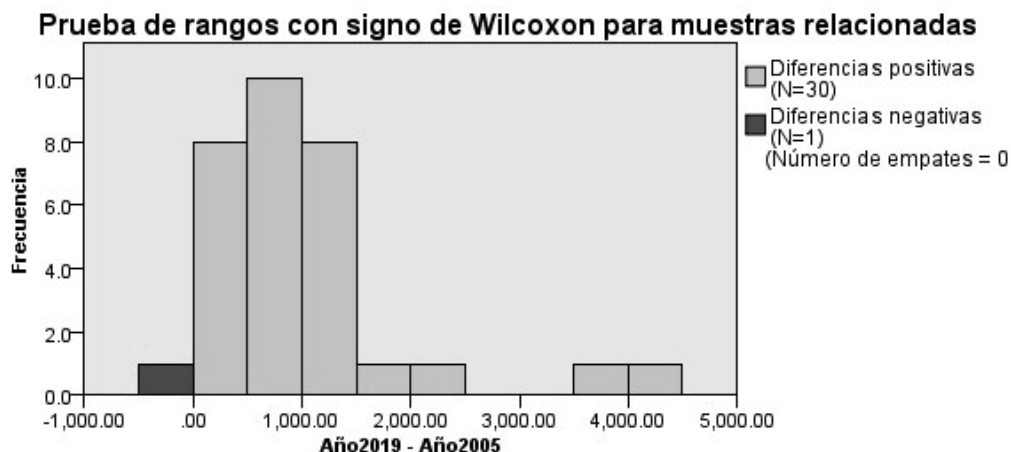
El resultado expresa que, hay una diferencia significativa en el gasto per cápita ejecutado por las entidades de México, en servicios de salud, a través del FASSA en 2020. Las medias de gasto van desde \$737.29 pesos por habitante, en el grupo que más recursos ha empleado, hasta \$281.83 en el grupo que menos ha gastado por habitante. Y aquí, a diferencia del ejercicio previo, son las entidades de Campeche y Colima las que tienen un promedio más alto. Los montos destinados al FASSA compensan parcialmente el monto promedio estatal de los gastos en salud por habitante.

Aunque la orientación de política frente al COVID19 fue que los enfermos podían ser atendidos en cualquier hospital de salud de las entidades, la gran saturación que existe en los hospitales del Seguro Social e ISSSTE orientó a los mexicanos, sin afiliación a un sistema de salud, a los servicios de la Secretaría de Salud o el INSABI.

Al comparar si existió un incremento estadísticamente significativo en los recursos asignados para salud a las entidades entre 2005 y 2019, a través de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, se observa que la mayor proporción de las entidades registró un incremento en el gasto per cápita asignado. Con base en los resultados, (p value=0.000) la mediana de las diferencias entra las variables gasto en salud per cápita en salud en 2005 y en 2019 son estadísticamente diferentes (estadístico de contraste= 495)

56

Gráfica 6: Diferencias de gasto per cápita en salud (2005-2019)

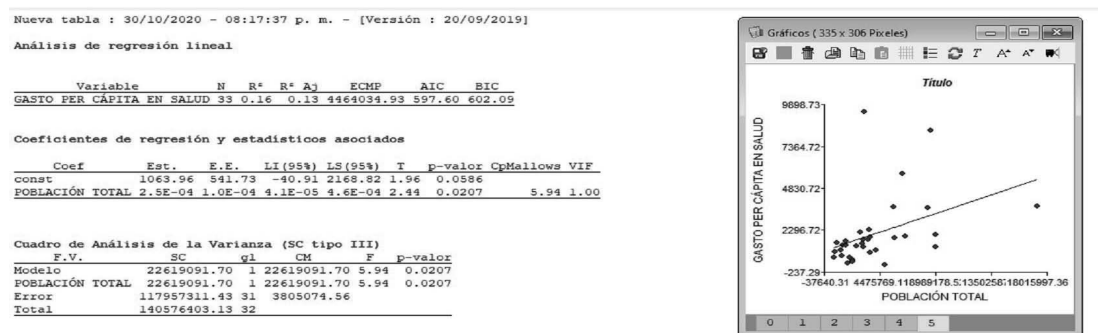


Fuente (INEGI, 2020). Gráfico obtenido a través del programa INFOSTAT

Se realizó además un ejercicio de regresión entre el gasto total per cápita y el total de la población por cada entidad (Cuadro 3), para saber si la distribución del gasto per cápita en salud se asocia al tamaño de la población. Se encontró una relación positiva y significativa (p- valor <.0207), aunque con un grado de asociación baja ($R^2 = .16$). Las entidades con mayor gasto per cápita son también las que mayor población tienen y donde la pandemia ha dejado más muertes. El gasto total per cápita en salud por entidad, no logró contrarrestar la fuerza de la pandemia y la falta de medidas de prevención del contagio, especialmente en las grandes ciudades.

El resultado indica que, si bien el total de la población es una variable que incide de manera positiva en el gasto per cápita, hay otros factores que definen la distribución de recursos públicos en salud. El análisis de regresión ayuda a pronosticar el valor de la variable dependiente ante valores dados de la variable explicativa.

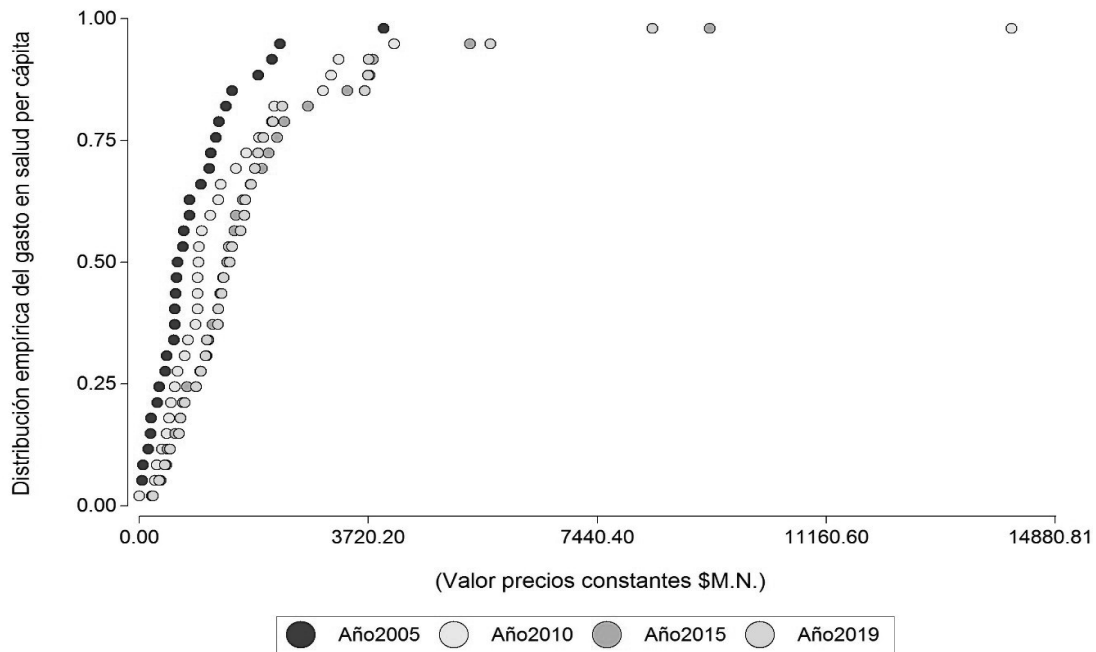
Cuadro 3: Análisis de regresión lineal entre el gasto total per cápita total en salud y el total de la población.



Fuente: (Gobierno de México, 2020), (INEGI, 2020). Ejercicio realizado con apoyo del programa INFOSTAT.

En la Figura 1 se presenta la distribución empírica de las variables gasto en salud per cápita en 2005, 2010, 2015 y en 2019. El cambio en el gasto per cápita entre 2015 y 2019 fueron menores que los que se dieron entre 2005 y 2015. Como se puede observar, hay pocos valores por arriba de \$3,720 (precios constantes). La Ciudad de México, Guanajuato y Veracruz son tres de las entidades con un gasto per cápita mayor a esa cifra.

Figura 1. Distribución empírica del gasto en salud per cápita en las entidades de México en los años 2005, 2010, 2015 y 2019.



Fuente: (INEGI, 2020). Gráfica obtenida con el programa INFOSTAT

Incorporando otras variables de desempeño económico al análisis, se obtienen los siguientes resultados. Las entidades con mayor número de muertes por CoVid19 son también aquellas en donde hay más unidades económicas, más personal remunerado total, el monto de las remuneraciones es mayor y tienen un mayor Valor Agregado Censal Bruto (VACB), esto es los centros urbanos más grandes. Hay una diferencia significativa del número de muertes de acuerdo al número de cada una de las anteriores variables. Por espacio, se expone solamente el resultado entre el número de muertes y el número de unidades económicas, en un anexo se exponen los otros tres resultados.

Cuadro 4: Prueba Kruskal Wallis entre el CAT de Unidades Económicas y el número de muertes por CoVid19 en las entidades.

Prueba de Kruskal Wallis

Variable	CAT	UNIDADES ECONÓMICAS	N	Medias	D.E.	Medianas	H	p
MUERTES	C1		7	573.00	355.43	391.00	19.67	0.0006
MUERTES	C2		6	1096.00	724.79	905.00		
MUERTES	C3		7	1882.71	839.60	1691.00		
MUERTES	C4		6	1403.00	389.96	1387.50		
MUERTES	C5		6	4716.00	3420.62	3393.50		

Trat. Ranks

C1	6.00	A	
C2	12.17	A	B
C4	17.33	B	C
C3	20.57	B	C
C5	27.50		C

Medias con una letra común no son significativamente diferentes ($p > 0.05$)

Fuente: (INEGI, 2020), (Gobierno de México, 2020)

La media en el número de muertes son significativamente diferentes, de acuerdo al número de unidades económicas por entidad. Las entidades con mayor número de negocios tienen en promedio 4716 muertes, frente a una media de 573 en las entidades con menos número de negocios.

Algunas reflexiones finales

58 México está entre los 3 países con más muertes por CoVid19, por millón de habitantes (Word in Data, 2020). Los objetivos de las políticas de salud son evitar muertes y fortalecer el bienestar de los mexicanos. El haber disminuido el 16.6% del gasto en personal, de 2019 a 2020, en los servicios federales de salud y no haber generado medidas de urgencia para contrarrestar esa decisión, resultó equivocada. Las orientaciones contradictorias hacia la población expresaron debilidades en la gestión de la respuesta gubernamental ante la pandemia e incomprensión de la gravedad del fenómeno. El hecho de que, una dependencia ajena a la Secretaría de Salud (Secretaría de Relaciones Exteriores) haya sido la que gestionó la compra de medicamentos, insumos y equipos, confirma la debilidad administrativa de la Secretaría encargada de coordinar las acciones contra la pandemia.

La administración pública, como parte del estado mexicano, es producto de años de trabajo y ajustes políticos y administrativos para fortalecer sus capacidades normativas, técnicas, organizacionales, relacionales y de comunicación. Pretender cambios bruscos en su interior a lo que lleva, es a desestructurar procesos, inercias, cursos de acción para la atención de los problemas públicos. La lógica incremental tiene su fundamento, no en un pensamiento conservador, sino en la comprensión de la complejidad de los sistemas que integran al estado mexicano. Los cambios dentro de la administración pública deben derivar de diagnósticos fundamentados, de necesidades claras y de procesos planeados. Los recursos económicos son un componente para la atención eficaz de los problemas públicos, pero no son el único. Las capacidades técnicas, de comunicación y relacionales juegan un papel central.

La reducción de los recursos para servicios personales en el sector salud y las reformas legales en que se sustentaron (Ley de austeridad republicana y decreto del 23 de abril de 2020), limitaron la respuesta gubernamental frente a la pandemia. La evidencia aquí presentada demuestra que, si bien en general los gastos en salud han crecido paulatinamente, incluyendo los últimos dos años, en el 2020 se afectó el renglón más importante para brindar servicios de salud de calidad.

La inequidad prevaleciente en la distribución de los recursos, per cápita, para la atención de la salud, expresa procesos que se han construido históricamente, pero también fórmulas de asignación de transferencias federales que no resarcan adecuadamente el esfuerzo de las entidades. “Una política sanitaria es satisfactoria cuando genera mejores condiciones de salud, satisfacción de los usuarios, mayor equidad y menores costos. Hay igualdad en la atención a la salud cuando, a igualdad de necesidades, se da igual acceso e igual utilización de la atención existente, con la misma calidad de servicios para todos” (Molina, 2001)

Los resultados de los ejercicios econométricos confirman que, la distribución per cápita de los recursos para la salud en México está asociada al tamaño y poder económico de las entidades, fundamentalmente. A pesar de que las entidades con mejores remuneraciones promedio y generación de mayor riqueza, tienen el gasto per cápita más alto, han sido también las más golpeadas por la pandemia de COVID-19. ¿Cuántas vidas humanas se hubiesen salvado si la comunicación hacia la población hubiese sido la adecuada desde el principio? no lo sabemos, pero el desempeño del sector público y sus autoridades debe evaluarse, como medio de aprendizaje y mejora.

La falta de actualización de los datos del portal de finanzas públicas estatales del INEGI, especialmente del año 2019 y 2020 limita el ejercicio numérico aquí realizado, también, la falta del desglose, por entidad, de los gastos en salud de las dependencias federales. Llama la atención que no todas las entidades tengan registros de casos de muerte en el sistema estatal y municipal de salud (Gobierno de México, 2020), lo que corrobora el subregistro existente.

Avanzar en el fortalecimiento de las capacidades y calidad de los servicios que presta el sector salud en México, está asociado a la profesionalización de su administración, al incremento del personal de salud que atiende a los millones de mexicanos, a la evaluación de su desempeño y al incremento de los recursos públicos para ampliar la cobertura de atención. Los conocimientos tácitos que se generan en los equipos de trabajo del sector salud son un activo valioso que, al parecer, no se consideraron de manera suficiente en la presente pandemia.

Bibliografía

- Adhanom, T. (11 de Marzo de 2020). *Redacción médica*. Obtenido de Coronavirus: la OMS declara la pandemia a nivel mundial por Covid-19: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-pandemia-brote-de-covid-19-nivel-mundial-segun-oms-1895>
- Arellano, D., & Purrón, G. (2002). México. Reforma al sistema presupuestal: una reforma atrapada por las inercias. En D. A. Gault, *Más allá de la reinversión del gobierno* (págs. 453-496). México: Miguel Ángel Porrúa-CIDE.
- Banco de México. (21 de Mayo de 2020). *Banco de México*. Obtenido de Informe trimestral : <https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/informes-trimestrales/recuadros/%7BF0603ACC-F7AC-041A-C6AC-733BFA7281A3%7D.pdf>
- Castro, M. F., López-Acevedo, G., Beker Busjett, G., & Fernandez Ordonez, X. (2009). El Sistema de M&E de México: Un salto del nivel sectorial al nacional . *Serie de Documentos de Trabajo DCE No. 20. Banco Mundial*, 45.
- Congreso de la Unión. (19 de Noviembre de 1919). *Cámara de Diputados*. Obtenido de Ley de Austeridad Republicana: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lfar.htm>
- Congreso de la Unión . (6 de Junio de 2019). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado el 27 de Julio de 2019, de Cámara de diputados: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_060619.pdf
- Dussauge, M. (2018). Reformar administraciones públicas implica gestionar procesos de reforma administrativa. En M. d. Pardo, *Cuadernillo de Gestión por Resultados núm. 5* (págs. 1-14). Ciudad de México: Escuela de Administración Pública del Distrito Federa.
- Garduño, R., & Méndez, E. (27 de octubre de 2020). *La Jornada*. Obtenido de Aprueban diputados disponer \$33 mil millones del Insabi para vacuna contra Covid: <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/10/27/aprueban-diputados-disponer-33-mil-millones-del-insabi-para-vacuna-contra-covid-992.html>
- Gobierno de México*. (24 de Agosto de 2020). Obtenido de Datos abiertos- Dirección General de Epidemiología: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>

- Gobierno de México. (28 de octubre de 2020). *Gobierno de México*. Obtenido de CoVid 19- México: <https://coronavirus.gob.mx/datos/>
- González Gómez, J., & Velasco Sánchez, E. (2014). La evolución del presupuesto basado en resultados en México, 2004-2012: transferencia e implantación de una política pública. *CLAD Reforma y Democracia*. Número 58. Febrero 2014., 101-134.
- González, A. R. (16 de Abril de 2020). *La silla rota*. Obtenido de Cronología de declaraciones: <https://lasillarota.com/nacion>
- IMCO. (s.f.).
- INEGI. (27 de Agosto de 2020). *Censo económico 2019*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/programas/ce/2019/default.html#Tabulados>: <https://www.inegi.org.mx/programas/ce/2019/default.html#Tabulados>
- INEGI. (20 de julio de 2020). *Finanzas públicas estatales y municipales*. Obtenido de Egresos brutos a nivel nacional de los gobiernos estatales : <https://www.inegi.org.mx/programas/finanzas/default.html#Tabulados>
- INFOBAE. (23 de Agosto de 2020). *INFOBAE*. Obtenido de México rebasó el “escenario catastrófico” de muertes por COVID-19 que pronosticó Hugo López Gatell: [google.com/amp/s/www.infobae.com/america/mexico/2020/08/23/mexico-rebaso-el-escenario-catastrofico-de-muertes-por-covid-19-que-pronostico-hugo-lopez-gatell/%3foutputType=amp-type](https://www.google.com/amp/s/www.infobae.com/america/mexico/2020/08/23/mexico-rebaso-el-escenario-catastrofico-de-muertes-por-covid-19-que-pronostico-hugo-lopez-gatell/%3foutputType=amp-type)
- INFOBAE. (20 de Marzo de 2020). *INFOBAE*. Obtenido de De gira a pesar del coronavirus y pide no paralizar al país: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/03/20/tengo-que-seguir-trabajando-lopez-obrador-sale-de-gira-a-pesar-de-coronavirus-y-pide-no-paralizar-el-pais/>
- INFOBAE. (20 de marzo - 20 de abril de Marzo- Abril de 2020). *México*. Obtenido de “Tengo que seguir trabajando”: López Obrador sale de gira a pesar de coronavirus y pide no paralizar el país: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/03/20/tengo-que-seguir-trabajando-lopez-obrador-sale-de-gira-a-pesar-de-coronavirus-y-pide-no-paralizar-el-pais/>
- Lepore, W. (2010). Presupuesto basado en Resultados en México: El efecto Organizacional Neto. *Gestión y Política: Encuentros en nuevas fronteras. Gobierno del estado de Tlaxcala y el Colegio de Tlaxcala.*, 209-236.
- Milenio Digital. (29 de marzo de 2020). *Milenio Digital*. Obtenido de A 38 días del coronavirus en México: <https://www.milenio.com/politica/coronavirus-mexico-linea-mapa-resumen-covid19>
- Molina, G. (2001). Tendencias en la gestión de los servicios de salud. *Revista Nacional de Salud Pública*, 71-90.
- OIT. (11 de Julio de 2020). *OIT*. Obtenido de COVID-19: Cómo están actuando los países: https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/impacts-and-responses/WCMS_739405/lang--es/index.htm
- Poder Ejecutivo Federal. (23 de abril de 2020). *SEGOB*. Obtenido de Diario Oficial de la Federación: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5592205&fecha=23/04/2020
- RAE. (2 de agosto de 2020). *Real Academia Española*. Obtenido de pandemia: <https://dle.rae.es/pandemia>
- Sánchez, M. (18 de Agosto de 2020). *La letalidad hospitalaria por covid-19 en México: desigualdades institucionales*. Obtenido de <https://datos.nexos.com.mx/?p=1625>
- SCHP, S. d. (2008). Obtenido de Sistema de Evaluación del Desempeño.
- SCHP, S. d. (2019). Módulo VII. Las evaluaciones en los gobiernos locales. *Evaluación de Políticas y Programas Públicos. Primera Edición.*, 1-23.
- SEGOB. (23 de Abril de 2020). *SEGOB*. Obtenido de Diario Oficial de la Federación: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5592205&fecha=23/04/2020
- SHCP. (2018). Módulo II. Evaluación de políticas y programas públicos . En SHCP, & UNAM, *Evaluación de Políticas y programas públicos* (págs. Págs. 1-14). Ciudad de México: SHCP. Obtenido de SHCP. (2019).

Módulo II. En SHCP, Evaluación de políticas y programas públicas (págs. 1-14). Ciudad de México: SHCP.

SHCP. (2019). Módulo II. En SHCP, *Evaluación de políticas y programas públicas* (págs. 1-14). Ciudad de México: SHCP.

SHCP. (1 de Agosto de 2020). *Finanzas oportunas de finanzas públicas*. Obtenido de Gasto Programable del Sector Público Presupuestario. Clasificación Funcional: <http://presto.hacienda.gob.mx/EstoporLayout/Layout.jsp>

SHCP. (18 de julio de 2020). *Presupuesto de egresos de la federación*. Obtenido de Clasificación funcional económica del presupuesto: https://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/PEF2020/docs/tomo_1/tomo_1_i12.pdf

SHCP. (24 de Julio de 2020). *Presupuesto de Egresos de la Federación*. Obtenido de Análisis Administrativo del gasto programable por grupo funcional: https://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/PEF2020/docs/tomo_1/tomo_1_i11.pdf

Vardoulakis, Sheel, Lal, & Gray. (2020). COVID-19 environmental transmission and preventive public health measures. *Public Health*, 1-9.

Word in Data. (25 de Agosto de 2020). *Word in Data*. Obtenido de Muertes diarias confirmadas por CoVid 19 por cada 100 mil habitantes: <https://ourworldindata.org/coronavirus#coronavirus-country-profiles>

Bibliografía

Adhanom, T. (11 de Marzo de 2020). Redacción médica. Obtenido de Coronavirus: la OMS declara la pandemia a nivel mundial por Covid-19: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-pandemia-brote-de-covid-19-nivel-mundial-segun-oms-1895>

Arellano, D., & Purrón, G. (2002). México. Reforma al sistema presupuestal: una reforma atrapada por las inercias. En D. A. Gault, Más allá de la reinversión del gobierno (págs. 453-496). México: Miguel Ángel Porrúa-CIDE.

Banco de México. (21 de Mayo de 2020). Banco de México. Obtenido de Informe trimestral :<https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/informes-trimestrales/recuadros/%7BF0603ACC-F7AC-041A-C6AC-733BFA7281A3%7D.pdf>

Castro, M. F., López-Acevedo, G., Beker Busjett, G., & Fernandez Ordenez, X. (2009). El Sistema de M&E de México: Un salto del nivel sectorial al nacional . Serie de Documentos de Trabajo DCE No. 20. Banco Mundial., 45.

Congreso de la Unión. (19 de Noviembre de 1919). Cámara de Diputados. Obtenido de Ley de Austeridad Republicana: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lfar.htm>

Congreso de la Unión . (6 de Junio de 2019). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado el 27 de Julio de 2019, de Cámara de diputados: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_060619.pdf

Dussauge, M. (2018). Reformar administraciones públicas implica gestionar procesos de reforma administrativa. En M. d. Pardo, Cuadernillo de Gestión por Resultados núm. 5 (págs. 1-14). Ciudad de México: Escuela de Administración Pública del Distrito Federal.

Garduño, R., & Méndez, E. (27 de octubre de 2020). La Jornada. Obtenido de Aprueban diputados disponer \$33 mil millones del Insabi para vacuna contra Covid: <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/10/27/aprueban-diputados-disponer-33-mil-millones-del-insabi-para-vacuna-contr-covid-992.html>

Gobierno de México. (24 de Agosto de 2020). Obtenido de Datos abiertos- Dirección General de Epidemiología: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>

Gobierno de México. (28 de octubre de 2020). Gobierno de México. Obtenido de CoVid 19- México: <https://coronavirus.gob.mx/datos/>

González Gómez, J., & Velasco Sánchez, E. (2014). La evolución del presupuesto basado en resultados en México, 2004-2012: transferencia e implantación de una política pública. CLAD Reforma y Democracia. Número 58. Febrero 2014., 101-134.

González, A. R. (16 de Abril de 2020). La silla rota. Obtenido de Cronología de declaraciones: <https://lasillarota.com/nacion>

IMCO. (s.f.).

INEGI. (27 de Agosto de 2020). Censo económico 2019. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/programas/ce/2019/default.html#Tabulados>:

<https://www.inegi.org.mx/programas/ce/2019/default.html#Tabulados>

INEGI. (20 de julio de 2020). Finanzas públicas estatales y municipales. Obtenido de Egresos brutos a nivel nacional de los gobiernos estatales:

<https://www.inegi.org.mx/programas/finanzas/default.html#Tabulados>

INFOBAE. (23 de Agosto de 2020). INFOBAE. Obtenido de México rebasó el “escenario catastrófico” de muertes por COVID-19 que pronosticó Hugo López Gatell: google.com/amp/s/www.infobae.com/america/mexico/2020/08/23/mexico-rebaso-el-escenario-catastrofico-de-muertes-por-covid-19-que-pronostico-hugo-lopez-gatell/%3foutputType=amp-type

INFOBAE. (20 de Marzo de 2020). INFOBAE. Obtenido de De gira a pesar del coronavirus y pide no paralizar al país: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/03/20/tengo-que-seguir-trabajando-lopez-obrador-sale-de-gira-a-pegar-de-coronavirus-y-pide-no-paralizar-el-pais/>

INFOBAE. (20 de marzo - 20 de abril de Marzo- Abril de 2020). México. Obtenido de “Tengo que seguir trabajando”: López Obrador sale de gira a pesar de coronavirus y pide no paralizar el país: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/03/20/tengo-que-seguir-trabajando-lopez-obrador-sale-de-gira-a-pegar-de-coronavirus-y-pide-no-paralizar-el-pais/>

Lepore, W. (2010). Presupuesto basado en Resultados en México: El efecto Organizacional Neto. Gestión y Política: Encuentros en nuevas fronteras. Gobierno del estado de Tlaxcala y el Colegio de Tlaxcala., 209-236.

Milenio Digital. (29 de marzo de 2020). Milenio Digital. Obtenido de A 38 días del coronavirus en México: <https://www.milenio.com/politica/coronavirus-mexico-linea-mapa-resumen-covid19>

62

Molina, G. (2001). Tendencias en la gestión de los servicios de salud. Revista Nacional de Salud Pública, 71-90.

OIT. (11 de Julio de 2020). OIT. Obtenido de COVID-19: Cómo están actuando los países: https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/impacts-and-responses/WCMS_739405/lang-es/index.htm

Poder Ejecutivo Federal. (23 de abril de 2020). SEGOB. Obtenido de Diario Oficial de la Federación: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5592205&fecha=23/04/2020

RAE. (2 de agosto de 2020). Real Academia Española. Obtenido de pandemia: <https://dle.rae.es/pandemia>

Sánchez, M. (18 de Agosto de 2020). La letalidad hospitalaria por covid-19 en México: desigualdades institucionales. Obtenido de <https://datos.nexos.com.mx/?p=1625>

SCHP, S. d. (2008). Obtenido de Sistema de Evaluación del Desempeño.

SCHP, S. d. (2019). Módulo VII. Las evaluaciones en los gobiernos locales. Evaluación de Políticas y Programas Públicos. Primera Edición., 1-23.

SEGOB. (23 de Abril de 2020). SEGOB. Obtenido de Diario Oficial de la Federación: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5592205&fecha=23/04/2020

SHCP. (2018). Módulo II. Evaluación de políticas y programas públicos . En SHCP, & UNAM, Evaluación de Políticas y programas públicos (págs. Págs. 1-14). Ciudad de México: SHCP. Obtenido de SHCP. (2019). Módulo II. En SHCP, Evaluación de políticas y programas públicos (págs. 1-14). Ciudad de México: SHCP.

SHCP. (2019). Módulo II. En SHCP, Evaluación de políticas y programas públicas (págs. 1-14). Ciudad de México: SHCP.

SHCP. (1 de Agosto de 2020). Finanzas oportunas de finanzas públicas. Obtenido de Gasto Programable del Sector Público Presupuestario. Clasificación Funcional: <http://presto.hacienda.gob.mx/EstoporLayout/Layout.jsp>

SHCP. (18 de julio de 2020). Presupuesto de egresos de la federación. Obtenido de Clasificación funcional económica del presupuesto: https://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/PEF2020/docs/tomo_1/tomo_1_i12.pdf

SHCP. (24 de Julio de 2020). Presupuesto de Egresos de la Federación . Obtenido de Análisis Administrativo del gasto programable por grupo funcional: https://www.pef.hacienda.gob.mx/work/models/PEF2020/docs/tomo_1/tomo_1_i11.pdf

Vardoulakis, Sheel, Lal, & Gray. (2020). COVID-19 environmental transmission and preventive public health measures. Public Health, 1-9.

Word in Data. (25 de Agosto de 2020). Word in Data . Obtenido de Muertes diarias confirmadas por CoVid 19 por cada 100 mil habitantes: <https://ourworldindata.org/coronavirus#coronavirus-country-profiles>

ANEXO 1:

I.1.- Prueba Kruskal Wallis entre el CAT de Remuneraciones Totales y el número de muertes por CoVid19

Prueba de Kruskal Wallis

Variable	CATTOTAL DE REMUNERACIONES..	N	Medias	D.E.	Medianas	H	p
MUERTES	C1	7	752.57	483.16	537.00	16.20	0.0028
MUERTES	C2	6	993.00	424.49	966.00		
MUERTES	C3	7	1346.00	880.82	1059.00		
MUERTES	C4	6	2217.67	1040.66	2104.50		
MUERTES	C5	6	4421.00	3598.22	2621.50		

Trat. Ranks

C1	8.29	A
C2	12.17	A
C3	14.57	A B
C4	23.00	B C
C5	26.17	C

Medias con una letra común no son significativamente diferentes ($p > 0.05$)

63

I.2.- Prueba Kruskal Wallis entre el CAT de Valor Agregado Censal Bruto y el número de muertes por CoVid19

Prueba de Kruskal Wallis

Variable	CATVACB	N	Medias	D.E.	Medianas	H	p
MUERTES	C1	7	723.29	457.55	537.00	13.03	0.0111
MUERTES	C2	6	1110.83	410.50	1211.00		
MUERTES	C3	7	1412.00	887.87	1059.00		
MUERTES	C4	6	2438.67	1047.23	2767.50		
MUERTES	C5	6	4039.33	3886.80	2113.00		

Trat. Ranks

C1	7.86	A
C2	14.00	A B
C3	15.43	A B
C5	22.83	B
C4	24.00	B

Medias con una letra común no son significativamente diferentes ($p > 0.05$)

I.3.- Prueba Kruskal Wallis entre el CAT de Personal Remunerado Total y el número de muertes por CoVid19

Prueba de Kruskal Wallis

Variable	CATPERSONAL REMUNERADO TOT..	N	Medias	D.E.	Medianas	H	p
MUERTES	C1	7	686.00	442.78	537.00	16.70	0.0022
MUERTES	C2	6	1262.50	706.20	1090.50		
MUERTES	C3	7	1181.57	732.49	1059.00		
MUERTES	C4	6	2541.50	907.38	2767.50		
MUERTES	C5	6	4097.17	3829.83	2113.00		

Trat. Ranks

C1	7.29	A	
C3	13.57	A	
C2	14.50	A	B
C5	23.83	B	C
C4	25.33		C

Medias con una letra común no son significativamente diferentes ($p > 0.05$)

Rocío Huerta Cuervo es Profesora Investigadora del Centro de Investigaciones Económicas, Administrativas y Sociales del Instituto Politécnico Nacional. Doctora en Políticas Públicas con especialidad en Estudios Organizacionales. Líneas de generación y aplicación del conocimiento: Finanzas Públicas Estatales y Municipales, Capacidades Institucionales para el Desarrollo Local y Estudios Organizacionales en Educación Superior. ORCID:0000-0001-7457-8444

Correo electrónico: rhuerta@ipn.mx y rociohuertac@hotmail.com

Magda Vanegas López es investigadora del Instituto de Socioeconomía, Estadística y Cálculo del Colegio de Posgraduados. Dra. en Economía por el Colegio de Postgraduados Campus Montecillo. Sus intereses académicos se orientan a la Gestión de Recursos Naturales, la Planificación participativa, la evaluación de programas, el diseño de programas públicos y la Gestión Basada en Resultados. ORCID: 0000-0003-0960-9456

Correo electrónico: vanegas.magda@colpos.mx