

Instituto Nacional
de Salud Pública

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO U005 “SEGURO POPULAR” EN EL ESTADO DE TABASCO

2015

CIEE/INSP

Investigador responsable: Juan Pablo Gutiérrez (jpgutier@insp.mx)

Elaboración: Juan Pablo Gutiérrez, Isabel Vieitez y Zayra López

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|---|-----------|
| Antecedentes..... | 5 |
| La implementación del SP en Tabasco: evaluaciones y auditorías previas..... | 7 |
| Las intervenciones y el sistema de monitoreo..... | 12 |
| Objetivos..... | 18 |
| Objetivo general..... | 18 |
| Objetivos específicos..... | 18 |
| Metodología..... | 19 |
| Indicadores..... | 19 |
| Análisis de desempeño: tendencias y correlación..... | 20 |
| Resultados..... | 22 |
| Condiciones socioeconómicas y de salud en Tabasco..... | 24 |
| Condiciones demográficas y socioeconómicas..... | 24 |
| Perfil epidemiológico..... | 27 |
| Protección financiera y utilización de servicios en salud..... | 30 |
| Satisfacción de los usuarios del SPSS 2014..... | 33 |
| La dimensión presupuestal: histórico de gasto asignado y ejercido del programa U005..... | 34 |
| Conceptos de gasto..... | 38 |
| El desempeño del Seguro Popular en Tabasco: los indicadores estratégicos de la Matriz de Indicadores para..... | 40 |
| Fin: proporción de gasto de bolsillo en salud de los hogares..... | 40 |
| Propósito: porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular..... | 42 |
| Componente: acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud..... | 44 |
| Discusión..... | 46 |
| Conclusiones..... | 50 |
| Recomendaciones..... | 53 |
| Referencias..... | 55 |

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

TABLA DE CUADROS

| | |
|--|----|
| Cuadro 1. Evolución de los niveles de fin, propósito y componentes de la MIR U005 "Seguro Popular en el período 2009-2014..... | 14 |
| Cuadro 2. Matriz de Indicadores para Resultados 2014 del Programa U005 Seguro Popular hasta el nivel de componentes | 16 |
| Cuadro 3. Indicadores de carencia social, Tabasco (2010-2014) | 26 |
| Cuadro 4. Principales causas de egresos hospitalarios por condición de aseguramiento. Tabasco, 2013..... | 29 |
| Cuadro 5. Utilización de servicios de salud de la Secretaría de Salud estatal (2006-2012)..... | 32 |
| Cuadro 6. Subsidio asignado y ejercido y gasto ejercido per cápita 2007-2014..... | 37 |
| Cuadro 7. Conceptos de Gasto del Anexo IV para el ejercicio fiscal 2014..... | 39 |
| Cuadro 8. Tendencias del indicador de fin..... | 41 |
| Cuadro 9 . Gasto de bolsillo estimado para el estado de Tabasco (2012)..... | 42 |
| Cuadro 10. Tendencias del indicador de propósito..... | 43 |
| Cuadro 11. Tendencias del indicador de componente | 44 |

TABLA DE GRÁFICAS

| | |
|--|----|
| Gráfica 1. Número de personas afiliadas y subsidio transferido a Tabasco conforme a la afiliación observada, 2007-2014 | 10 |
| Gráfica 2. Porcentaje de afiliados al SPSS por decil de ingreso, nacional y Tabasco 2014 | 11 |
| Gráfica 3. Número de intervenciones, medicamentos e insumos del CAUSES, 2004-2014..... | 12 |
| Gráfica 4. Tasa de variación de los indicadores de carencia social, Tabasco 2010-2014 | 27 |
| Gráfica 5. Prevalencia de DM e HTA por diagnóstico médico previo..... | 28 |
| Gráfica 6. Protección financiera en salud en Tabasco, 2012 | 30 |
| Gráfica 7. Cobertura del SPSS de acuerdo al quintil de nivel socioeconómico, 2012.... | 31 |
| Gráfica 8. Distribución porcentual de problemas reportados por los usuarios que inciden en la satisfacción, Tabasco y nacional. ESASPSS 2013-2014..... | 34 |
| Gráfica 9. Gasto ejercido per cápita* y personas afiliadas, 2008-2014 (precios 2014) | 38 |

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

LISTADO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

| | |
|----------------|--|
| CAUSES | Catálogo Universal de Servicios de Salud |
| CNPSS | Comisión Nacional de Protección Social en Salud |
| Coneval | Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social |
| DOF | Diario Oficial de la Federación |
| ENSANUT | Encuesta Nacional de Salud y Nutrición |
| FPGC | Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos |
| LGS | Ley General de Salud |
| MIR | Matriz de Indicadores para Resultados |
| OPD | Organismo Público Descentralizado |
| PIB | Producto Interno Bruto |
| REPSS | Régimen Estatal de Protección Social en Salud |
| SESA | Sistema(s) Estatal(es) de Salud |
| SINAIS | Sistema Nacional de Información en Salud |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| SP | Seguro Popular |
| SPSS | Sistema de Protección Social en Salud |
| TdR | Términos de Referencia |

Antecedentes

Con el establecimiento en 2003, a través de la reforma a la Ley General de Salud (LGS), del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), se estableció una herramienta de política pública para incidir en la ausencia de protección financiera en salud y en sus consecuencias, en particular, el empobrecimiento por motivos de cuidado a la salud.

El SPSS se creó para ofrecer a la población sin cobertura de seguridad social un mecanismo de aseguramiento en salud con un fuerte subsidio gubernamental; y con el propósito de reducir de forma significativa el gasto de bolsillo de los hogares.

El SPSS es una pieza central de la estrategia mexicana para alcanzar la cobertura universal en salud (CUS). La cual, desde la lógica propuesta por la OMS, debe considerar los servicios que se cubren, la cobertura de los mismos y la protección financiera. De acuerdo con la LGS la protección social en salud *“es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización, y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación; seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social”*¹.

En la ley se define al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) como las acciones que se provean a través de la SSA o de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, en materia de protección social en salud². La población objetivo del Sistema se constituye por las familias y personas que no

¹ Ver art. 77 bis 1 de la LGS.

² Ver art. 77 bis 2 de la LGS.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

cuenten con derechohabencia en las instituciones de seguridad social y tampoco con algún otro mecanismo de previsión en materia de salud. Sin embargo, su incorporación debe realizarse con base en la circunscripción territorial a la cual corresponda su domicilio³³; ya que es a partir de ello que se organizan las acciones de financiamiento y provisión de los servicios de salud.

La operación del SPSS se realiza a partir de la coordinación entre la Federación y las entidades federativas. Las entidades, de acuerdo con lo establecido en la Ley, han conformado Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), como entes que conceptualmente deben funcionar como compradores estratégicos de servicios de salud en los estados; de acuerdo con las intervenciones cubiertas en el SPSS, y fundamentalmente a partir de la oferta que realizan los servicios estatales de salud.

En primera instancia, la Federación funge como coordinadora y rectora del sistema en general, y regula y transfiere recursos a las entidades a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). En lo general, la prestación, como se señaló, se lleva a cabo a través de los Servicios Estatales de Salud (SESA), los cuales, como resultado del proceso de descentralización llevado a cabo en los ochentas, cuentan con diferentes figuras jurídicas.

En ese contexto, el SPSS está compuesto por diversas estrategias o programas entre los que destaca el Seguro Popular (SP) o programa presupuestario U005, que es un programa de subsidios. El SP financia la implementación en las entidades federativas de las intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Así, a los REPSS corresponde administrar y gestionar los recursos del sistema para garantizar la provisión de los servicios de salud en los términos establecidos en el CAUSES y el FPGC.

³³ Ver Art. 77 bis 3 de la LGS.

La implementación del SP en Tabasco: evaluaciones y auditorías previas

Los incrementos en términos de afiliación son relevantes puesto que implican disminuciones en las barreras de entrada para el acceso al sistema de salud y, como consecuencia, constituyen un paso preliminar indispensable para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud que ofrecen las redes públicas en los estados. Asimismo, una vez que efectivamente se ha garantizado el derecho de acceso a los servicios de salud, se esperaría que ello tuviera un efecto directo en los bolsillos de los beneficiarios del sistema por causa de la protección financiera.

Con esos antecedentes, desde su introducción, y de acuerdo con los informes de resultados de la CNPSS, a nivel nacional se ha ampliado la cobertura del SPSS hasta llegar en 2014 a 57.3 millones de personas afiliadas con un presupuesto asignado total de \$159,275.3 millones de pesos⁴. Sin embargo, cabe advertir que los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 (1) mostraron resultados divergentes con relación a los registros administrativos de la CNPSS, puesto que la diferencia entre el registro del padrón oficial y la estimación de la encuesta ascendió a poco más de 10 millones de personas; lo que sugiere que independientemente de la magnitud del reto en términos de acceso efectivo, calidad y servicios incluidos, aún podrían persistir adversidades en materia de afiliación y, por ende, brechas importantes en otros terrenos asociados a la protección financiera en salud.

Con respecto al estado de Tabasco, éste fue pionero en la implementación del SP, y en 2002 fue estado piloto del programa “Salud para Todos”, primer antecedente del SPSS. Sin embargo, se formalizó la introducción del SPSS tras la celebración del Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social

⁴ Informe Anual de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2014

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

en Salud, entre la Secretaría de Salud federal y el estado de Tabasco⁵; publicado en el Periódico Oficial de la entidad el 18 de agosto de 2004, mismo que posteriormente sería publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) del 5 de enero de 2006.

Con esos antecedentes, el SPSS comienza a operar en los hechos en Tabasco en 2004, y para su formalización le sucedieron reformas legales para facilitar su implementación. Es en julio de 2009 que se publica el acuerdo que reformó y adicionó el Reglamento Interior de los Servicios de Salud del Estado de Tabasco para crear el REPSS como unidad administrativa dependiente del Organismo Público Descentralizado (OPD) de los Servicios de Salud del Estado de Tabasco. Como consecuencia, hoy en día la administración de los recursos del SPSS corresponde principalmente a este OPD por intermediación del REPSS.

Las evaluaciones al SPSS publicadas señalan que en 2007 la entidad contaba con un alto porcentaje de afiliación, y una gran proporción de unidades acreditadas en los términos establecidos por la reforma de 2003 a la LGS. En particular, la Evaluación de Procesos Administrativos de 2007 señalaba que Tabasco había rebasado sus metas de afiliación de familias para ese año, con una concentración mayor de afiliados en los deciles 2 y 3 en comparación con otras entidades. Asimismo, en ese documento se señala que el uso del FPGC era inferior al promedio nacional, y que la correlación entre el número de afiliados y el número de técnicos y profesionales de la salud era menor al promedio nacional; sugiriendo un reto de capacidad estructural de los servicios (2).

En 2009 la Evaluación al Sistema de Protección Social en Salud mostró que ese año la cobertura de afiliación en Tabasco alcanzó el 100% de su meta de

⁵ Acuerdo de coordinación para la ejecución del sistema de protección social en salud que celebran por una parte el ejecutivo federal por conducto de la Secretaría de Salud, a la que en lo sucesivo se le denominará "salud", representada por su titular, el Doctor Julio José Frenk Mora con la participación de la Subsecretaría de Administración y Finanzas, Lic. María Eugenia de León May, y por otra parte, el ejecutivo del estado libre y soberano de Tabasco, a quien en lo sucesivo se denominará el "ejecutivo estatal", representado por el C. Lic. Manuel Andrade Díaz en su carácter de gobernador constitucional del estado de Tabasco. Periódico Oficial Órgano de Difusión Oficial del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Tabasco. Época 6ª. Suplemento 6464, 18 de agosto de 2004.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

afiliación, y que de ese porcentaje, poco más del 75% correspondía a la población rural(3). De igual manera, en la Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010, nuevamente la entidad destacó por sus logros en las metas de afiliación (4). No obstante, la Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2012 reportó, a partir de la información de la ENSANUT 2012, que ese año, 21.9% de la población no contaba con ningún esquema de protección, 51.2% pertenecían al SPSS y 27% contaban con otro tipo de esquema (5). Adicionalmente, la evaluación reportó una diferencia de 378,558 afiliados entre las cifras reportadas en el padrón de la CNPSS (1,549,083 afiliados) en el estado y los identificados como afiliados en la ENSANUT 2012 (1,170,225 afiliados).

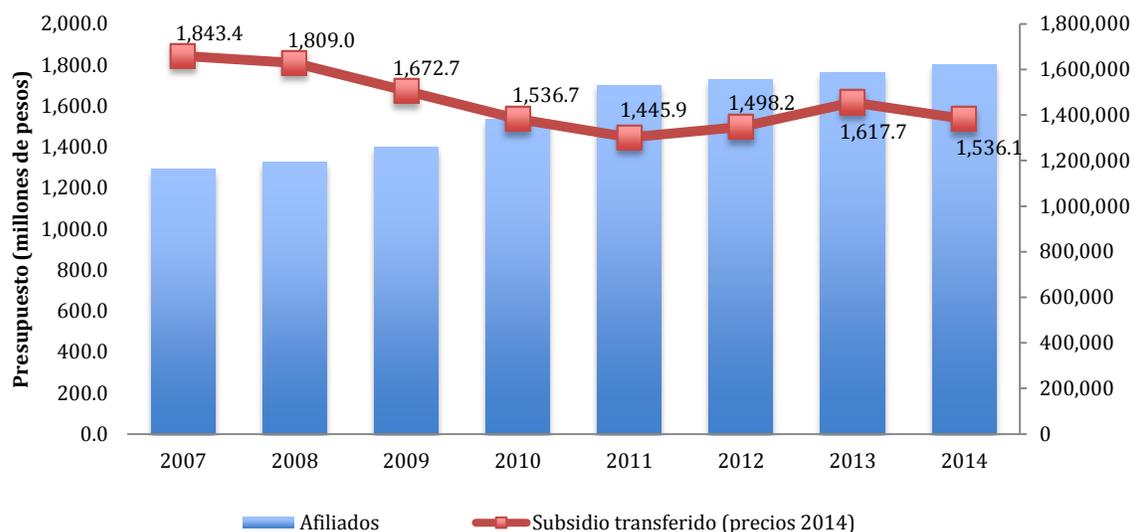
Con relación a la productividad y el gasto de bolsillo, las evaluaciones también presentan evidencias interesantes. La Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2011 señaló que la entidad tenía un nivel alto de gasto en salud, pero los efectos de éste en el gasto de bolsillo se estimaron por debajo de la media nacional. En ese contexto, en la entidad se reportó mayor ausentismo del personal de salud. Si bien excluyendo los casos de ausentismo, resultó como la entidad más productiva en términos de consultas, con 18.7 consultas al día por médico (6).

Por otra parte, en 2013 la Evaluación de Costo-Efectividad del Programa U005 Seguro Popular, se estimó que en Tabasco se gastó entre 2.86 y 4.28 pesos públicos por cada peso ahorrado en el sector privado (gasto de bolsillo). De igual manera, en ese documento se señaló que entre 2004 y 2010 hubo en la entidad una pérdida de productividad, debido a que la utilización de los servicios de salud no aumentó al ritmo que incrementaron los recursos y la infraestructura (7). Finalmente, en la Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2012 se calculó la mediana del gasto de bolsillo en medicamentos por entidad, resultando Tabasco como el estado con el mayor valor estimado, \$251.9 pesos anuales en comparación con Coahuila con una mediana de gasto de \$157.7 pesos anuales (5).

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

De acuerdo con la CNPSS, las afiliaciones en Tabasco han aumentado de forma constante hasta llegar en 2014 a poco más de 1.6 millones de personas afiliadas, para las cuales se transfirió un presupuesto de \$1,536.1 millones de pesos. La Gráfica 1 muestra cómo los montos transferidos no presentan la tendencia constante creciente de la afiliación. El financiamiento en pesos reales a 2014 muestra un descenso constante hasta 2011, para luego ascender hasta 2013, y nuevamente descender en 2014 (8). Este resultado puede ser consecuencia del cambio en la unidad de afiliación, de familia a individuo, que se reflejaría en un ajuste a la baja de los recursos si el promedio de integrantes de las familias era menor en la entidad al estimado para las transferencias.

Gráfica 1. Número de personas afiliadas y subsidio transferido a Tabasco conforme a la afiliación observada, 2007-2014



Fuente: Informes de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014. Los datos que se presentan excluyen los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y el Fondo de Previsión Presupuestal puesto que éstos son administrados desde la Federación. Los montos se presentan en pesos deflactados a 2014.

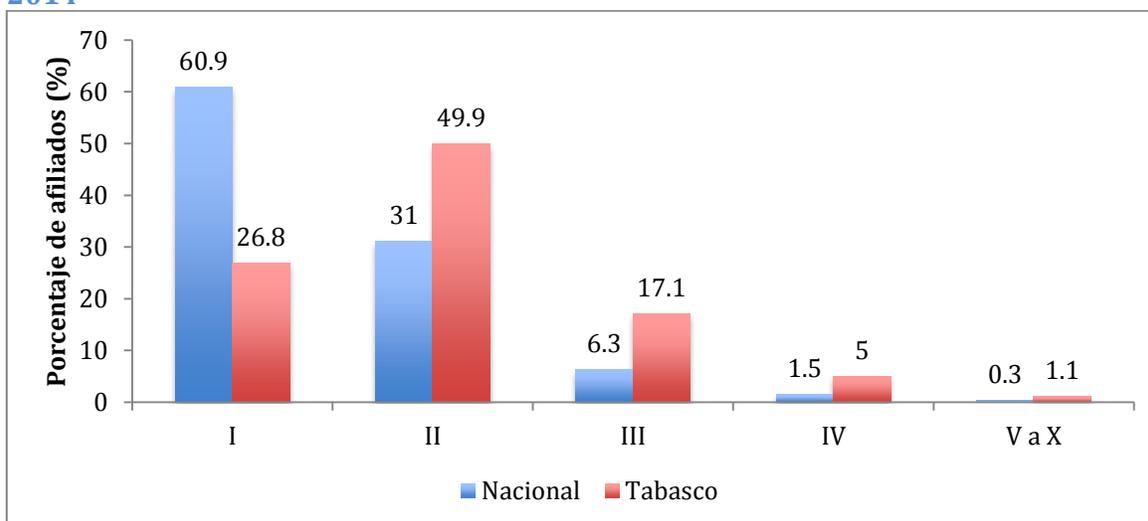
Con relación a los informes emitidos por la Auditoría Superior de la Federación (ASF), en el informe de la Cuenta Pública 2013 se señaló que Tabasco ocupó el lugar número 11 de desempeño en la gestión del gasto federalizado, obteniendo una puntuación de 70.0 de 100 posibles; mientras que Querétaro, el estado con el

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

mejor índice obtuvo 80.4. En contraste, Michoacán destacó como la entidad con el menor desempeño con un índice de 37.9 (9). En los informes sobre el Estado que Guarda la Solventación de Observaciones y Acciones Promovidas a las Entidades Fiscalizadas, con cortes al 30 de septiembre de 2013 y 2014, se identificaron reportes de excedentes en el gasto destinado a medicamentos, dificultades para acreditar el pago de las cuotas familiares antes de 2013, falta de acuerdos entre la Federación y la entidad para acordar medidas de mejora para el cumplimiento de los objetivos de los recursos del FASSA y del SPSS, con base en indicadores y metas (10, 11).

Por lo que se refiere al perfil de la población afiliada, la mayor parte de los afiliados de la entidad pertenecen a los deciles de ingreso I y II; si bien se reporta mayor afiliación en otros deciles en comparación con el promedio para el país, en Tabasco 17.1% pertenecen al decil III, en contraste con 6.3% del promedio nacional; 5% al IV, mientras que sólo 1.5% a nivel nacional, y 1.1% se encuentran en los deciles del V al X frente a 0.3% del agregado nacional (8) (Gráfica 2).

Gráfica 2. Porcentaje de afiliados al SPSS por decil de ingreso, nacional y Tabasco 2014

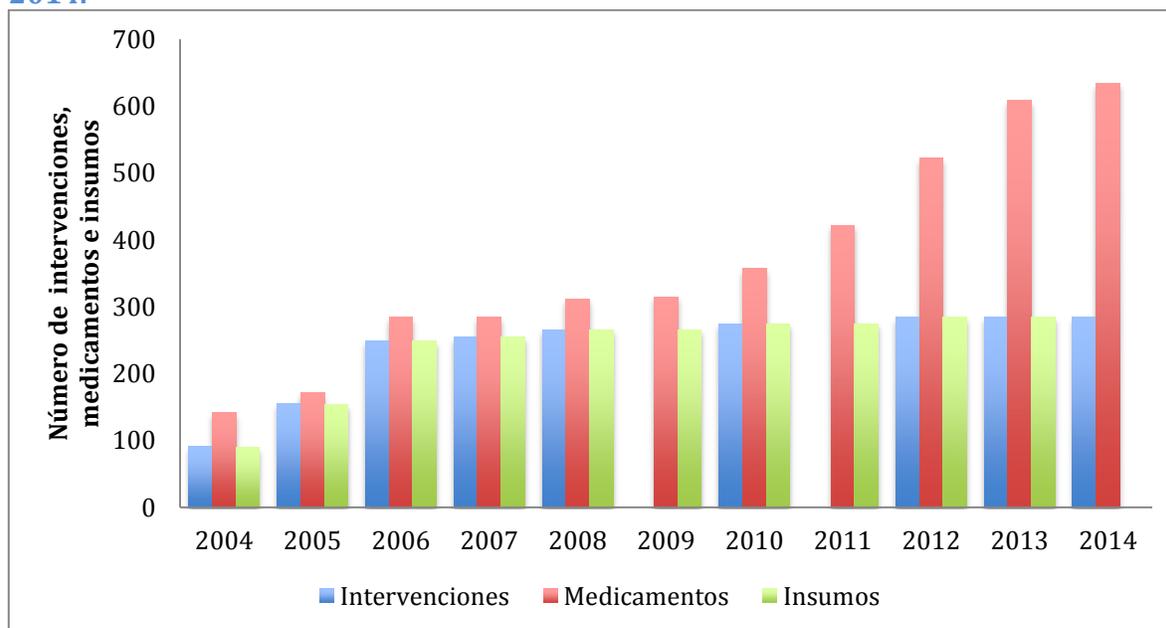


Fuente: [Tabla 1.5 Afiliados al SPSS por decil de ingreso] Informe de Resultados 2014 del Sistema de Protección Social en Salud].

Las intervenciones y el sistema de monitoreo

Los instrumentos garantes de las coberturas explícitas más importantes del SPSS son el CAUSES y el FPGC. En el primer caso se trata de un catálogo con 285 intervenciones de primer y segundo nivel, que además incluyen un catálogo de medicamentos y otros insumos asociados a dichas intervenciones. Por otra parte, el FPGC refiere a 59 procedimientos de alto costo. No obstante, como se puede observar en la Gráfica 3, el número de intervenciones e insumos relacionados se ha ido incrementando paulatinamente; por ejemplo, los medicamentos cubiertos en 2004 eran 142 y en 2014, 634.

Gráfica 3. Número de intervenciones, medicamentos e insumos del CAUSES, 2004-2014.



Fuente: elaboración propia con base en Informes de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014 (8, 12-18).

Nota: en el informe no aparece la información sobre el número de insumos en 2014.

Para monitorear los logros del SP, en 2009 se presentó por vez primera una Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). La MIR surgió como un instrumento para dar seguimiento a los resultados de la implementación de este programa federal. Adicionalmente, se han realizado diversas evaluaciones al programa, pero con relación al desempeño la mayor parte de éstas se fundamentan en el análisis de la evolución de los indicadores planteados en la MIR; mientras que, por otro lado, las

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

valoraciones complementarias ligadas al desempeño han tratado de medir la costo-efectividad de las intervenciones. Gracias a ello se puede afirmar que la utilización de los servicios disponibles en la entidad no ha mejorado al mismo ritmo que los recursos y la infraestructura⁶.

El primer antecedente de la MIR del SP se remonta a 2009. Desde ese entonces, el diseño se ha ido modificando en los métodos de cálculo de los indicadores. Sin embargo, los nombres de los indicadores de fin, propósito y componentes no se han transformado en el período 2009-2014. Es por ello que en este apartado se presenta un cuadro con la evolución de las fórmulas en los tres niveles de análisis seleccionados para la evaluación de desempeño.

En el **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se observa que el indicador de fin no sólo no ha cambiado en el nombre, sino que tampoco lo ha hecho en términos del método de cálculo. El indicador de propósito, en contraste, ha tenido dos cambios, dado que la población de referencia en el denominador fue modificada en 2011 y 2012. Desde 2012, la población de referencia para estimar el avance en el cumplimiento de incorporación de beneficiarios al SP es el número de personas que se planeaba incorporar en 2012. Por último, con relación al indicador de componentes “acceso a beneficios del sistema de protección social en salud”, éste se transformó en 2010 cuando se comenzó a cuantificar el acceso con el número de consultas realizadas en el ejercicio fiscal correspondiente, respecto del total de personas afiliadas en ese mismo período.

⁶ Ver en la sección anterior el reporte de la Evaluación 2013 de Costo-Efectividad del Programa U005 Seguro Popular.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

Cuadro 1. Evolución de los niveles de fin, propósito y componentes de la MIR U005 "Seguro Popular en el período 2009-2014

| | Indicador | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------|--|--|------|---|------|---|------|
| Fin | Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares | (Gasto de bolsillo en salud de los hogares/Gasto total en salud) X 100 | | | | | |
| Propósito | Porcentaje de avance del cumplimiento de incorporación de familias al Seguro Popular | (Total de familias incorporadas en el año/Total de familias programadas a incorporar al 2010) x 100 | | (Total de personas incorporadas en el año)/(Total de personas programadas a incorporar al 2011) x 100 | | (Total de personas incorporadas en el año)/(Total de personas a incorporar en 2012) x 100 | |
| Componentes | Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud | (Número de consultas 2009 /Total de personas afiliadas 2009)/(Número de consultas 2008/Total de personas afiliadas X 100 | | (Número de consultas en el período /Total de personas afiliadas en el período) | | | |

Fuente: Elaboración propia con base en la información proporcionada por el Observatorio de Gasto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el Consejo Nacional de la Política de Desarrollo Social.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

La información de la MIR se reporta desde las entidades federativas, pero se presenta en forma agregada como promedio nacional dado que el programa es federal. Es así que, tanto los usuarios como el público interesado, cuentan con poca o nula información sobre la administración y los resultados de la implementación del SP en las entidades. A continuación se presenta la matriz de este programa vigente en 2014 y hasta el nivel de componentes [\(19\)](#) (Cuadro 2).

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

Cuadro 2. Matriz de Indicadores para Resultados 2014 del Programa U005 Seguro Popular hasta el nivel de componentes

| | Indicador | Resumen Narrativo | Método de cálculo | Medios de verificación |
|------------|--|--|--|--|
| Fin | Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares | Contribuir a evitar el empobrecimiento por motivos de salud, mediante el aseguramiento médico de la población que carece de seguridad social | $(\text{Gasto de bolsillo en salud de los hogares}) / (\text{Gasto total en salud}) \times 100$ | Información de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) |
| Propósito | Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular | La población que carece de seguridad social cuenta con acceso a las intervenciones esenciales de prevención de enfermedades y atención médica curativa | $(\text{Total de personas incorporadas en el año}) / (\text{Total de personas a incorporar en 2012}) \times 100$ | Sistema de Administración del Padrón del Sistema de Protección Social en Salud |
| Componente | Acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud | Acceso efectivo a los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud | $(\text{Número de consultas en el período}) / (\text{Total de personas afiliadas en el período})$ | Dirección General de Información en Salud (Concentrado por unidad médica) Sistema de Administración del padrón del Sistema de Protección Social en Salud |

Fuente: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Matriz de Indicadores para Resultados 2014 del Programa Presupuestal U005 Seguro Popular.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

A partir del análisis de la información existente sobre las condiciones de salud en Tabasco, y el desempeño del SPSS en la entidad, este documento presenta una serie de valoraciones de los resultados alcanzados; contrastándolos como el comportamiento de los mismos para el país, e identificando potenciales áreas de oportunidad para el REPSS Tabasco.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar los resultados del REPSS en el estado de Tabasco, identificando, en primera instancia, la alineación del Fondo a los objetivos planteados en el marco de los ejercicios de planeación federal y estatal, y posteriormente el análisis de la información existente sobre el cumplimiento de los indicadores estratégicos y de desempeño; así como otra información disponible sobre resultados del REPSS en la entidad.

Objetivos específicos

- Documentar los niveles de los indicadores de fin, propósito y componente que se establecen en la matriz de indicadores del Programa Presupuestario U005 del Ramo 12 Salud, y la tendencia observada en los mismos, utilizando información secundaria.
- Analizar la correlación entre los indicadores y los montos transferidos a la entidad para el REPSS.
- Caracterizar las condiciones de salud en la entidad a partir de otras fuentes de información como la ENSANUT 2006 y 2012 (<http://ensanut.insp.mx>).
- Analizar el comportamiento de los indicadores para la entidad (y a nivel federal como referencia) de los indicadores de fin, propósito y componente que se establecen en la matriz de indicadores del Programa Presupuestario U005 del Ramo 12 Salud, para establecer los avances en los mismos.

Metodología

La evaluación de desempeño del SPSS en Tabasco es un estudio retrospectivo a partir de la revisión de información secundaria, tanto sobre indicadores como documental, y se basa principalmente en el análisis de las tendencias y niveles de los indicadores del programa definidos a nivel federal, y publicados en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del ejercicio fiscal 2014. Para ello, se analizan los resultados en dichos indicadores para el estado de Tabasco de 2007 a 2014; y de forma comparada con los resultados de los mismos para el país.

En ese marco, la propuesta parte de un análisis cuantitativo sobre las variables asociadas a los resultados de los indicadores seleccionados de la MIR del ejercicio fiscal 2014. Así, se plantea un análisis de las tendencias (2007-2014)⁷ y la correlación de los indicadores con el gasto asignado del U005; además de un contraste con el desempeño estimado a nivel nacional para las mismas dimensiones de análisis. Todo ello a la luz del perfil socioeconómico y epidemiológico de la entidad.

Indicadores

Los indicadores analizados corresponden a los niveles de Fin, Propósito, y Componentes de la MIR, mismos que reflejan las tendencias en los logros de los objetivos estratégicos del programa.

- Fin: Proporción del gasto de bolsillo en salud de los hogares.
- Propósito: Porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular.
- Componentes: Número de consultas promedio por año de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.

⁷ Las estimaciones se realizarán para el período 2006-2014, cuando la información lo permita, dado que fue en 2006 que se publica en el DOF el convenio de colaboración para la implementación del SPSS en Tabasco.

Análisis de desempeño: tendencias y correlación

El cálculo del valor anual de cada indicador se realizó siguiendo la fórmula detallada en la propia MIR, vigente en el ejercicio fiscal a evaluar, obteniendo los valores para el país y para Tabasco con respecto del periodo 2007 a 2014; lo que permite analizar la posición relativa de la entidad en el país, y los cambios en la misma. Por otra parte, para identificar las tendencias en los indicadores se estimaron las variaciones anuales de los indicadores y se calculó su variación en el período; estimando para ello la tasa de variación anual y la tasa de crecimiento en el periodo, de acuerdo con las fórmulas F1 y F2:

$$\text{Tasa de variación anual} = \left(\frac{\text{Indicador}_t - \text{Indicador}_{t-1}}{\text{Indicador}_{t-1}} \right) * 100 \text{-----F1}$$

$$\text{Tasa de crecimiento en el periodo} = \left(\sqrt[m]{\frac{\text{Indicador}_T}{\text{Indicador}_{t_0}}} - 1 \right) * 100 \text{-----F2}$$

Donde para cada indicador “t” refiere al valor para un año dado, “t-1” al valor en el año previo, “T” al valor en el periodo final, “t0” al valor en el año inicial, y “m” el número de años considerados. El comportamiento de los indicadores en la entidad a partir de estas dos tasas se contrastó con el observado para el país, verificando la consistencia y magnitud de las mismas.

Adicionalmente, para valorar el grado de correlación entre el monto de los recursos ejercidos en pesos constantes a 2014 y los resultados alcanzados, se realizaron pruebas no paramétricas de correlación de Spearman para valorar la posible relación existente entre los logros en los indicadores y los presupuestos ejercidos por la entidad.

En el caso del indicador de Fin, referente al gasto de bolsillo de los hogares, debido a la carencia de información de este rubro a nivel estatal, se estimó el monto de gasto de bolsillo por entidad prorrateando el total nacional de acuerdo a

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

la distribución del gasto de bolsillo en salud que se refleja en la ENSANUT. De manera que se generó el porcentaje del total nacional de gasto de bolsillo para cada entidad como el cociente del gasto en salud de los hogares en cada entidad y el gasto en salud de los hogares del país con la información captada en la ENSANUT. En primer lugar se calculó la participación relativa que tiene cada entidad respecto del gasto total para cada uno de los objetos de gasto contemplados en la encuesta. Así, el algoritmo para calcular el gasto de bolsillo estatal total es el siguiente:

$$GBEj = \sum_{i=1} GBij$$

GBE es el gasto de bolsillo estatal total de la entidad (*j*); y

GBij es el gasto de bolsillo según el objeto de gasto (*i*) de la entidad (*j*).

$$(a) GBij = \frac{GB\ ENSANUT\ 2012ij}{\sum_{j=1}^{32} GB\ ENSANUT\ 2012} * GBN(2012)$$

GBij es el gasto de bolsillo de la entidad (*j*) según el objeto de gasto (*i*);

GBENSANUT 2012 ij es el gasto de bolsillo reportado por la Ensanut 2012 en la entidad (*j*) según el objeto de gasto (*i*); y

GBNi(2012) es el gasto de bolsillo nacional según el objeto de gasto (*i*) estimado en 2012 del sistema de cuentas en salud.

Resultados

Con base en lo expuesto, la evaluación de desempeño que aquí se presenta se fundamenta en la revisión del comportamiento de los niveles de fin, propósito y componentes de la MIR del programa presupuestario U005 o “Seguro Popular” en Tabasco. En primera instancia, se ofrece una explicación sobre las fuentes de información utilizadas para el análisis y los retos encontrados para la realización de esta evaluación. Posteriormente, se realiza una descripción general del perfil socioeconómico y epidemiológico de la población tabasqueña, para contextualizar las características de la demanda y utilización de los servicios de salud en la entidad. Luego, se presenta la evolución del presupuesto para facilitar la comprensión de sus características y complejidades. Posteriormente, se encontrarán los resultados de desempeño a partir del análisis de la evolución en los indicadores seleccionados, y de la correlación con el presupuesto asignado y/o ejercido; y finalmente, se presentará una sección con el recuento y la discusión de los hallazgos para derivar en conclusiones y recomendaciones.

Para el análisis sobre el perfil sociodemográfico y epidemiológico de la entidad, se utilizaron los resultados de la medición de la pobreza en 2014, publicados por el Coneval en julio de 2015, y los resultados, tanto nacionales como del informe estatal de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). A partir de esta información se integró el escenario sobre los retos y necesidades de la entidad, entre ellos sobre la población con carencia de acceso a los servicios de salud definida como la población potencial del SP.

Para el análisis sobre la dimensión presupuestal, y de la progresión de la afiliación de beneficiarios al SP, se utilizó la información proporcionada por el estado⁸, así como los Informes de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2008,

⁸ Comunicaciones con el REPSS de Tabasco del 8 de abril, 7 de mayo, 17 de junio, 23 y 28 de julio y 4 de agosto.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014 y los Anexos III y IV (2014) del acuerdo de coordinación.

Con relación a la evaluación de los indicadores, con excepción de la progresión de la afiliación (indicador de Propósito), el REPSS de Tabasco no ha formalizado metas sobre los indicadores en la MIR (Fin y Componentes), debido principalmente a que la MIR se define en el nivel federal para dar seguimiento al agregado nacional; por lo que no es específica para la entidad. Para analizar el desempeño con relación al indicador de Fin, el principal reto es la carencia de información con relación al gasto de bolsillo de los hogares en salud a nivel entidad, ya que la información que se utiliza para la MIR federal proviene de encuestas de representatividad nacional que no ofrecen datos para este indicador por entidad. Para subsanar esta limitación, se optó por un abordaje que permitiera generar una estimación del gasto de bolsillo en entidad a partir del prorrateo del gasto de bolsillo nacional hacia las entidades federativas, utilizando para ello como parámetro del porcentaje correspondiente a cada entidad una estimación obtenida mediante la ENSANUT 2012.

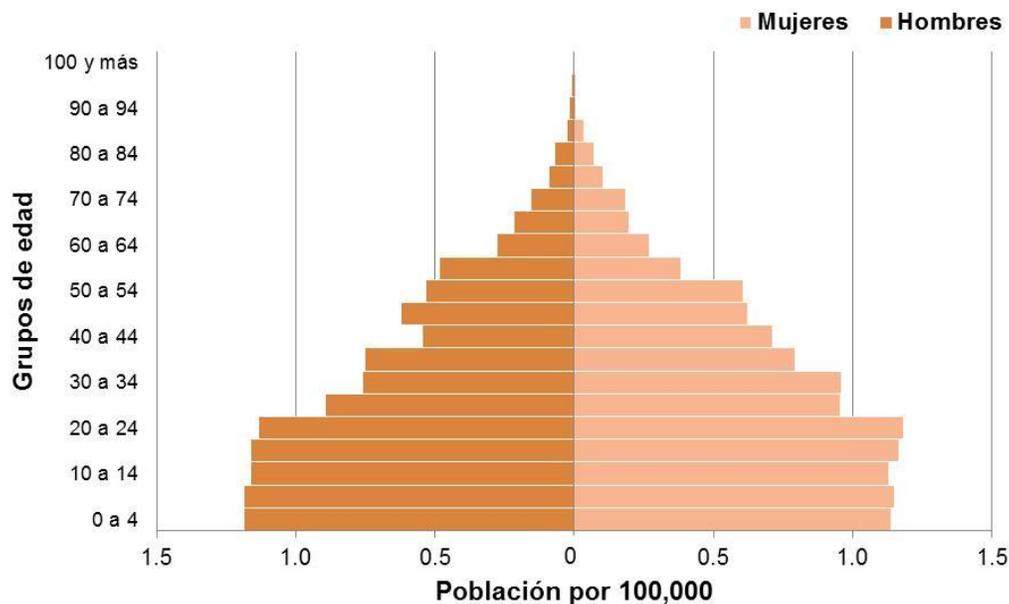
Para estimar el porcentaje del gasto total que corresponde a gasto de bolsillo, se estimó el gasto total como la suma del gasto público y el gasto de bolsillo estimado. El gasto público en salud proviene del Boletín de Información Estadística Volumen VI del Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal (SICUENTAS), de la Dirección General de Información en Salud. Para el indicador de propósito sobre la progresión de la afiliación, se utilizó la información proporcionada por el estado y los Informes de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014, así como el anexo II del acuerdo de coordinación (2014). Para el indicador de Componente, el Estado brindó la información histórica sobre el número de consultas por beneficiario, aunque no se cuenta con la meta para el ejercicio fiscal 2014.

Condiciones socioeconómicas y de salud en Tabasco

Condiciones demográficas y socioeconómicas

De acuerdo con las estimaciones realizadas a partir de la ENSANUT 2012, en ese año en Tabasco residían 2.3 millones de personas, de las cuales 49.2% eran hombres y 50.8% eran mujeres. Entre las personas mayores de 15 años, el promedio de años de estudios era de 8.5 años, similar al reportado para el país en su conjunto; y que señala que en promedio, la población no completa los años de educación básica. En Tabasco, 3.5% de las viviendas tenían piso de tierra y 26.7% utilizaban como principal combustible para la cocina uno diferente a gas o electricidad, lo que es cerca del doble del porcentaje reportado para el país. Como se observa en la Figura 1, el perfil de la pirámide poblacional de Tabasco señala un proceso de transición en curso, con una base aún amplia, y una marcada muesca en la población de hombres de 40 a 44 años.

Figura 1. Pirámide de población de Tabasco en 2012



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

En el contexto del país, la población de Tabasco, de acuerdo a la misma encuesta, tendió a concentrarse en el primer quintil de nivel socioeconómico; en el cual se

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

clasificaron 36.3% de los hogares en el estado, en comparación con 12.1% en el quintil de mayor nivel socioeconómico.

Por otra parte, con base en los resultados de la medición de la pobreza en 2014, publicados por el Coneval en julio de 2015, Tabasco se encontraba entre las 10 entidades con mayor proporción de población en pobreza extrema del país. Sin embargo, entre 2010 y 2014, se ha reducido el porcentaje de la población que vive en pobreza, al pasar de 57.1% a 49.6%; si bien el cambio entre 2012 y 2014 es marginal. De acuerdo con estas estimaciones, en 2014, 1.2 millones de tabasqueños vivían en pobreza, y de éstos, 307 mil estaban en pobreza extrema (11%). En contraste, únicamente 10.6% de los tabasqueños se consideraron en la medición de Coneval como no pobres ni vulnerables. Para el país, la población pobre fue 46.2% y la pobre extrema 9.5%; si bien entre 2012 y 2014, contrario a la situación en Tabasco, creció el porcentaje de la población en pobreza (20).

A nivel municipal en 2010, había 16 municipios de un total de 17 (94.1%), donde más de la mitad de la población se encontraba en situación de pobreza. Los municipios con mayor porcentaje de población en pobreza fueron: Jonuta (80.3%), Balancán (71.9%), Tacotalpa (71.7%), Huimanguillo (69.9%) y Tenosique (69.7%).

Por lo que se refiere a las 6 carencias sociales consideradas en la medición de la pobreza, en 5 de ellas se observó un decremento en el periodo 2010-2014, y únicamente se observa un incremento en la carencia por acceso a la alimentación, para la cual pasó de 33.3% de la población de Tabasco en 2010 a 45% para 2014. Asimismo, se observa una reducción en el porcentaje de la población con ingreso menor a la línea de bienestar que pasa de 61.2% a 51.9%; en tanto que la población con ingresos menores a la línea de bienestar mínimo pasó de 22.4% a 17.9% (20) (Cuadro 3 y Gráfica 4).

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

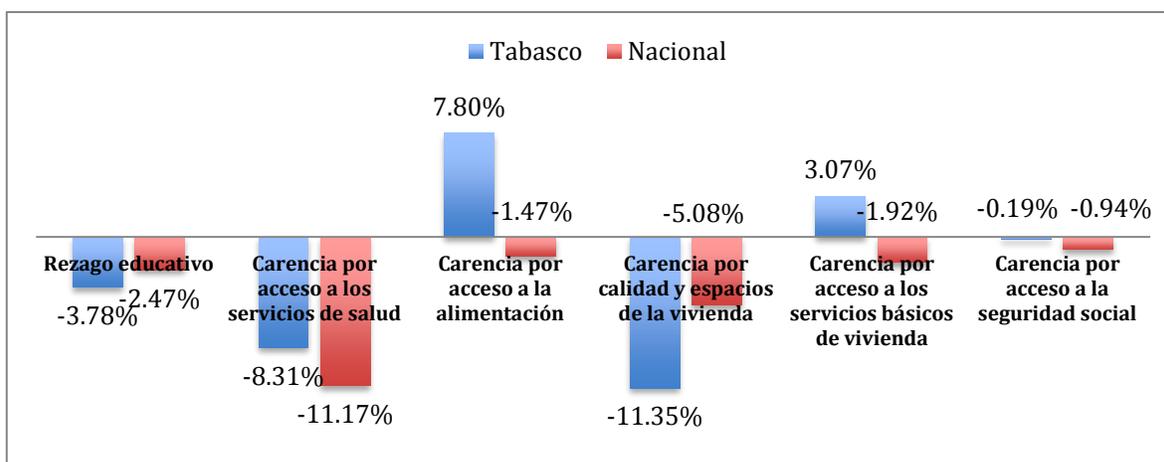
Cuadro 3. Indicadores de carencia social, Tabasco (2010-2014)

| Variables | 2010 | | 2012 | | 2014 | | Variación promedio 2010-2014 | |
|--|----------|---------|----------|---------|----------|---------|---------------------------------|----------|
| | Nacional | Tabasco | Nacional | Tabasco | Nacional | Tabasco | Tabasco | Nacional |
| Rezago educativo | 20.7 | 19.8 | 19.2 | 19.1 | 18.7 | 17.0 | -3.78% | -2.47% |
| Carencia por acceso a los servicios de salud | 29.2 | 23.9 | 21.5 | 18.2 | 18.2 | 16.9 | -8.31% | -11.17% |
| Carencia por acceso a la alimentación | 24.8 | 33.3 | 23.3 | 33.4 | 23.4 | 45 | 7.80% | -1.47% |
| Carencia por calidad y espacios de la vivienda | 15.2 | 21.7 | 13.6 | 19.4 | 12.3 | 13.4 | -11.35% | -5.08% |
| Carencia por acceso a los servicios básicos de vivienda | 22.9 | 38.9 | 21.2 | 44.7 | 21.2 | 43.9 | 3.07% | -1.92% |
| Carencia por acceso a la seguridad social | 60.7 | 73.3 | 61.2 | 71.2 | 58.5 | 72.7 | -0.19% | -0.94% |
| Población con ingreso inferior a la línea de bienestar | 19.4 | 22.4 | 20.0 | 23.6 | 20.6 | 17.9 | -5.45% | 1.45% |
| Población con ingreso inferior a la línea de bienestar | 52.0 | 61.2 | 51.6 | 62.7 | 53.2 | 61.9 | 0.28% | 0.59% |

Fuente: elaboración propia a partir estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012 y 2014.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

Gráfica 4. Tasa de variación de los indicadores de carencia social, Tabasco 2010-2014



Fuente: elaboración propia a partir estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2010 y 2014. Sin indicador de combustible para cocinar

Perfil epidemiológico

Con respecto a la cobertura de servicios preventivos de salud, la información de la ENSANUT señala retos en diferentes grupos de edad. En lo referente a los niños, entre 2006 y 2012 bajó la cobertura de vacunación en cerca de 10 puntos porcentuales para menores de 1 año, y 13.5 puntos porcentuales para los menores de dos años. La cobertura de vacunación se ha utilizado de forma amplia como una trazadora de la oferta de servicios, por lo que es relevante más allá de la población directamente involucrada. Por otra parte, para otros indicadores de cobertura en población adulta se observaron resultados con tendencias favorables en lo general con relación a aquellos de 2006 ([21](#), [22](#)).

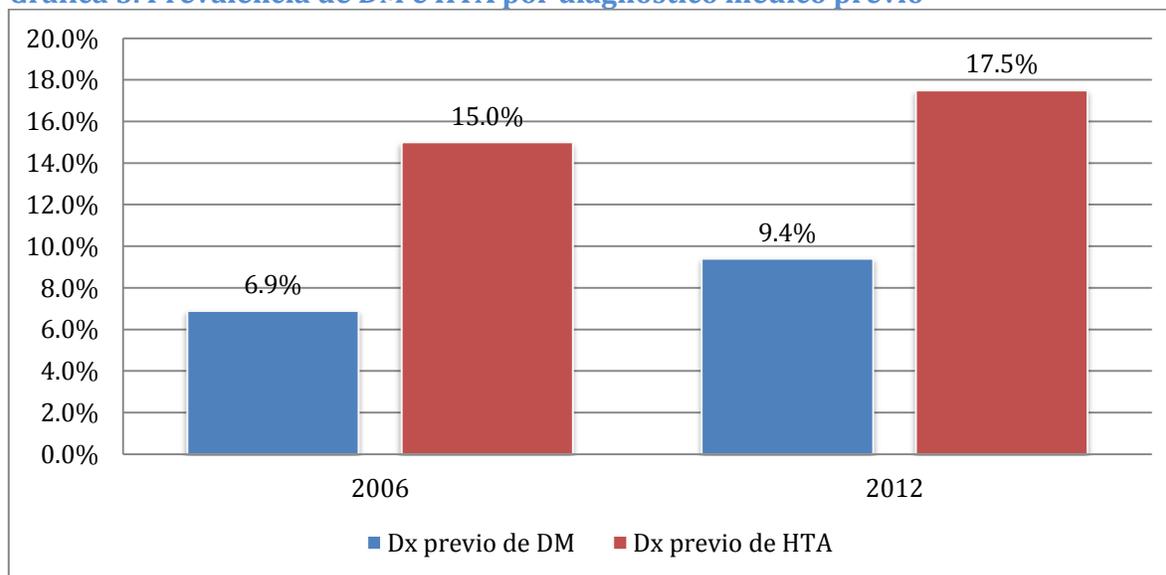
Respecto al perfil epidemiológico de la entidad, para el caso de niños se observó un ligero incremento en la prevalencia de enfermedad diarreica aguda entre 2006 y 2012, pasando de 16.1% a 18.9%, respectivamente. En el caso de enfermedad respiratoria aguda, Tabasco también obtuvo cifras mayores al promedio nacional

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

(49.2% vs 41.0%), mostrando un incremento con relación la prevalencia observada en el 2006 (42.6%).

Las enfermedades crónicas representan un problema creciente de salud pública en la entidad. La prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en personas de 20 años y más de edad mostró un incremento de 2.5 puntos porcentuales entre 2006 (15.0%) y 2012 (17.5%); esta última superando la prevalencia promedio a nivel nacional (15.9%). La misma tendencia se observó en el diagnóstico médico previo de diabetes, con un incremento de 6.2% a 9.4%, siendo esta última cifra de 2012 ligeramente superior al promedio nacional (9.2%). Claramente las enfermedades crónicas representan un peso importante para la entidad; las prevalencias señaladas representaron para 2012, 129 mil adultos ya con diagnóstico de diabetes y 239 mil con diagnóstico de hipertensión. Al considerar a los no diagnosticados, estas cifras podrían incluso duplicarse (21, 22) (Gráfica 5).

Gráfica 5. Prevalencia de DM e HTA por diagnóstico médico previo



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Relacionado a los padecimientos crónicos, las cifras de la ENSANUT también identifican la epidemia de sobre-peso y obesidad que afecta a la entidad de

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

manera particular. En 2012, 80% de las personas adultas (20 años y más) en Tabasco presentaban sobre-peso (37.1%) u obesidad (42.9%), 7.6 puntos porcentuales más que en 2006. Niños en edad escolar (5 a 11 años), 40.7% presentaron sobre-peso u obesidad, y al mismo tiempo 21% de estos niños presentaba anemia. Un porcentaje similar de adolescentes de entre 12 y 19 años (40.3%) presentaba sobre-peso u obesidad ([21](#), [22](#)).

De acuerdo con los datos de egresos hospitalarios 2013, dentro de las 10 principales causas de egreso hospitalario se encuentran las condiciones obstétricas, los cuidados de diálisis, colelitiasis y otros tipos de atención médica. Dentro de estas causas, las obstétricas representaron 25.6% de la atención del SP, cuidados de diálisis el 5.3%, y las otras causas el 62.3%. Al sumar los egresos de la población abierta (ninguna) y los que cuentan con SP, las causas obstétricas significan 21.8% del total de sus egresos, mientras que los cuidados de diálisis incrementan a 6.6% y las otras causas 64.6% (Cuadro 4).

Cuadro 4. Principales causas de egresos hospitalarios por condición de aseguramiento. Tabasco, 2013

| Causa CIE3 | Ningún sistema de aseguramiento | Seguro Popular | Otro | Total general |
|--|---------------------------------|----------------|------|---------------|
| O80 Parto único espontáneo | 730 | 15232 | 348 | 16310 |
| Z49 Cuidados relativos al procedimiento de diálisis | 2584 | 4929 | 0 | 7513 |
| K80 Colelitiasis | 498 | 2443 | 24 | 2965 |
| E11 Diabetes mellitus no insulino dependiente | 1037 | 2298 | 36 | 3371 |
| O13X Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] | 128 | 2202 | 46 | 2376 |
| O06 Aborto no especificado | 395 | 2115 | 222 | 2732 |
| O34 Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pélvicos de la madre | 100 | 2030 | 33 | 2163 |
| O36 Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos | 89 | 1930 | 54 | 2073 |
| O47 Falso trabajo de parto | 91 | 1603 | 41 | 1735 |
| Otras causas de atención médica | 16305 | 57543 | 1357 | 75205 |

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

| | | | | |
|---------------|-------|-------|------|--------|
| Total general | 21957 | 92325 | 2161 | 116443 |
|---------------|-------|-------|------|--------|

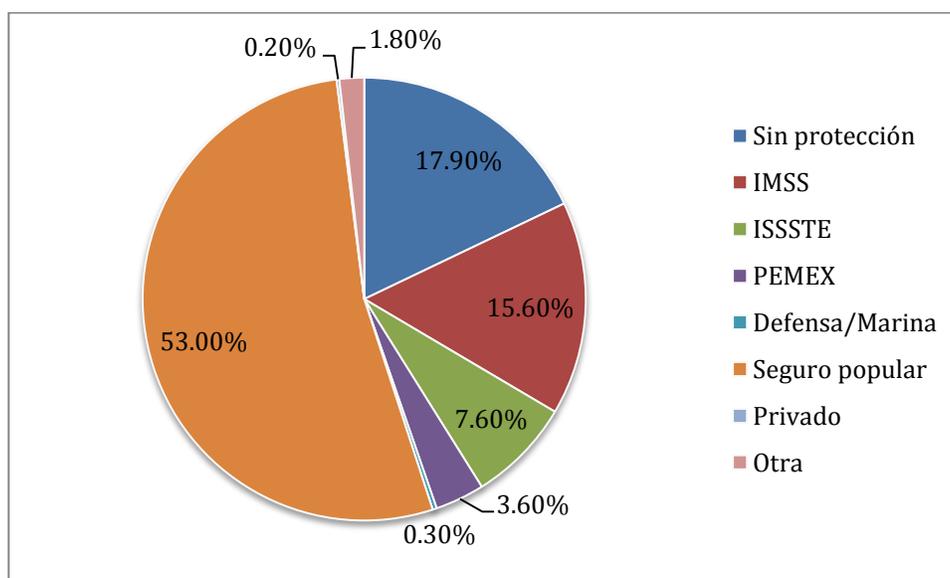
Fuente: Dirección General de Información en Salud. Cubos dinámicos

Protección financiera y utilización de servicios en salud

De acuerdo con los datos recabados a través de la ENSANUT 2012, en la entidad ha incrementado el porcentaje de personas con protección financiera en salud. En 2012 se estimó que 17.9% de la población no contaba con protección en salud mientras que en 2006 la cifra ascendía a 36.4% (21). Por otra parte, la estimación de la población con carencia por acceso a los servicios de salud que reporta Coneval, y que es equivalente a la falta de protección financiera, se estimó para 2014 en 16.9%, equivalente a 399.4 mil personas (20).

Además, destaca que en la entidad el subsistema de salud con mayor cobertura correspondía al SP con poco más de la mitad de la población (53.0%), cuando la media nacional de la cobertura del SP era de 38.5%. Como se observa en la Gráfica 6, en el caso de Tabasco resalta la presencia de los servicios de salud para población trabajadora de PEMEX (21).

Gráfica 6. Protección financiera en salud en Tabasco, 2012

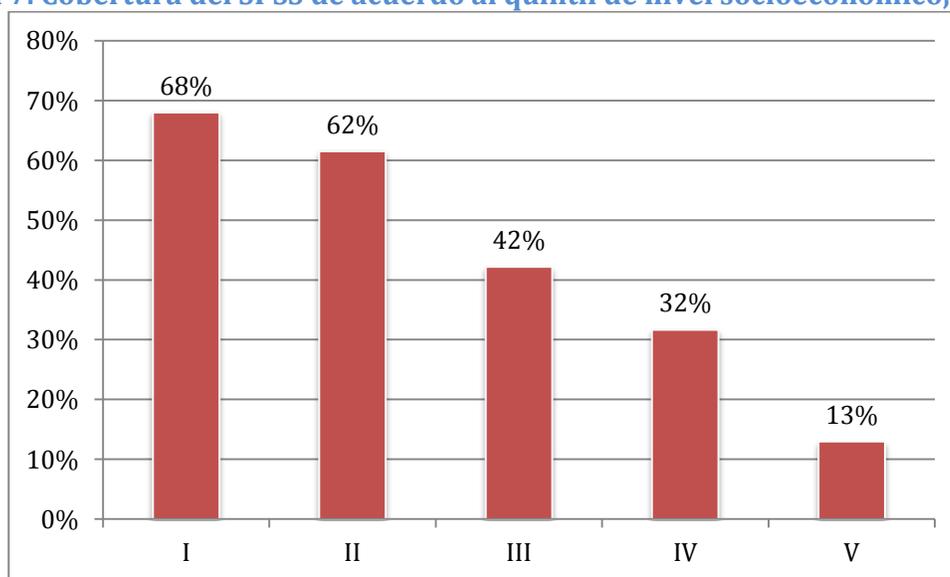


Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

Asimismo, en las estimaciones de la ENSANUT 2012 se identificó el carácter progresivo del SPSS en la entidad, pues presentó una cobertura entre las personas en el primer quintil socioeconómico de 68%, que baja hasta 13% entre las personas en el quintil de mayor nivel socioeconómico (Gráfica 7).

Gráfica 7. Cobertura del SPSS de acuerdo al quintil de nivel socioeconómico, 2012



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Con relación a la utilización de los servicios de salud que se proveen a través del esquema de protección social en salud, en la ENSANUT 2012 se exploraron los rubros de servicios hospitalarios, atención ambulatoria, prescripción y abasto de medicamentos. Así, sobre los servicios hospitalarios, los datos de la ENSANUT 2012 indican que en Tabasco 59% de la población utilizó las instalaciones de la Secretaría de Salud. En relación a la atención ambulatoria se identificó que la mayor parte de los servicios ambulatorios son provistos por la Secretaría de Salud (46%) y que 89.3% de estos pacientes consideraban que la calidad de dichos servicios es buena o muy buena. Esto posicionó a la red pública de prestación de servicios del SP como la segunda mejor calificada en el estado, sólo después de los privados (89.3%) ([21](#)). La misma tendencia se observó en 2006 ([22](#)).

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

Asimismo, en la encuesta se identificó que el 56.6% (IC95%: 49.5-63.4) de los individuos con problemas de salud pertenecientes al primer quintil de ingreso habían atendido su problema con algún profesional de la salud; en contraste con 62.4% (IC95%: 56.8-67.7) de los individuos pertenecientes a los tres quintiles de más altos ingresos. Datos que sugieren inequidades de acceso a los servicios de salud por parte de la población más vulnerable pese a que las diferencias entre ambos grupos no resultaran significativas(21). Del mismo modo, cabe señalar que, con respecto a 2006, no se identificaron diferencias significativas en los porcentajes de cobertura por nivel quintil de ingreso (22) (Cuadro 5).

Cuadro 5. Utilización de servicios de salud de la Secretaría de Salud estatal (2006-2012)

| Concepto de utilización | Ensanut 2006 | | Ensanut 2012 | |
|--|--------------|-----------|--------------|-----------|
| | % | IC95% | % | IC95% |
| Utilización general de servicios ambulatorios | 53 | 45.0-60.9 | 46 | 38.2-54.0 |
| Población I quintil que recibió atención ambulatoria por personal profesional según estrato socioeconómico | 56.4 | 49.6-63.0 | 56.6 | 49.5-63.4 |
| Población que consiguió los medicamentos en la institución que brindó la atención | 78.9 | 70.5-85.5 | 68.2 | 58.7-76.4 |
| Percepción de la calidad de atención buena y muy buena según tipo de servicio | 81.8 | 75.9-86.5 | 85.3 | 80.3-89.3 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Informes estatales 2006-2012.

Los resultados de prescripción y abasto indican que 86.9% de los atendidos en la Secretaría de Salud (SSA) estatal recibieron receta médica; no obstante, sólo 68.2% logró surtir todos los medicamentos en la unidad de atención (21), mientras que en 2006 una mayor proporción de los usuarios de estos servicios manifestaban haber recibido los medicamentos (78.9%) (22). En este sentido, se observa una tendencia a la baja en la capacidad de la SSA estatal para dar atención a la demanda de medicamentos que, sin embargo, no alcanza a ser estadísticamente significativa.

Satisfacción de los usuarios del SPSS 2014

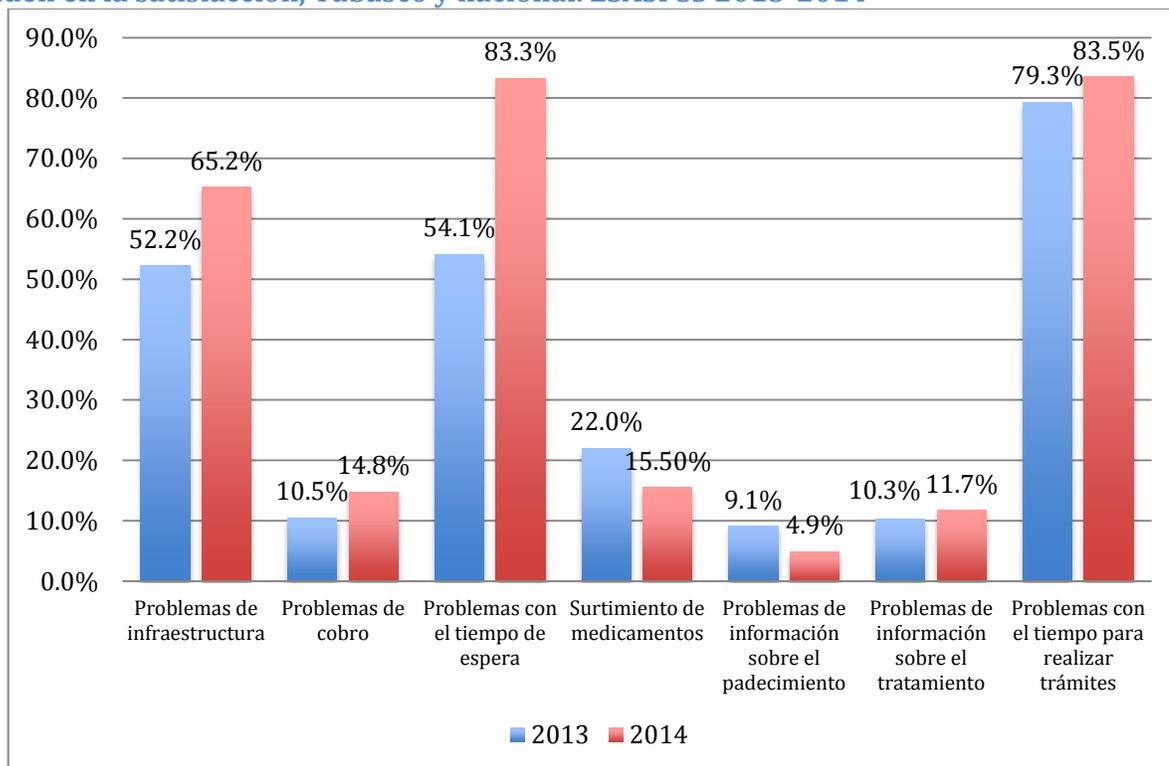
De acuerdo con el Estudio de Satisfacción del Usuario del Sistema de Protección Social en Salud 2014, persisten retos importantes en la calidad de la atención del SPSS en la entidad. El estudio indagó sobre los diferentes aspectos relacionados con la atención de los usuarios: aseguramiento, aspectos previos a la atención, atención y satisfacción. En este apartado se mencionan algunos hallazgos relevantes.

Aun cuando la proporción de usuarias(os) que mencionó sentirse satisfecha(o) o muy satisfecha(o) con la atención fue alta (87.5%), más del 11% no recibieron información clara de la (del) médica(o) sobre su padecimiento y el tratamiento prescrito, 14.8% reportó haber pagado por la atención recibida y 15.5% de las personas encuestadas mencionó no haber recibido el 100% de los medicamentos del CAUSES. Sin embargo, esta última variable reportó un avance con respecto al 2013, con una reducción de 6.5 puntos porcentuales en el reporte (23).

Se observaron retrocesos importantes en los tiempos de espera mayores a 30 minutos, identificando un incremento en la frecuencia de su reporte en 29.1 puntos porcentuales respecto a 2013, siendo señalado por más del 80% de los encuestados. Asimismo, 77.6% de los usuarios tardaron más de 7 días en obtener una cita para recibir atención y 65.2% percibió negativamente las instalaciones. Si bien el estudio no permitió analizar esta problemática conociendo la eficiencia del sistema, si permite entrever que los retrasos en los tiempos para recibir atención podrían estar relacionados con varios factores tanto del sistema como del incremento en la demanda (23) (Gráfica 8). En cuanto a los mecanismos implementados para fomentar el aseguramiento de los usuarios, el 83.5% consideró los trámites para recibir atención como regulares o lentos.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

Gráfica 8. Distribución porcentual de problemas reportados por los usuarios que inciden en la satisfacción, Tabasco y nacional. ESASPSS 2013-2014



Fuente: Estudio de satisfacción de los usuarios del SPSS 2014.

Con el fin de identificar los determinantes asociados a la satisfacción, se diseñó un índice de satisfacción mediante un modelo estadístico. De acuerdo con este modelo la dimensión de atención fue la que incidió más negativamente en la satisfacción. El primer nivel de atención obtuvo el valor más bajo en el índice de satisfacción (-0.971). Esta cifra está relacionada con que 17.2% de las recetas fueron surtidas de manera incompleta, 18.7% de las(os) usuarias(os) reportaron haber recibido cobros por atención, y 72.9% manifestaron que las instalaciones de las unidades en dicho nivel se encontraban en malas condiciones (23).

La dimensión presupuestal: histórico de gasto asignado y ejercido del programa U005

A los REPSS corresponde administrar y gestionar los recursos del sistema; verificar que se provean los servicios de salud, los medicamentos y resto de

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

insumos, fortalecer el desarrollo y mantenimiento de la infraestructura; rendir cuentas, y todas aquellas que se incluyan en los acuerdos de coordinación en el marco del SPSS.

Con respecto al financiamiento, la LGS establece que éste es producto de la participación tripartita de la Federación, las entidades federativas y los beneficiarios. Las cuotas familiares son “anticipadas, anuales y progresivas”⁹ en función de la capacidad socioeconómica de cada familia; quedando exentas de pago aquellas pertenecientes a los dos primeros deciles de ingreso, así como aquellas que sean beneficiarias de programas federales de combate a la pobreza, que residan en localidades de muy alta marginación con menos de 250 habitantes, y “otros supuestos que fije la Comisión”¹⁰ (24). De esta forma, las cuotas establecidas para 2014 y 2015 implican que el criterio no contributivo aplica del decil I al IV, mismo que mantiene el supuesto de ampliación para extender el nivel no contributivo a los deciles III y IV publicado en 2010¹¹. Asimismo, en la LGS también se establece que éstas deben ser “recibidas, administradas y ejercidas” (25) por los REPSS correspondientes, para ejercerse de acuerdo con las disposiciones reglamentarias vigentes en la materia. En este sentido, se debe señalar que en el Reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud (RLGSMPSS) se establece que estas cuotas deben destinarse para financiar “las necesidades de salud a la persona”¹²(24). Lo que lleva a considerar que la amplia mayoría de las personas afiliadas caen en los supuestos del régimen no contributivo.

Por otro lado, las contribuciones de la Federación y las entidades federativas, de acuerdo con el capítulo III del Título Tercero Bis de la LGS, corresponden a la

⁹ Ver art. 77 bis 21.

¹⁰ Ver art. 125 del Reglamento.

¹¹ AVISO que establece los niveles de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud para el ejercicio fiscal 2015. DOF 05/03/2015 y AVISO que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo DOF 23/06/2010

¹² Ver art. 129.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

Cuota Social Federal (CSF), la Aportación Solidaria (AS) Federal y a la AS Estatal. Así, con relación a la CSF, la Ley indica que por cada afiliado el gobierno federal transfiere cada año 3.92% de un salario mínimo vigente diario para el Distrito Federal. Esta cuota se transfiere a los REPSS una vez que la entidad aporte la AS Estatal; como mínimo una contribución de un medio la CSF por persona afiliada. Finalmente, con relación a la AS Federal, en la LGS se establece que la transferencia por dicho concepto debe equivaler como mínimo a tres medios de la CSF por afiliado; pero en la dicha ley, también se indica que esa aportación se realiza mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSA-P)¹³ de acuerdo con una fórmula que integra criterios compensatorios de necesidad, aportación estatal y desempeño estatal, principalmente.

En ese contexto, se debe destacar que las transferencias que realiza la Federación a las entidades pueden ser llevadas a cabo de forma numeraria (como flujo financiero) o en especie. De esa manera, 89% del total del financiamiento del sistema es transferido en cualquiera de ambas formas a las entidades, mientras que el resto es administrado por la Federación. Lo que significa que 8% de los recursos debe destinarse al financiamiento del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)¹⁴ y 3% a una previsión presupuestal¹⁵; que sirve para cubrir imprevistos asociados a la demanda de servicios e infraestructura, y como garantía del pago de servicios interestatales.

No obstante, “de los componentes financieros del SPSS [...] en su mayor parte se trata de recursos de diversos programas alineados a la estrategia del Seguro Popular; y sólo cuando la suma de ellos no es suficiente para cubrir 1.5 veces la CS[F], se transfiere el faltante por la Federación [de la AS Federal]”¹⁶(26). Así, se debe destacar que “los recursos del SP deben ser entendidos dentro del

¹³ Ver art. 77 Bis 13.

¹⁴Ver art. 77 bis 17.

¹⁵ Ver art. 77 bis 18.

¹⁶ En el documento de la ASF de referencia se hace mención indistinta de SPSS y SP; no obstante, en este documento sí se distingue el Sistema como un todo (SPSS) del programa presupuestario U005 (SP).

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

financiamiento al sistema para la población no asegurada por la seguridad social, pues los recursos se complementan [...]. En la práctica no se pueden distinguir los recursos utilizados para atender a una persona afiliada al SP. Dichos recursos pueden provenir del SP, del FASSA o de otros programas con Reglas de Operación (ROP) [...]“(7). Por ello, es posible que las reglas de financiamiento no supongan incrementos equiparables a través de esta estrategia en las entidades.

El presupuesto asignado al programa de subsidio U005 en Tabasco entre 2007 y 2014 muestra un decremento promedio de 16.67% a un ritmo de 2.57% anual en el periodo (precios 2014). La mayor asignación se observó en 2007 con \$1,843.42 millones de pesos; la menor se observa en 2011, año en que se logra 100% de la afiliación programada para 2012. La proporción de gasto ejercido asciende a 100% en todos los años analizados; dos años reportan sobre ejercicio (2010 de 112% y en 2011 de 102%). El gasto per cápita ejercido en promedio en el periodo es de \$1152.04. En 2014 se observa el menor gasto promedio ejercido per cápita \$948.78, en comparación con \$1515.67 en 2008 (precios 2014) (Cuadro 6).

Cuadro 6. Subsidio asignado y ejercido y gasto ejercido per cápita 2007-2014 (precios 2014)

| Año | Subsidio U005 [§] | Subsidio U005 deflactado 2014 | Subsidio ejercido [⊗] | Subsidio ejercido deflactado 2014 | Proporción de gasto ejercido deflactado 2014 (%) | Gasto ejercido per cápita (precios 2014) |
|------|----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 2007 | \$1,375.40 | \$1,843.42 | \$1,375.37 | \$1,843.38 | 100 | 1237.98 |
| 2008 | \$1,418.90 | \$1,809.01 | \$1,418.95 | \$1,809.07 | 100 | 1515.67 |
| 2009 | \$1,381.51 | \$1,672.73 | \$1,381.51 | \$1,672.73 | 100 | 1328.61 |
| 2010 | \$1,321.93 | \$1,536.72 | \$1,485.45 | \$1,726.81 | 112 | 1249.76 |
| 2011 | \$1,286.20 | \$1,445.91 | \$1,296.53 | \$1,457.52 | 101 | 951.87 |
| 2012 | \$1,387.50 | \$1,498.19 | \$1,387.55 | \$1,498.25 | 100 | 962.98 |
| 2013 | \$1,555.20 | \$1,617.70 | \$1,555.17 | \$1,617.67 | 100 | 1020.72 |
| 2014 | \$1,536.10 | \$1,536.10 | \$1,536.08 | \$1,536.08 | 100 | 948.78 |

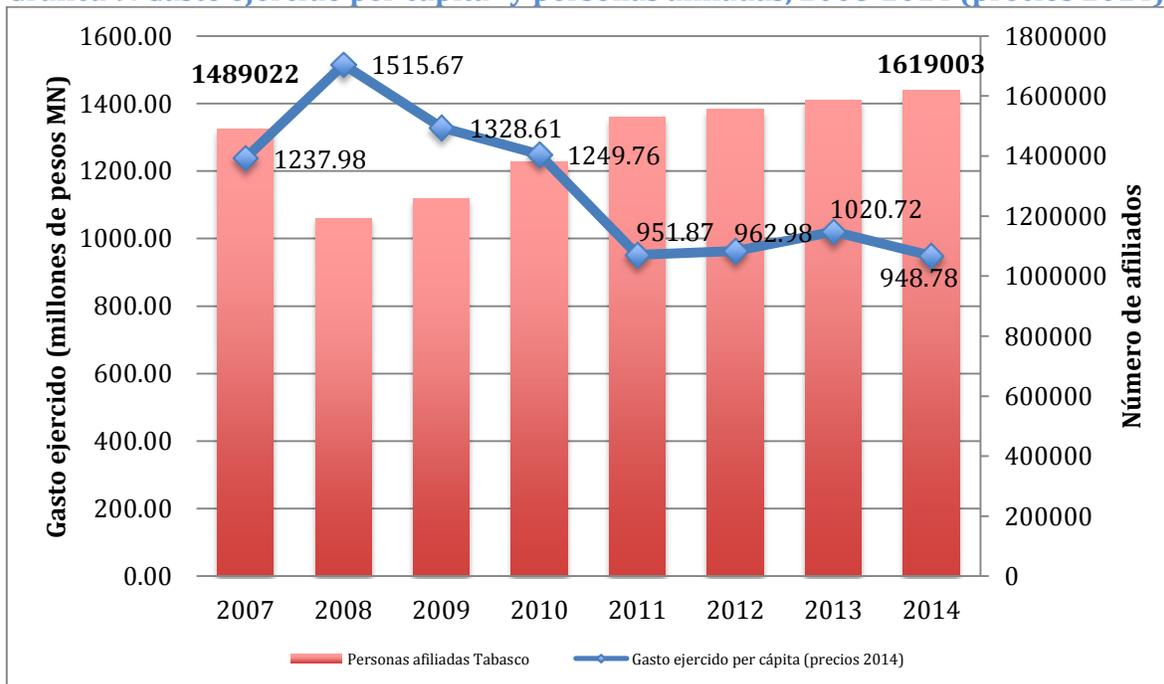
Fuente:[§]Información de los Informes de Resultados del SPSS 2008-2014 (8, 12-17)

[⊗]Información proporcionada por el estado de Tabasco.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

El gasto ejercido per cápita de personas afiliadas al SP, muestra una tendencia negativa, con una reducción de 23.36% entre 2008 y 2014 en tanto que el número de afiliados mostró un crecimiento de 8.72% (Gráfica 9). Sin embargo, es importante mencionar que hasta el 2009 el esquema de financiamiento se realizaba por familia; por lo que la cápita en estos años se estimó con base al promedio de integrantes de los Informes de Resultados del REPSS correspondientes. Como se observa en la Gráfica 9, el gasto ejercido per cápita coincide con el número de afiliados en 2010, que es el año en que se realizan los ajustes en los padrones de beneficiarios. Posteriormente se observa un crecimiento positivo constante en la afiliación, no así en el gasto ejercido.

Gráfica 9. Gasto ejercido per cápita* y personas afiliadas, 2008-2014 (precios 2014)



Fuente: Elaboración propia con información proporcionada por el estado de Tabasco.

Nota: Para el periodo 2006-2009 se realizó la estimación con base al promedio de integrantes por familia reportada en los Informes de Resultados del SPSS correspondientes (3.1 integrantes en 2006; 3.0 entre 2007-2009) debido a que el esquema de financiamiento del Sistema se realizaba por familia.

Conceptos de gasto

El Anexo IV se refiere a “Conceptos de Gasto” de los acuerdos de coordinación para la ejecución del SPSS. Este anexo se firma cada año entre la Federación y

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

los estados, y en él se definen los montos y/o conceptos de gasto de acuerdo con los recursos líquidos y en especie que se planeen transferir en el ejercicio fiscal correspondiente. La distribución porcentual por concepto de gasto señala hasta un 40% para remuneraciones del personal ya contratado, directamente involucrado en la prestación de servicios de atención a los beneficiarios del Sistema; hasta 30% a la adquisición de medicamentos, material de curación y otros insumos necesarios para la prestación de servicios a los afiliados al Sistema; al menos 20% a acciones de promoción, prevención y detección oportuna; y hasta el 6% al gasto operativo(27).

Cuadro 7. Conceptos de Gasto del Anexo IV para el ejercicio fiscal 2014

| Concepto de gasto | Distribución porcentual | Fuente | Monto | Porcentaje |
|--|-------------------------|---|--------------------|------------|
| Remuneraciones de personal ya contratado, directamente involucrado en la prestación de servicios de atención a los beneficiarios del Sistema | 40% | Del total de los recursos federales líquidos y en especie del Sistema | \$509,500,000.00 | 34% |
| La adquisición de medicamentos, material de curación y otros insumos necesarios para la prestación de servicios a los afiliados al Sistema | 30% | CS y ASF | \$406,953,070.14 | 27.31% |
| Acciones de promoción, prevención y detección oportuna [§] | 20% | CS y ASF | \$298,044,483.60 | 20.00% |
| Gasto operativo | 6% | CS y ASF | \$80,955,011.67 | 5.43% |
| Personal administrativo | | CS y ASF | \$7,766,914.30 | 0.52% |
| Infraestructura | | recursos líquidos de la CS y ASF | \$150,689,371.06 | 10.11% |
| Acreditación de establecimientos | | CS y ASF | | |
| Caravana de la Salud [§] | | recursos líquidos de la CS y ASF | \$30,169,886.82 | 2.02% |
| Adquisiciones de bienes informáticos | | recursos líquidos de la CS y ASF | \$6,030,102.40 | 0.40% |
| Pagos a terceros por servicios | | recursos líquidos de la CS y ASF | \$2,000,000.00 | 0.13% |
| Pago por servicios a Institutos nacionales y hospitales federales | | Convenios | | |
| Gasto operativo de unidades médicas | | CS y ASF | \$248,699,669.73 | 16.69% |
| Consulta segura | | | \$3,632,040.00 | 0.24% |
| | | Total en el documento | \$1,490,222,418.00 | |
| | | Diferencia | \$254,218,131.72 | |

[§] Los montos reportados en estos conceptos de gasto están integrados por datos informativos y/o acumulables. Los totales expresados en este reporte no son resultado de la suma de las columnas respectivas.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

Se excluyen montos de carácter informativo provenientes de Caravanas de la Salud y Acciones de Prevención y Promoción.

El Cuadro 7 muestra que, de acuerdo con la información proporcionada por el estado de Tabasco en su Programa de Gasto (2014) de la CS y la ASF, la distribución porcentual por conceptos de gasto es coherente con lo señalado en el anexo IV; siendo los principales rubros de gasto las remuneraciones al personal \$509,500,000.00 (34%), la adquisición de medicamentos \$406,953,070.14 (27.3%) y las acciones de prevención y promoción de la salud \$298,044,483.60 (20.0%). No obstante, se observa una diferencia de poco más de 254 millones entre el total identificado en rubros y la suma total de todos los conceptos de gasto señalados; que en la información proporcionada se señala que corresponden a montos de carácter informativo, mismos que se entendería que son recursos destinados a la entidad ejercidos desde la Federación.

El desempeño del Seguro Popular en Tabasco: los indicadores estratégicos de la Matriz de Indicadores para Resultados 2014

El programa U005 obedece al objetivo sectorial de avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Por ello se alinea a la meta por un “México Incluyente” del Plan Nacional de Desarrollo, y los objetivos 2.1 “Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la Población” y el 2.3 “asegurar el acceso a los servicios de salud”(28). La unidad responsable es la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Fin: proporción de gasto de bolsillo en salud de los hogares

A través del indicador de fin de la matriz se busca identificar si existe una contribución por parte del programa para proteger a la población que carece de acceso a la seguridad social de incurrir en gastos de bolsillo en salud. Esto con base en un indicador que cuantifica la proporción que representa el gasto de

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

bolsillo de los hogares con respecto al gasto total en salud. Este indicador es de tipo estratégico, la dimensión que mide es la eficacia y la periodicidad de su seguimiento es bianual.

Cuadro 8. Tendencias del indicador de fin

| | | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--|----------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------|-------|
| Valor del indicador | Tabasco | ND | ND | ND | ND | ND | ND | 44.79 [§] | ND |
| | Nacional | 53.02 | 52.07 | 51.14 | 49.56 | 47.96 | 45.53 | 44.94 | 43.97 |
| Variación anual | Tabasco | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND |
| | Nacional | | -1.80 | -1.78 | -3.10 | -3.21 | -5.08 | -1.50 | -1.95 |
| Crecimiento en el período | Tabasco | | | | | | | | |
| | Nacional | | | | | | | | -2.64 |
| Porcentaje de cumplimiento respecto a la meta | Tabasco | N D | ND | ND | ND | ND | ND | ND | ND |
| | Nacional | 94 % | | | | | | 98% | ND |
| Correlación con el presupuesto | Tabasco | | | | | | | | |
| | ND | | | | | | | | |

Fuente: elaboración propia con base en la información del Sistema Nacional de Cuentas (SICUENTAS), México 2005-2012(29).

[§]Dato estimado a partir de ENSANUT 2012 y SICUENTAS.

En el país, el porcentaje del gasto total en salud que proviene de pagos de bolsillo de los hogares disminuyó en el periodo analizado, pasando de 53.02% en 2006 a 43.97% en 2013. Es importante resaltar que esto no implica una disminución en el monto total del gasto de bolsillo, el cual se incrementó en el periodo como ocurrió igualmente en el gasto público en salud. (Cuadro 8). Respecto a la meta de este indicador, la línea base a nivel nacional se estableció en 2006 con un valor de 50%, el cual en el año alcanzó el 94% de cumplimiento (53.02%). En 2014 la meta nacional planteada se sentó en 44%, la cual alcanzó 98% de cumplimiento de la meta (44.94%). El nivel del gasto de bolsillo en México es superior al observado en otros países como Brasil, Colombia y Chile (30.3%, 14.6% y 33.1%) y es el más elevado de los países miembros de la OCDE (promedio 19.8% en 2012) (30).

Como se señaló previamente, si bien no se cuenta con información para la entidad sobre el gasto de bolsillo de sus habitantes y el gasto total en salud, mediante una técnica de prorrateo se estimó el valor en el indicador para la entidad en 2012. Así, el gasto de bolsillo en la entidad se estimó en \$9,331,152,692.71, correspondiente

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

al 44.79% del gasto total en salud; cifra muy similar al porcentaje nacional. En ausencia de una meta estatal, puede considerarse que Tabasco ha avanzado en línea con el logro nacional de disminuir el financiamiento de bolsillo a la salud como porcentaje del gasto total; si bien comparte el reto de presentar un nivel de gasto de bolsillo aún elevado, y que sigue representando un riesgo para los hogares en el estado.

Cuadro 9. Gasto de bolsillo estimado para el estado de Tabasco (2012)

| Concepto de gasto | Monto |
|---|---------------------|
| Gasto total | \$20,850,131,022.42 |
| Gasto público total en salud [¶] | \$11,518,978,329.71 |
| Gasto privado en salud [§] | \$9,331,152,692.71 |
| Proporción de gasto de bolsillo | 44.75% |

[§] Estimación con base en el gasto relativo de bolsillo de Tabasco respecto al total nacional de la ENSANUT 2012 y el gasto privado en salud (Hogares e Instituciones Sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares (ISFLSH) y Cuotas de Recuperación) de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2014: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p_bie.html

[¶] El Gasto Público Total en Salud = Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social + Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social.

Propósito: porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular

Para el nivel de Propósito, el indicador planteado en la matriz mide el avance en la cobertura a partir del contraste entre el total de personas incorporadas en un ejercicio fiscal y el total de personas que se planeaba incorporar en 2012 dado que en ese año se esperaba alcanzar una cobertura universal. El indicador es de tipo estratégico, la dimensión que mide es la eficacia, y la periodicidad de su seguimiento es anual.

El Cuadro 10 muestra que el avance en la cobertura de las afiliaciones, tanto a nivel nacional como en Tabasco, se ha ido incrementando. No obstante, la tasa de crecimiento anual en el período muestra que la velocidad de crecimiento promedio de la cobertura nacional (17.09%) creció aproximadamente a un ritmo 3 veces superior al estatal (5.03%). Sin embargo, esto se explica por el hecho de que Tabasco tenía ya porcentajes más altos de afiliación al inicio, por lo que el

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

potencial de avance era menor. Las variaciones reflejan un comportamiento esperado, en el que entre mayor es la cobertura se vuelve más difícil su incremento.

Cuadro 10. Tendencias del indicador de propósito

| | | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|----------|------|-------|--------|-------|-------|-------|------------------|-------|---------|
| Valor del indicador | Tabasco | 70.3 | 97.2 | 77.9 | 82.2 | 90.2 | 100.0 | 101.6 | 103.5 | 104.1 |
| | Nacional | 30.0 | 41.7 | 51.6 | 59.2 | 82.7 | 98.5 | 100.5 | 105.7 | 105.6 |
| Variación anual | Tabasco | | 38.26 | -19.86 | 5.52 | 9.73 | 10.86 | 1.60 | 1.87 | 0.58 |
| | Nacional | | 39.00 | 23.74 | 14.73 | 39.70 | 19.11 | 2.03 | 5.17 | -0.09 |
| Crecimiento en el periodo | Tabasco | | | | | | | | | 5.03 |
| | Nacional | | | | | | | | | 17.04 |
| Porcentaje de cumplimiento respecto a la meta | Tabasco | | | | | | | | | 100% |
| | Nacional | | | | | | | | | 99.7% |
| Correlación con el presupuesto | Tabasco | | | | | | | Spearman's rho = | | -0.6190 |
| | | | | | | | | Prob > t = | | 0.1017 |

Fuente: elaboración propia con base en los informes de resultados del SPSS del periodo 2007-2014.

La información muestra que, con respecto al propósito, ha habido un avance constante en la entidad desde 2006. Además, es importante resaltar que, de acuerdo con los registros administrativos, Tabasco logró en 2011 el 100% de la cobertura planteada como meta de cobertura universal establecida en 2012 para la entidad.

Con respecto a la meta planteada para el ejercicio 2014 a nivel nacional se logró 97.75% de cumplimiento (57,374,296 de los 58,545,200 planeados), en tanto que Tabasco logró 100% de la cobertura planteada en el Anexo IV de coordinación 2014 (1,619,003 afiliados). Finalmente, al analizar la correlación entre este indicador con relación al gasto ejercido (precios 2014) del presupuesto del programa U005 en la entidad en el periodo 2007-2014, se observa una correlación negativa (Spearman: -0.6190) que no resulta estadísticamente significativa (p 0.1017). Esto es, que el incremento en la cobertura medida con las cifras reportadas de afiliación se ha logrado sin un impacto significativo en la presión de recursos para el SPSS. Ello implicaría una mayor eficiencia en el uso de los

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

recursos; si bien es relevante analizar las diferencias entre la afiliación reportada vía padrón y la estimada vía encuestas.

Componente: acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud

En el nivel de Componente, la MIR plantea como indicador la razón entre el número de consultas proporcionadas en el ejercicio fiscal y el total de personas afiliadas en el período, esto es, el número de consultas promedio por afiliado al SPSS. El objetivo de este indicador es reflejar el acceso de los afiliados a los servicios del programa. Es importante, no obstante, considerar las limitaciones de la fórmula de cálculo del indicador. Al no contarse con información nominal sino agregados, no es posible distinguir cuando una sola persona recibe más de una consulta durante un año calendario; y, por tanto, el número de consultas con respecto al número de afiliadas en el período no necesariamente representa el acceso a los servicios del U005. Este indicador de gestión tiene un seguimiento semestral y la dimensión que mide es la eficacia. La línea base se estimó en 1.46 beneficios promedio anuales por beneficiario en 2008 a nivel nacional.

Cuadro 11. Tendencias del indicador de componente

| | | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|----------|------|-------|-------|-------|--------|------------------|-------|---------|-------|
| Valor del indicador | Tabasco | 2.24 | 2.08 | 2.63 | 2.50 | 2.28 | 2.23 | 2.30 | 2.15 | 2.06 |
| | Nacional | 1.21 | 1.41 | 1.46 | 1.60 | 1.36 | 1.36 | 1.53 | 1.54 | 1.64 |
| Variación anual | Tabasco | | -7.01 | 26.28 | -5.05 | -8.77 | -2.13 | 3.23 | -6.59 | -4.40 |
| | Nacional | | 16.52 | 3.73 | 9.21 | -15.06 | 0.49 | 12.37 | 0.31 | 6.79 |
| Crecimiento en el período | Tabasco | | | | | | | | | -1.07 |
| | Nacional | | | | | | | | | 3.88 |
| Porcentaje de cumplimiento o respecto a la meta | Tabasco | | | | | | | | | ND |
| | Nacional | | | | | | | | 111.56% | |
| Correlación con el presupuesto Tabasco | | | | | | | Spearman's rho = | | 0.1429 | |
| | | | | | | | Prob > t = | | 0.7358 | |

Fuente: Boletín estadístico SINAIS

El número de consultas por afiliado promedio en Tabasco es mayor al promedio nacional con un decremento en el periodo, que contrasta con un incremento en el

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

indicador nacional; si bien el valor puntual de Tabasco se ha mantenido superior a la cifra nacional.

La meta planteada para el ejercicio 2014 se logró con 111.56% a nivel nacional, mientras que no se contó con una meta para contrastar en el estado. En ausencia de una meta explícita, no es claro identificar qué debería esperarse del indicador y cómo valorar el resultado. Esto es, que la meta nacional está por debajo de lo logrado por Tabasco. Con respecto a la correlación con el presupuesto, al analizar la correlación del monto ejercido (precios 2014) en el periodo con el número de consultas proporcionadas, se observa una correlación positiva (Spearman: 0.1429) mas no significativa (p 0.7358). Si bien estos datos muestran que el presupuesto aumenta en la misma dirección que el número de beneficios, la asociación no es estadísticamente significativa, por lo que no se pueden atribuir efectos en términos del logro en el indicador como consecuencia del incremento o disminución en el presupuesto.

Discusión

A partir del análisis de la información existente sobre las condiciones de salud en Tabasco y el desempeño del SPSS en la entidad, este documento presenta una serie de valoraciones de los resultados alcanzados, contrastándolos como el comportamiento de los mismos para el país, e identificando potenciales áreas de oportunidad para el REPSS Tabasco.

Con 2.3 millones de personas, Tabasco se encuentra entre las 10 entidades con mayor rezago social del país. Los esfuerzos realizados en los últimos años en términos de política social han mostrado reducciones en la carencia por acceso a la seguridad social y el rezago educativo, si bien se ha incrementado la carencia por acceso a la alimentación. Los niveles de pobreza y pobreza extrema han mostrado una reducción entre 2010 y 2014, aunque ciertamente se ha reducido también la proporción de los tabasqueños que se consideraron como no pobres ni vulnerables.

En términos de la carencia a los servicios de salud, esto es, la ausencia de protección financiera en salud, se observó que Tabasco mostró una reducción del 23% en los últimos cuatro años, lo cual representa una disminución de 141 mil personas en esta condición; esto indica que para 2014 había en la entidad 399 mil personas que carecen de un sistema de aseguramiento en salud.

Demográficamente, el estado muestra que su población se encuentra en fase de transición, lo que tiene connotaciones epidemiológicas importantes por la persistencia de enfermedades respiratorias y diarreicas en menores de edad, así como el incremento en enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión. Lo dicho ocasiona una doble carga de la enfermedad y genera retos importantes en cuanto a la planeación y la priorización de los recursos. Las cifras de sobrepeso y obesidad en la entidad son alarmantes, lo cual representa una presión adicional al Sistema de Salud, pues es uno de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de enfermedades crónicas.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

Diversas fuentes empleadas para este documento indican que en Tabasco, al igual que en el resto del país, se ha ampliado la cobertura de la protección social en salud de forma constante. De acuerdo con los datos administrativos para la estimación del logro en el indicador “porcentaje de avance en el cumplimiento de incorporación de personas al Seguro Popular”, desde 2011 la entidad ya había alcanzado el 100% de la meta de cobertura universal; establecida en la meta 2012. Sin embargo, la información por encuestas señala, como se refirió anteriormente, que en 2014 aún 16.9% de la población refería no contar con un mecanismo de protección financiera. La divergencia entre registros y encuestas ha mostrado diferencias en la afiliación al SPSS de hasta 20%, lo que indica la necesidad de una verificación de la cobertura real, así como el origen de estas divergencias.

Como se hizo notar, la afiliación es relevante porque representa la eliminación de una barrera de entrada para el acceso a los servicios de salud; no obstante, su consolidación no implica acceso efectivo pese a ser un paso anterior necesario. Idealmente, la ampliación de la cobertura de afiliaciones posibilitaría el acceso efectivo a los servicios de salud, y como consecuencia, se tendría una disminución en el gasto de bolsillo de las familias tabasqueñas. Por ello, la información que arroja el indicador de fin de la MIR es tan importante. La estimación realizada para la entidad sugiere que 44.79% del gasto total en salud en la entidad corresponde todavía a gasto de los bolsillos de las familias, mientras que en el país la proporción asciende a 44.94%. El reto persiste para asegurar la efectiva protección financiera de los hogares.

La información sobre la satisfacción de los usuarios del SPSS en 2014 mostró que en la entidad la dimensión de la prestación de los servicios que más incide de forma negativa en la satisfacción es la atención. Esta dimensión está relacionada directamente con la duración de la consulta, la información que provee el personal médico sobre el tratamiento y el padecimiento de los usuarios; información que es consistente con los datos recabados por otras evaluaciones. De esta manera, el

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

ausentismo laboral señalado en estudios previos puede traducirse en saturación para el personal en los establecimientos, lo que limita la duración de la consulta, con su efecto en calidad y satisfacción. Aunado a esto se identificaron problemas relacionados con los tiempos de espera y los tiempos para realizar trámites, los cuales sugieren retos relacionados con el incremento en la demanda y la necesidad de una mejor estimación de necesidades; sobre todo de personal tanto administrativo como de salud.

Los resultados de la ENSANUT indican que la red pública de la SSA en la entidad fue la segunda mejor calificada, detrás de los servicios privados. Sin embargo, tiene una relevancia incuestionable, dado que el SPSS constituye el subsistema con mayor cobertura en la entidad, pues abarca poco más de la mitad de la población; además de que dicha proporción se encuentra por encima de la media nacional. De igual manera, con base en las estimaciones, más de la mitad de la población que hace uso de servicios hospitalarios lo hace a través de la SSA y la mayor parte de los servicios ambulatorios fueron provistos por la secretaría. No obstante, se identificaron posibles inequidades en el acceso, puesto que la proporción de individuos que reciben atención por parte de un profesional de la salud es superior en los tres quintiles superiores con respecto a los dos inferiores.

En ese contexto, el indicador de componente “acceso a beneficios del Sistema de Protección Social en Salud”, aunque no refleja necesariamente el acceso efectivo de los afiliados al sistema, sí muestra el aumento en el número de consultas en la entidad.

En 2013 el desempeño de la entidad con respecto a la gestión del gasto federalizado se encontraba por encima de la mediana nacional. No obstante, se identificaron áreas de oportunidad relacionadas al desempeño y la gestión del sistema en la entidad. En términos de planeación es indispensable que la entidad desarrolle metas que identifiquen los retos específicos para asegurar el acceso a los servicios en el estado. Los indicadores y las metas son instrumentos que

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

facilitan y posibilitan la rendición de cuentas y, de ese modo, constituyen oportunidades para la difusión de los alcances de una administración con respecto a hechos previos y aspiraciones futuras.

Asimismo, en la información presupuestal proporcionada por la propia entidad se hizo notar que no siempre se hacen explícitos los criterios por los cuales se toman decisiones, así como cuáles son las implicaciones de éstas. Como consecuencia, esta ambigüedad permite diversas interpretaciones y dificultan que la administración logre transmitir sus mensajes.

Conclusiones

La información analizada con relación a los indicadores de la MIR del SP para el caso de Tabasco señala que se han logrado mantener en el parámetro de las metas nacionales para los mismos, con un progreso en lo general adecuado en la operación del REPSS.

No obstante, se identifican retos importantes para la protección a la salud en la entidad. En primer lugar, el perfil sociodemográfico y epidemiológico de Tabasco resalta una situación con un importante rezago social (contenido en años recientes, pero aún de magnitud importante), en conjunto con la presencia de condiciones de salud que requieren de servicios resolutivos, con niveles adecuados de calidad para incidir en las condiciones de vida de la población.

Los niveles elevados de rezago social, aunados a la doble carga de enfermedad generada por la persistencia de enfermedades agudas, y el crecimiento de enfermedades crónicas, generan retos en la demanda de atención; y como consecuencia en la priorización de recursos, así como en la planeación de insumos e infraestructura y en los procesos gerenciales y administrativos.

La calidad de los registros administrativos, tanto del padrón de beneficiarios como de los recursos presupuestales se muestra como un desafío y una necesidad apremiante por ser un elemento central para la mejora de la eficiencia, la transparencia y la rendición de cuentas del sistema. El mejoramiento de estos registros permitiría, por un lado, analizar la progresión de la afiliación frente a la población potencial, la población objetivo y la población atendida; por otro lado, facilitaría el análisis de necesidades y la distribución de recursos, así como mejoraría la capacidad de planeación y respuesta del SPSS.

La posibilidad de seguimiento al desempeño del SP en la entidad es limitado, debido a la ausencia de un Programa Operativo Anual (POA) en el que se incluyan

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

las metas programáticas a realizar durante el ejercicio fiscal. Ya que la MIR es federal y se reporta en forma agregada como promedio nacional, la entidad no cuenta con indicadores que permitan analizar el seguimiento de la administración de los recursos y su contribución en la consecución de objetivos. La integración de un POA con indicadores reflejados en una MIR de la entidad, o un tablero de control, mejoraría el seguimiento y el uso efectivo de los recursos.

Las diferencias en las tendencias de la demanda con relación al gasto ejercido per cápita, aunadas al incremento en los tiempos de espera, en el número de consultas por médico, y en la mayor prevalencia de atención por un médico en los quintiles de ingresos más altos; así como los problemas en la percepción de la calidad de la infraestructura, sugieren áreas de oportunidad importantes en la planeación de la demanda de servicios y en la eliminación de barreras de los mismos; lo cual incidiría positivamente en la satisfacción de los usuarios del SPSS.

La carencia de documentos de planeación con registros sobre metas en el número de consultas por afiliado impidió realizar un contraste del desempeño del indicador de componente en el tiempo; sin embargo, se observó un incremento en el valor del indicador, lo que orienta a una mayor cobertura de la población afiliada.

Si bien el estado ha mostrado un comportamiento positivo en el desempeño del indicador de propósito, con niveles de cumplimiento superiores a 100% con respecto a la meta de afiliación, es importante valorarlo no sólo en términos de afiliación en registros administrativos sino también de acceso efectivo a los servicios de salud; lo cual incidiría directamente en la consecución del fin del programa.

El gasto de bolsillo es un indicador que mide el desempeño del SPSS en términos de justicia financiera; la falta de un sistema que recoja información sobre el gasto privado en salud que realizan los hogares en la entidad limita su uso para analizar

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

el progreso de la entidad en el logro de este objetivo. La estimación realizada señala que la proporción de gasto de bolsillo con respecto al gasto total en salud es similar a la reportada a nivel nacional; sin embargo, es importante mencionar que esta cifra es alta al compararla con la media de los países de la OCDE e inclusive con algunos países de la región.

Recomendaciones

Con base en lo expuesto, se presentan las siguientes recomendaciones para contribuir a mejorar el desempeño del programa U005 y su personal responsable en futuros ejercicios fiscales:

- Para generar información estratégica que permita el monitoreo continuo del desempeño del programa, es importante que se realice un ejercicio de planificación, que a partir de la MIR nacional, permita desarrollar una específica para la entidad, que ponga el acento en los retos que se observan; y se desarrollen indicadores para el monitoreo de los mismos. Como parte de este ejercicio, contar con un tablero de control que permita visualizar los indicadores dará mayor utilidad a éstos.
- Es necesario que la entidad desarrolle mediciones sobre gasto de bolsillo en salud que permitan contar con evidencia sobre el logro del fin del SP en Tabasco. Estas mediciones, que pueden ser estimaciones a partir de los ejercicios nacionales, deben ser parte de los insumos para la definición de actividades. Es importante entender los principales rubros de gasto de bolsillo en la entidad, así como los mecanismos de incidencia para los mismos.
- La contrastación del padrón con las cifras que ofrecen las encuestas muestra una divergencia importante (hasta 20% del padrón), que es relevante explicar. Una revisión sistemática que permita documentar las explicaciones permitirá generar mayor certeza sobre la integración del padrón del SPSS en Tabasco.
- La entidad debe mejorar sus procesos internos de control, seguimiento y gestión de los recursos a lo largo de la cadena que supone la teoría causal del programa. Esta mejora debe ser monitoreada con indicadores que reflejen los elementos fundamentales y sustantivos de cada etapa de la teoría causal y, además, deberían integrarse al tablero de control y al POA.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

- La información debe estar disponible para todos los tomadores de decisiones que participan en el ejercicio, para las autoridades responsables de dar seguimiento desde otras plataformas: auditorías, contralorías, entre otras, y para la propia ciudadanía. Como consecuencia, se espera una mejora en la percepción sobre el desempeño de la población con respecto a las labores de esta administración.
- Entre las actividades de control y seguimiento destaca la importancia de los registros administrativos relacionados con el ejercicio del gasto y la progresión en la afiliación. De esta manera, deben buscarse la mejora de dichos procesos para incrementar la confiabilidad en los registros, puesto que se encontraron inconsistencias entre las diversas fuentes de información: registros, encuestas, evaluaciones. Esto permitirá focalizar mejor los recursos y afinar las estrategias de intervención, así como asignar de una mejor manera el gasto público.

Referencias

1. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2012. Resultados nacionales, México Cuernavaca, México Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2012.
2. González-Block MÁ. Evaluación de Procesos Administrativos de 2007. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública 2007.
3. Nigenda G. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2009. México Instituto Nacional de Salud Pública 2009.
4. Gomez-Dantés O. Evaluación Específica de Desempeño 2009-2010, Seguro Popular. México Instituto Nacional de Salud Pública 2009.
5. Lazcano E. Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2012. México Instituto Nacional de Salud Pública 2012.
6. Nigenda G. Evaluación Externa del Sistema de Protección Social en Salud 2011. México Instituto Nacional de Salud Pública 2011.
7. Miranda A, Aguilera N, Velázquez C. Evaluación Costo-Efectividad del Programa U005 Seguro Popular. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas; 2012. Available from: <http://seguropopular.cide.edu/>.
8. CNPSS. Informe de Resultados 2014. México Secretaría de Salud; 2015.
9. Federación ASdl. Informe General Cuenta Pública 2013. México: Cámara de Diputados 2015.
10. Federación ASdl. Informe para la Honorable Cámara de Diputados, Estado que Guarda la Solventación de Observaciones y Acciones Promovidas a las Entidades Fiscalizadas (Corte 30 de septiembre de 2014). México: Auditoría Superior de la Federación; 2014.
11. Federación ASdl. Informe para la Honorable Cámara de Diputados, Estado que Guarda la Solventación de Observaciones y Acciones Promovidas a las Entidades Fiscalizadas (Corte 30 de septiembre de 2013). México: Cámara de Diputados; 2013.
12. CNPSS. Informe de Resultados 2013, Sistema de Protección Social en Salud. Gaceta Parlamentaria 2014.
13. CNPSS. Informe de Resultados 2008. México Secretaría de Salud; 2009.
14. CNPSS. Informe de Resultados 2009. México: Secretaría de Salud; 2010.
15. CNPSS. Informe de Resultados 2010. México: Secretaría de Salud; 2011.
16. CNPSS. Informe de Resultados 2011. México: Secretaría de Salud; 2012.
17. CNPSS. Informe de Resultados 2012. México: Secretaría de Salud; 2013.
18. CNPSS. Informe de Resultados 2007. México Secretaría de Salud; 2008.
19. Salud Sd. Matriz de Indicadores para Resultados 2014 del Programa Presupuestal U005 Seguro Popular. México Coneval 2014.
20. Coneval. Anexo Estadístico de Medición de la Pobreza. Resultados 2014. México Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2014.
21. INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2012. Resultados por entidad federativa, Tabasco. Cuernavaca, México 2013.
22. Pública INdS. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2006. Resultados por entidad federativa, Tabasco México 2007.

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL SEGURO POPULAR EN TABASCO

23. Gutierrez JP. Estudio de Satisfacción del Usuario del Sistema de Protección Social en Salud 2014. México Instituto Nacional de Salud Pública 2014.
24. Diputados Cd. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. México Diario Oficial de la Federación; 17-12-2014.
25. Diputados Cd. Ley General de Salud. México Diario Oficial de la Federación 05-05-2015.
26. Federación ASdl. Diagnóstico sobre la Opacidad en el Gasto Federalizado. Auditoría Superior de la Federación: Cámara de Diputados; 2013.
27. Anexo IV "Conceptos de Gasto" 2014. Entidad Federativa: Estado de Tabasco. . México: Secretaría de Salud Tabasco; 2014.
28. Presidencia. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México Presidencia de la República; 2013.
29. Sistema Nacional de Cuentas [SICUENTAS]. Gasto de bolsillo de los hogares 2012. In: Salud Sd, editor. México Secretaría de Salud; 2012.
30. OCDE. Out-of-pocket expenditure on health, % of total expenditure on health. In: Económicos OpICyeD, editor. 2015.