Tabasco
cambia contigo

Secretaría de SALUD

Evaluación de Impacto del Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud

Ejercicio Fiscal 2016

ROMERO CONSULTORES ESPECIALIZADOS EN ASESORÍA, CAPACITACIÓN, ASISTENCIA TÉCNICA Y EVALUACIÓN
PROPIETARIO: RICARDO NEFTALI ROMERO CERONIO

ÍNDICE

ÍNDICE **1**

ÍNDICE DE CUADROS **3**

ÍNDICE DE GRÁFICOS **5**

GLOSARIO **6**

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN **8**

1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN 8

1.2. ANTECEDENTES DE LA EVALUACIÓN 8

1.3. FUNDAMENTO LEGAL 9

CAPÍTULO 2. MARCO METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN DE IMPACTO 11

2.1. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN 11

2.1.1. Objetivos específicos de la evaluación 11

2.2. ALCANCES DE LA EVALUACIÓN 11

2.3. MARCO TEÓRICO 12

2.4. HIPÓTESIS 13

2.5. MUESTREO 13

2.5.1. Diseño muestral para los centros de salud 15

2.5.2. Diseño muestral para unidades de segundo y tercer nivel 16

2.6. INSTRUMENTOS 16

2.7. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN 17

CAPÍTULO 3. LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO 18

3.1. OPINIÓN DE LOS OPERATIVOS 18

3.2. NIVEL GERENCIAL 19

CAPÍTULO 4. RESULTADOS E IMPACTOS DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO 20

4.1. PRINCIPALES RESULTADOS ENCUESTA A POBLACIÓN DE TABASCO 20

4.2. MEDICIÓN DE IMPACTO 31

4.3. REGISTROS RUTINARIOS DE INFORMACIÓN 33

CAPÍTULO 5. SATISFACCIÓN Y PERCEPCIÓN DEL BENEFICIARIO 36

5.1. PERCEPCIÓN DEL BENEFICIARIO 36

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 40

ANEXOS 44

ANEXO 1. MATRICES DE INDICADORES PARA RESULTADOS 45

ANEXO 2. FICHA TÉCNICA PARA LA DIFUSIÓN DE RESULTADOS 46

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 2.5.1. Parámetros de muestreo....14
Cuadro 2.5.2. Marco muestral de unidades médicas para el proceso de evaluación....15
Cuadro 2.5.2.1. Distribución de la muestra para unidades de segundo y tercer nivel....16
Cuadro 4.1.1. Número de encuestas realizadas en los hogares....20
Cuadro 4.1.2. Número de encuestas realizadas en los hogares....21
Cuadro 4.1.3. Material de los techos de las viviendas....21
Cuadro 4.1.4. Material de los techos de las viviendas....22
Cuadro 4.1.5. Material de los pisos de las viviendas....22
Cuadro 4.1.6. Cuarto para cocinar....23
Cuadro 4.1.7. Número de cuartos para dormir....23
Cuadro 4.1.8. Cuentan con luz en la vivienda....23
Cuadro 4.1.9. Fuente de abastecimiento de agua....24
Cuadro 4.1.10. La vivienda tiene excusado, retrete, sanitario, letrina....24
Cuadro 4.1.11. Tipo de drenaje de la vivienda....25
Cuadro 4.1.12. Combustible para cocinar en la vivienda....25
Cuadro 4.1.13. Manejo de la basura en la vivienda....26
Cuadro 4.1.14. Estatus de la vivienda....26
Cuadro 4.1.15. Lugar donde cocinan....27
Cuadro 4.1.16. Número de focos de la vivienda....27
Cuadro 4.1.17. Gasto en el hogar por semana....28
Cuadro 4.1.18. Gasto en el hogar por mes....29
Cuadro 4.1.19. Gasto en salud en el hogar....29
Cuadro 4.1.20. Fuentes de financiamiento de los gastos de salud....30
Cuadro 4.2.1. Fuentes de financiamiento de los gastos de salud....31
Cuadro 5.1.1. Entrega de la póliza....36
Cuadro 5.1.2. Entrega de la carta de derechos y obligaciones....36

Cuadro 5.1.3. Información sobre los servicios médicos 37

Cuadro 5.1.4. Información suficiente 37

Cuadro 5.1.5. Solicitan información 37

Cuadro 5.1.6. Solicitan citas en la unidad 38

Cuadro 5.1.7. Derecho a recibir una segunda opinión durante el tratamiento 38

Cuadro 5.1.8. Áreas donde solicitó atención médica 39

Cuadro 5.1.9. Asesorados alguna vez por el gestor médico 39

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 4.2.1. Modelo generado 32

Gráfico 4.2.2. Gráfica del impacto del SPSS 32

GLOSARIO

ASM: Aspectos Susceptibles de Mejora

CAUSES: Catálogo Universal de Servicios de Salud

CAPA: Centros de Atención Primaria en Adicciones

CARAVANA: Caravanas de Salud

CESSA: Centro de Salud con Servicios Ampliados

CS: Centros de Salud

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

DGIS: Dirección General de Información en Salud

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

GBD: Global Burden of Disease

GpR: Gestión para Resultados

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LFC: Ley de Coordinación Fiscal

LFPRH: Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria

LGDS: Ley General de Desarrollo Social

LPET: Ley de Planeación del Estado de Tabasco

MIR: Matriz de Indicadores para Resultados

MML: Metodología de Marco Lógico

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico

PAE: Programa Anual de Evaluación

PbR: Presupuesto basado en Resultados

PEF: Presupuesto de Egresos de la Federación

PLED: Plan Estatal de Desarrollo

PND: Plan Nacional de Desarrollo

PNS: Programa Nacional de Salud

POA: Programa Operativo Anual

PoR: Planeación orientada a Resultados

PSS: Programa Sectorial de Salud

SED: Sistema de Evaluación de Desempeño

SES: Sistema Estatal de Salud

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud

SS: Secretaría de Salud

TdR: Términos de Referencia

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

SINAIS: Sistema Nacional de Información en Salud

SIS: Subsistema de Prestación de Servicios

UNEME: Unidad de Especialidades Médicas

UED: Unidad de Evaluación del Desempeño

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

Este primer capítulo de la presente evaluación contiene la justificación de la misma, así como el marco legal que da sustento a la realización del ejercicio de Evaluación de Impacto del Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud, sobre la calidad de vida y bienestar de la población beneficiaria de las acciones implementadas durante el ejercicio fiscal 2016.

1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN

La Evaluación de Impacto del Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud, correspondiente al ejercicio fiscal 2016, se realiza en cumplimiento a lo establecido en el Programa Anual de Evaluación (PAE) 2017 del Gobierno del Estado de Tabasco, el cual fue emitido por la Secretaría de Planeación y Finanzas del estado de Tabasco, en marzo del presente año.

El presente ejercicio de evaluación se realizó a petición de la Unidad de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud; con la finalidad de cubrir la necesidad de evaluar la calidad de la operación del Programa Presupuestario y el nivel de respuesta de este a las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, Plan Estatal de Desarrollo (PLED) 2013-2018, Programa Sectorial de Salud (PSS) 2013-2018 y las propias necesidades de la Secretaría de Salud (SS). Dentro de este contexto, la UED emitió los Términos de Referencia que establecieron los objetivos y alcances del presente ejercicio de evaluación del desempeño.

1.2. ANTECEDENTES DE LA EVALUACIÓN

En el 2005 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) analizó el Sistema de Salud en México; como resultado, se formularon recomendaciones en seis temas: a) Asegurar el financiamiento adecuado del sistema de salud; b) Abordar las barreras remanentes para acceder a los servicios en beneficio de aquellos que no cuentan con cobertura de Seguridad Social; c) Fomentar una mayor eficiencia de los prestadores de servicios de salud; d) Promover una mayor productividad de los profesionales de la salud; e) Promover la calidad y efectividad de la atención; f) Mejorar la gobernanza del sistema[1]. A partir de esto se han realizado diversas reformas y cambios para dar cumplimiento a lo antes mencionado.

Así surge el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que busca dar una protección financiera en salud a la población que no cuenta con ninguna derechohabiencia, eliminando las barreras económicas, mejorando el acceso a los servicios y la dotación de los medicamentos para la atención en salud, y con ello disminuir el gasto de bolsillo por motivos de salud que afectan a las familias más pobres.

[1] *OECD. OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016 [Internet]. OECD Publishing; 2016 [citado el 16 de enero de 2017]. (OECD Reviews of Health Systems). Disponible en: http://www.oecd-library.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-mexico-2016_9789264230491-en*

Esta forma de financiamiento implica un cambio radical en los incentivos para los gobiernos estatales y los prestadores, debido a que los recursos para los estados están determinados en gran medida por el número de familias afiliadas al SPSS y por lo tanto será orientado por la demanda. La naturaleza voluntaria del proceso de afiliación es una característica esencial de la reforma que además de democratizar el presupuesto, constituye un incentivo para fortalecer el sistema de atención a la salud y proveer servicios de la mejor calidad, ya que sólo se reafiliarán las familias satisfechas con los servicios recibidos.

De esta manera, el Sistema de Protección Social en Salud, busca considerar también los cambios que surgen como consecuencia de la transición epidemiológica, que es la interacción de los procesos; sustitución de las primeras causas de muerte de las enfermedades infecciosas por las no trasmisibles y lesiones; el desplazamiento de la mayor carga de morbimortabilidad desde los grupos más jóvenes a los de mayor edad; y finalmente el cambio de una situación de predominio de la mortalidad a una del panorama epidemiológico de morbilidad dominante[2].

El Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud de Tabasco, es la respuesta institucional de la Secretaría de Salud para otorgar los servicios necesarios para el cuidado de la población tabasqueña.

1.3. FUNDAMENTO LEGAL

La Evaluación de Impacto está sustentada en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), que contiene los lineamientos para que la planeación del presupuesto federal se realice con un enfoque a resultados para ser tomado en consideración en las decisiones del presupuesto federal se realice con un enfoque a resultados para ser tomado en consideración en las decisiones del proceso presupuestario y con base en la información generada por evaluaciones, hacer más eficientes los recursos públicos. Adicionalmente establece que la evaluación del desempeño se realizará a través de la verificación del cumplimiento de objetivos y metas; y que las instancias públicas podrán realizar la evaluación de las políticas públicas o programas, mediante métodos de evaluación elegidos por sí mismas o a través de evaluadores externos especializados, y elaborarán los programas anuales de evaluaciones.

La Ley General de Contabilidad Gubernamental (LGCG), determina los criterios generales para lograr una adecuada armonización contable y financiera de los entes públicos; esto con la finalidad de medir la transparencia, eficacia, economía y eficiencia del proceso presupuestario. Con esta normatividad se busca fortalecer los procesos, desde la planeación hasta la rendición de cuentas, y el Sistema de Evaluación del Desempeño, el cual establece que las entidades federativas evaluarán de la misma manera el destino y el ejercicio de los recursos federales que le sean transferidos. Esto incluye la publicación y difusión de las evaluaciones y metodologías empleadas.

Los Lineamientos Generales para la evaluación de los programas federales de la administración pública federal, donde se menciona que los programas y el gasto público deben ser con un enfoque al logro de objetivos y metas,

[2] *Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, et al. La transición epidemiológica en América Latina. The epidemiological transition in Latin America [Internet]. 1991 [citado el 14 de enero de 2017]; Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/16560*

así como la necesidad de medir sus resultados objetivamente mediante indicadores relacionados con la eficiencia, economía y eficacia, considerando el impacto del gasto social público.

Así mismo, la Ley de Planeación del estado de Tabasco, establece las normas de organización y funcionamiento de la Planeación Estratégica y Participativa del proceso de planeación a que deberán sujetarse las actividades conducentes a la formulación, instrumentación, control y evaluación de los planes. Con base a lo establecido en el Artículo 18 de esta ley, se elabora el Plan Estatal de Desarrollo (PLED).

En lo que corresponde a la Secretaría de Salud, como cabeza de sector, tiene la responsabilidad de coordinar el desempeño de las actividades de salud, seguridad y asistencia social entre las instancias que conforman el Sistema Estatal de Salud (SES) y conducir la elaboración de los programas sectoriales en congruencia con el PLED.

CAPÍTULO 2. MARCO METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN DE IMPACTO

El presente apartado está conformado por una revisión de la literatura nacional e internacional que conforma el marco teórico de la evaluación. Igualmente se presentan las hipótesis del estudio que sirven de base para la evaluación; el cálculo del tamaño de muestra y la estrategia de muestreo con su respectiva distribución por conglomerado.

2.1. OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN

El objetivo general de la Evaluación de Impacto del Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud, ejercicio fiscal 2016 es:

> *Analizar el grado de contribución del Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud a la solución del problema por el cual fue creado; identificando los elementos exitosos y detectando los problemas a fin de adecuar el diseño, las estrategias de operación, y las políticas relacionadas con el mismo.*

2.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA EVALUACIÓN

Con el fin de cumplir el objetivo general antes planteado, y de acuerdo con los Términos de Referencia para la Evaluación, emitidos por la Unidad de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud; se diseñaron 5 objetivos específicos para la Evaluación del Impacto del Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud, ejercicio fiscal 2016:

1) Analizar en qué medida el Programa Presupuestario está contribuyendo a alcanzar los objetivos básicos del sistema de salud del estado de Tabasco;

2) Analizar el grado en que el Programa Presupuestario garantiza la protección financiera en materia de salud;

3) Evaluar la calidad, calidez y oportunidad en la prestación de los servicios de salud;

4) Evaluar la contribución del Programa Presupuestario para mejorar las condiciones de salud de la población, y

5) Evaluar la satisfacción de la población con los servicios y apoyos recibidos del Programa Presupuestario

2.2. ALCANCES DE LA EVALUACIÓN

En el contexto actual en México, donde la sociedad exige a los responsables de las políticas, que den resultados y cumplan con la rendición de cuentas de los programas públicos, la evaluación de impacto ofrece las evidencias sólidas y creíbles del desempeño, determinando con el sustento de la Metodología de Marco Lógico (MML), si un programa logra los resultados deseados. A nivel mundial, las evaluaciones de impacto también son esenciales

para generar conocimiento acerca de la efectividad de los programas de desarrollo, creando evidencia de las acciones efectivas y no efectivas.

La evaluación de impacto forma parte importante en la formulación de programas con un cambio de enfoque, pasando de los insumos a los resultados; se busca demostrar, en términos generales, el efecto que tiene el Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud del Estado de Tabasco en la disminución del gasto de bolsillo de la población responsabilidad de la Secretaría de Salud, empleando la formulación de políticas públicas basadas en evidencia. Con ello los responsables del Programa o administradores de programas que requieren de información de los resultados que son alcanzados con las acciones de salud realizadas, ya sea para rendir cuentas, informar del uso de los recursos u orientar las decisiones. En cualquiera de los casos, este tipo de estudios es una herramienta indispensable para contar con la evidencia más sustentada metodológicamente.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), define las evaluaciones de impacto como evaluaciones que permiten medir efectos del Programa Presupuestario sobre una población beneficiada y mediante el uso de técnicas rigurosas de investigación establecer si el efecto, positivo o negativo, es atribuible a las acciones que se han realizado. Estas evaluaciones demandan mayor capacidad de los evaluadores y recursos; sin embargo, su fortaleza radica en que se obtienen resultados que contribuyen a la rendición de cuentas, aportando evidencias de la efectividad de las acciones en que se emplean los recursos públicos.

Así mismo, el CONEVAL establece que no todos los programas tienen las condiciones para hacer una evaluación de impacto, se deben reunir condiciones específicas que permitan establecer su factibilidad. Entre las principales condiciones que deben cumplir, es contar con mediciones previas o instrumentos que permitan realizar un diseño experimental o cuasi experimental; en el caso del Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud, se reúnen las condiciones para realizar un diseño cuasi experimental debido a que se tienen mediciones previas como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 y registros rutinarios de información que permiten elaborar el modelo de análisis que mide el efecto del Programa Evaluado.

Los datos empleados parten de la idea de que la línea base es la situación de salud que pone en evidencia la ENSANUT 2012, a partir de ese momento la nueva gestión de la administración entrante del Gobierno del Estado realiza acciones con la idea de mejorar la situación inicial.

2.3. MARCO TEÓRICO

Para la evaluación de impacto es necesario establecer un marco teórico metodológico que sirva de base y que permita la definición de algunos conceptos para ser parte de la evaluación, así como de la definición del tipo de estudio y del diseño muestral a emplear.

El SPSS está enfocado en disminuir el gasto de bolsillo en salud que realizan las familias para dar solución a sus diferentes problemas de salud; para ello, es necesario mencionar que se considera un gasto de bolsillo o "catastrófico" cuando este supera el 40% de la capacidad de pago del hogar, definida como el ingreso total del hogar menos el nivel de gasto necesario para cubrir necesidades básicas de subsistencia (Perticara, 2008). En el

caso de los más pobres hay que considerar que este monto es mínimo o nulo. Se incurre en estos gastos al no poder preverlos y por considerarse una emergencia debe ser invertida en la solución del problema de salud.

La derechohabiencia de los servicios de salud la define la INEGI como "Derecho de las personas a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación laborar por ser pensionado o jubilado, por inscribirse o adquirir un seguro médico o por ser familiar designado beneficiario". Así las personas que no cuentan con ninguna derechohabiencia requieren de servicios de salud y se afilian al SPSS, de esta manera al ser afiliados se considera también como derechohabientes del SPSS y tienen derecho a los servicios de atención del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Es necesario también para el estudio, la forma en la que se mide el impacto, para el cual se emplea un enfoque de diseño cuasi experimental que a diferencia del experimental, los beneficiarios no son aleatorizados, por el contrario son elegidos con base en criterios de elegibilidad y focalización. En el caso de Tabasco, el Programa E027 Sistema de Protección Social en Salud tiene estas características, en consecuencia, la estimación del impacto es por medio de análisis estadísticos que comparan los grupos una vez que ya se ha aplicado la intervención.

Lo anterior, implica la construcción de dos escenarios; un escenario sin programa o contrafactual y un escenario con programa. La construcción del contrafactual se logra a través de un grupo de control formado por individuos, iguales o muy parecidos a los beneficiarios, y cuya única diferencia con estos sea "no haber participado en el programa".

2.4. HIPÓTESIS

Para el desarrollo de la evaluación de impacto se parte de la hipótesis de que el Programa Presupuestario es un conjunto de servicios y actividades enfocados a la salud de la población de Tabasco que no tiene derechohabiencia. Con base en esto se plantean las siguientes hipótesis de la investigación:

Ho: El Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud disminuye el gasto catastrófico en salud de las familias afiliadas.

Ha: El Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud no disminuye el gasto catastrófico en salud de las familias afiliadas.

2.5. MUESTREO

Con base en las entrevistas a funcionarios e informantes clave, el equipo de Romero Consultores llevó a cabo la delimitación del universo de programas y acciones implementados dentro del Programa Presupuestario evaluado, así como del tamaño del universo de beneficiarios que formarán parte de la evaluación; considerando los temas de: planeación, orientación a resultados, cobertura, focalización, operación, percepción de la población atendida y, finalmente, medición de resultados.

Derivado de lo anterior y del diseño metodológico seleccionado para la realización de la evaluación, Romero Consultores llevó a cabo la construcción del marco y diseño muestral que permite una mejor calidad de la información, garantizando que exista una representatividad cuando menos de nivel municipal que permita

obtener resultados válidos municipales, los cuales no sólo contribuirán al proceso de evaluación, sino que generarán información valiosa para mejorar los procesos de planeación y diseño de los programas y acciones; y también serán un importante insumo para la planeación del desarrollo para futuras administraciones de la Secretaría de Salud de Tabasco.

Teniendo como unidad de análisis a los beneficiarios del Programa Presupuestario en el estado de Tabasco, el equipo de Romero Consultores propone inicialmente un diseño muestral con el muestreo de proporciones de poblaciones infinitas con 5% de error y 95% de confianza, dividiendo la muestra en urbano y rural; mediante las herramientas del método *STEPwise* de vigilancia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone realizar el muestreo con la ecuación siguiente:

$$n = \frac{Z^2 * r * (1 - r) * f * k}{p * \tilde{n} * e^2}$$

Donde **n** es el parámetro que se calcula y es el tamaño de la muestra expresado en número de hogares que se seleccionarán; **z** es el estadístico que define el nivel de confianza deseado; **r** es una estimación de un indicador clave para medir en la encuesta; **f** es el efecto del diseño de la muestra o *deff*, que se supone que es 2,0 (valor por defecto); **k** es un multiplicador necesario para representar la tasa de falta de respuesta prevista; **p** es el tamaño promedio de hogares (número de personas por hogar); y **e** es el margen de error que se debe alcanzar. Teniendo como unidad de análisis a las familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud en el estado de Tabasco, se emplea un diseño muestral con el muestreo de proporciones de poblaciones infinitas con 5% de error y 95% de confianza. Dividiendo la muestra en urbano y rural con los parámetros del cuadro 2.3.1.

Cuadro 2.5.1. Parámetros de muestreo

PARÁMETRO	VALOR
Nivel de confianza	1.96
Margen de error (MOE)	5%
Valor de "p"	0.22
Efecto de diseño (Deff)	1
Tasa de respuesta	10%
Valor estimado edad/sexo	1

Fuente: Romero Consultores, Construcción propia, con base en el diseño muestral para la evaluación presentado en la propuesta técnica.

Con estos parámetros se obtiene un tamaño de muestra total de 2,871 de la población que se distribuye de manera proporcional conforme a los siguientes criterios de la estrategia de muestreo. La estrategia de muestreo es por conglomerados, donde cada conglomerado está conformado por los municipios de Tabasco. La muestra se distribuye de manera proporcional al número de familias de cada conglomerado y al interior de cada conglomerado se distribuye seleccionando aleatoriamente localidades urbanas y rurales, para con esto evitar el sesgo de selección y garantizar la representatividad de cada conglomerado.

Los alcances de la evaluación requieren que se consideren varios enfoques de las acciones que se han emprendido con los recursos del Programa Presupuestario evaluado; así mismo determinar los cambios en la salud de la población como son la morbilidad y mortalidad imputables al impacto del Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular. Uno de los enfoques es la recopilación de información cualitativa y cuantitativa de informantes primarios de nivel operativo de las acciones o programas operados durante el ejercicio fiscal 2016:

- Actores clave del sector salud
- Instituciones de salud (públicas y privadas)
- Personal de salud (considerar la parte administrativa-gerencial y personal en contacto con los pacientes)

Derivado del análisis de la información documental presentada por la SS, consistente en directorio de funcionarios e inventarios de unidades médicas, se determinó el siguiente universo muestral para la realización de encuestas a funcionarios operativos en contacto con población y unidades médicas:

Cuadro 2.5.2. Marco muestral de unidades médicas para el proceso de evaluación

Tipo de unidad	Número de unidades
CAPA	14
CARAVANA	66
CESSA	11
CS	498
OTRO	5
UNEME	7
Total general	601

Fuente: Romero Consultores; Construcción propia, con base en el diseño muestral para la evaluación presentado en la propuesta técnica.

Por otra parte, se tiene en cuenta el personal de salud en contacto con los pacientes para los cuales se pretende realizar una muestra por conveniencia para tener en consideración aspectos de la operación del Sistema de Protección Social en Salud, así como unidades de primer nivel de atención.

2.5.1. DISEÑO MUESTRAL PARA LOS CENTROS DE SALUD

Para esta etapa, Romero Consultores propone una muestra de poblaciones finitas con método simple aleatorio que tenga 5% de error y 95% de confianza.

$$n = \frac{N * (\alpha * p * 1\text{-}p)^2}{1 + (e^2 * (N - 1))}$$

Donde para los Centros de Salud:
N=Tamaño de la población= 498
α= Nivel de confianza (95%)
P= 0.2
e= 5%
n= 129

Con estos parámetros se obtiene el tamaño de muestra total de 129 de la población total de Centros de Salud que se distribuye de manera proporcional conforme a los siguientes criterios de la estrategia de muestreo. La estrategia de muestreo es por conglomerados donde cada conglomerado está conformado por los municipios del Estado.

2.5.2. DISEÑO MUESTRAL PARA UNIDADES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL

Las unidades médicas de segundo y tercer nivel tienen una mayor capacidad resolutiva en la atención, por lo que no pueden ser medidas ni analizadas conjuntamente con los Centros de Salud; la categoría de unidades de segundo y tercer nivel abarca: hospitales generales, hospitales de especialidades, hospitales comunitarios; dentro de los cuales se determinó como unidad de observación al personal de salud en contacto con el paciente, esto es: médicos y enfermeras.

Para esta etapa, Romero Consultores propone una muestra de poblaciones finitas con método simple aleatorio que tenga 5% de error y 95% de confianza.

$$n = \frac{N * (\alpha * p * 1\text{-}p)^2}{1 + (e^2 * (N - 1))}$$

Donde para los Centros de Salud:
N=Tamaño de la población= 4,719
α= Nivel de confianza (95%)
P= 0.2
e= 4.09%
n= 167

Cuadro 2.5.2.1. Distribución de la muestra para unidades de segundo y tercer nivel

	Médicos	Enfermeras	Directivos	Total
Muesstra *	184	295	34	513

Fuente: Romero Consultores, Construcción propia, con base en el diseño muestral para la evaluación y la información de: DGIS, SSA y SESA's (SINERHIAS).

La estrategia de muestreo es estratificada por tipo de personal y proporcional al tamaño de la unidad de salud.

2.6. INSTRUMENTOS

Como parte del método empleado, se realizarán entrevistas a funcionarios directivos y gerenciales del Seguro Popular en la Entidad del Programa Presupuestario Evaluado tanto en la Secretaría como en el Organismo responsable de su administración; que sirvan de guía para conocer la forma en que se ha operado el Programa Presupuestario, considerando que la información que se proporciona no se ve en los cuestionarios que se aplican a la población. La guía de entrevista está conformada por los siguientes apartados:

1) Características del entrevistado
2) Operación y seguimiento del Programa Presupuestario
3) Opiniones sobre el Programa Presupuestario
4) Comentarios generales

Entrevista a funcionarios se conforma de los siguientes apartados:

1) Características del entrevistado
2) Diseño y planeación del Programa Presupuestario
3) Operación y seguimiento del Programa Presupuestario
4) Aspectos generales
5) Opiniones sobre el Programa Presupuestario

Cuestionario a población sobre los servicios, contiene los siguientes apartados:

1) Identificación del informante
2) Características del hogar
3) Utilización de los servicios ambulatorios preventivos y curativos
4) Gasto del hogar
5) Gastos de salud

2.7. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los instrumentos se diseñaron y programaron en tabletas que el personal encuestador utilizó para registrar la información. Con estas herramientas se disminuye el tiempo de recolección y análisis de la información, así mismo se emplearon supervisores de campo que verificaron la implementación de la etapa de campo garantizando así la calidad de la información recabada.

Para el análisis y procesamiento de la información se emplearon programas informáticos como son Excel, STATA 14. Con lo cual se conformaron las bases de datos para el análisis de la información, la construcción de modelos estadísticos que dan evidencia de los principales resultados del análisis.

Para poder determinar y evaluar el modelo de diferencias en diferencias se retomaron las variables de la ENSANUT 2012 y se construyó una sola agregando los resultados de campo de 2016. Así se determinó que el modelo está dado por las diferencias entre los grupos que pertenecen al SPSS vs. los que tienen otra derechohabiencia para ambos periodos de medición 2012 y 2016.

CAPÍTULO 3. LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO

La operación del Programa Presupuestario tiene un papel fundamental para obtener los resultados deseados en la población beneficiada, por ello se realizaron entrevistas a los responsables de las principales áreas de planeación, administración y ejecución que pudieran dar información de los aspectos más relevantes que a continuación se mencionan.

3.1. OPINIÓN DE LOS OPERATIVOS

Una de las partes básicas y fundamentales del Sistema de Protección Social en Salud, es conocer la opinión de los operativos, toda vez que ellos son importantes al ofrecer un servicio, al depender de la relación personal de salud-usuario, y que este último exprese como calidad de atención su satisfacción del servicio, así como su demanda del mismo, en un futuro o seguimiento de atención.

Para lo cual se realizaron 513 encuestas a personal de salud en contacto con el usuario, de los cuales 295 pertenecen al personal de enfermería (57%), 184 pertenecen al personal médico (36%) y 34 al personal directivo de unidades médicas (7%).

Inicialmente se explora si conocen el proceso de planeación anual 2016 de la unidad en la que laboran; la mayoría del personal de enfermería no conoce esto (91%), en el caso del personal médico indica que no lo conoce un 89%. Esto sugiere que el personal de salud en contacto con el usuario de los servicios de salud encuestado limita sus actividades al servicio de atención médica, pero no se encuentran sensibilizados en la importancia de sus actividades en los procesos administrativos y financieros de la unidad. En relación directa al Programa E027 del Sistema de Protección Social en Salud, el personal de salud que considera que este permite cubrir las necesidades de la población en materia de seguridad social y financiamiento a los servicios de salud, se encuentra el 21% del personal de enfermería, mientras que el 31% del personal médico lo considera así. Esto sugiere que no hay una adecuada asimilación del objetivo de este Programa o que no llegan suficientes ni oportunamente los recursos, por esta fuente de financiamiento al personal que labora en las unidades médicas visitadas.

Con la finalidad de contar con un acercamiento a lo antes descrito, se explora si el CAUSES incluye los medicamentos esenciales para otorgar atención a la población usuaria de los servicios en la unidad médica, el 29% del personal de enfermería, y el 37% del personal médico así lo considera. Esto sugiere que el recuso no es suficiente ni oportuno o no llega a la unidad médica.

También se explora si el CAUSES incluye los padecimientos más comunes que afectan a la población de Tabasco, el 21% del personal de enfermería y el 33% del personal médico así lo considera. Probablemente esto sugiera que se deben fortalecer los objetivos y coberturas del E027, o que desde la percepción del personal de salud el no contar con estructura e insumos para desarrollar sus actividades esto puede influenciar en su respuesta de cobertura.

3.2. NIVEL GERENCIAL

En las entrevistas de los responsables de la planeación y administración del Programa Presupuestario se hace mención de las principales acciones para llevar a la población acciones que mejoren y cuiden la salud de la misma. Para ello se parte de la información que se tiene de periodos anteriores y se establecen metas.

Se menciona que el Sistema de Protección Social en Salud en general se conforma a partir de tres principales fuentes de ingresos: 1) La cuota social, a partir del análisis económico del beneficiario al seguro, ingresa a un tabulador, con el fin de establecer el pago anual por la póliza; 2) Aportación solidaria federal, a través de la aportación asignada a las entidades federativas mediante el Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud a la Persona-FASSA.P; 3) Aportación solidaria estatal, con aportaciones de recursos propios estatales.

Los recursos son empleados para la adquisición de insumos y medicamentos que están considerados en el CAUSES, el proceso de compras es por medio de compras consolidadas, el cual consiste en conjuntar las necesidades para realizar una sola compra y así poder hacer más eficientes los recursos disponibles. Sin embargo, este proceso se ha reflejado en un proceso más tardado de la compra de los insumos y materiales necesarios debido a que las necesidades son muchas, haciendo que estos materiales e insumos llegues a destiempo a las unidades operativas y únicamente una pequeña parte de estos están disponibles en cada unidad.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS E IMPACTOS DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO

A continuación se presentan los resultados del análisis del impacto que se han alcanzado, considerando como principal variable de respuesta el gasto en salud de los encuestados. Para ello se presenta el análisis de las principales variables captadas en el cuestionario aplicado por personal capacitado por Romero Consultores. De manera inicial se presenta el análisis bivariado comprobando los dos periodos de tiempo estableciendo las diferencias y, finalmente, se presenta la construcción del modelo de impacto de diferencias en diferencias.

4.1. PRINCIPALES RESULTADOS ENCUESTA A POBLACIÓN DE TABASCO

Se realizaron 2,871 encuestas a hogares de Tabasco con representatividad municipal, siendo mayor el número comparado con la muestra estratificada de la ENSANUT 2012, la muestra se realizó a hogares seleccionados de manera bietápica, la primera es por municipio y la segunda por estratos rural y urbano (Ver cuadro 4.1.1.).

Cuadro 4.1.1. Número de encuestas realizadas en los hogares

Municipio	2012*	2016**	Total
Balancán	35	54	89
Cárdenas	245	330	575
Centla	69	131	200
Centro	366	832	1,198
Comalcalco	144	248	392
Cunduacán	73	163	236
Emiliano Zapata	35	38	73
Huimanguillo	172	221	393
Jalpa De Méndez	69	110	179
Jonuta	36	30	66
Macuspana	136	203	339
Nacajuca	69	149	218
Paraíso	67	111	178
Tacotalpa	33	60	93
Teapa	33	69	102
Tenosique	35	75	110
Jalapa	0	47	47
Total	**1,617**	**2,871**	**4,488**

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares

Las condiciones de inseguridad y de acceso a las localidades no permitieron mantener la proporción planeada de manera original, esto es más evidente en municipios donde el equipo de investigación fue amenazado en el

municipio de Cárdenas. Lo que provoca un desajuste en la proporción de las encuestas levantadas por estratos urbano y rural (Ver cuadro 4.1.2.).

Cuadro 4.1.2. Número de encuestas realizadas en los hogares

Estrato	2012*	2016**	TOTAL
Rural	1,113.00	1,619.00	2,732.00
Urbano	504.00	1,252.00	1,756.00
Total	1,617.00	2,871.00	4,488.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares

Como parte de los primeros resultados de la encuesta aplicada a los hogares se encuentra que los muros de las viviendas son de tabique o de ladrillo. Únicamente en 2012 se encontraron materiales de adobe que corresponde a menos de 1% (Cuadro 4.1.3.). La diferencia entre ambas encuestas es significativa con un 95% de confianza.

Cuadro 4.1.3. Material de los techos de las viviendas

Estrato	2012* (%)	2016** (%)	TOTAL
Carrizo/ bambú o palma	0.43	0.10	0.22
Lámina de asbesto	4.51	1.74	2.74
Madera	7.79	0.52	3.14
Material de desecho	0.25	1.99	1.36
Tabique / ladrillo	86.89	95.64	92.49
Adobe	0.12	0.00	0.04
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares
Pearson chi2(5) = 242.9703 Pr = 0.000

De lo anterior es necesario recordar que "de acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social, la medición de la pobreza en México considera en las dimensiones que tienen que ver con los derechos sociales (educación, salud, seguridad social, alimentación, vivienda y sus servicios) y la dimensión asociada al espacio del bienestar económico (ingreso corriente per cápita)". Esto supone la identificación de insuficiencias en cada dimensión con base a criterios adecuados a cada aspecto[3].

En coincidencia con la perspectiva anterior se observa que en la encuesta aplicada en los cuadros 4.1.3. y 4.1.4. que en comparación del año 2012 y 2016, las condiciones de la vivienda en seguridad física han mejorado. Resaltando que es visible la disminución del uso de materiales como adobe, paja, láminas de cartón y asbesto por losas de concreto, tejas, tabique y ladrillo, así como de paredes. Esto es una manera representativa de un indicador que sugiere mejores condiciones en la vivienda para la seguridad de los ciudadanos en el Estado.

[3] *Consejo Nacional de Evaluación de la política de desarrollo social (CONEVAL) (Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al seguro popular, Primera Edición, Noviembre 2014, cap.1, pág. 19*

Cuadro 4.1.4. Material de los techos de las viviendas

Estrato	2012*	2016**	TOTAL
Lámina de asbesto	21.65	12.80	15.99
Lámina de cartón	0.25	0.17	0.20
Lámina metálica	42.61	23.61	30.46
Losa de concreto	32.90	55.18	47.15
Material de desecho	0.19	1.15	0.80
Teja	1.42	6.94	4.95
Terrado con vigueta	0	0.14	0.09
Madera o tajamanil	0.31	0	0.11
Palma o paja	0.68	0	0.25
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares

En el Cuadro 4.1.4. se muestran los techos de las viviendas encuestadas, que en su mayoría emplean losa de concreto y lámina metálica, en ambas encuestas se emplean materiales semejantes, aunque en la ENSANUT se presentan algunos otros materiales de la región (Cuadro 4.1.4.).

Una parte importante de las viviendas de los encuestados es el contar con pisos adecuados para mantener la salud de las personas, en el Cuadro 4.1.5. se muestran los pisos de las viviendas encuestadas, teniendo como principales materiales los de cemento, lo que también es un reflejo de la promoción de la salud e incentivos de programas de gobierno que contribuyen a la salud de la población.

Cuadro 4.1.5. Material de los pisos de las viviendas

Estrato	2012* (%)	2016** (%)	TOTAL
Cemento o firme	70.81	59.78	63.75
Madera / mosaico u otro	24.55	39.39	34.04
Tierra	4.64	0.84	2.21
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares
Pearson chi2(2) = 154.3333 Pr = 0.000

Para la preparación de alimentos se requiere de espacios adecuados que garanticen la higiene de los mismos, por ello el contar con un cuarto para cocinar es un indicativo del cuidado de la salud. En el 2012 se registró que el 13.17% no contaba con un cuarto para cocinar, el avance en 2016 es que ese porcentaje se ha disminuido más de cuatro puntos porcentuales (9.79%), siendo las diferencias significativas al 95% de confianza. Estos datos reflejan una mejora sustantiva en la calidad de la vivienda, donde el escenario de una pieza única para la realización de sus actividades que representa un riesgo sanitario por la convivencia en espacios reducidos y por el riesgo de cocinas en habitaciones únicas se reduce (Cuadro 4.1.6.).

Cuadro 4.1.6. Cuarto para cocinar

Estrato	2012* (%)	2016** (%)	TOTAL
No	13.17	9.79	11.01
Sí	86.83	90.21	88.99
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares
Pearson chi2(1) = 12.0434 Pr = 0.001

Considerando el número de cuartos que se usan para dormir en la vivienda, el promedio es menor en el 2012 comparado con el resultado de la evaluación de impacto, siendo esta diferencia significativa estadísticamente. La perspectiva de hacinamiento histórica en las viviendas por tener muchas de ellas solo una habitación para todas las actividades de un hogar, mejora visiblemente dando una expectativa de mejor calidad de vida a las familias, impactando en la calidad de la convivencia, seguridad, y de disminución del riesgo sanitario favorecido por el hacinamiento (Cuadro 4.1.7).

Cuadro 4.1.7. Número de cuartos para dormir

Año	N	Media	IC 95%	
2012*	1,617	1.84	1.80	1.88
2016**	2,868	2.16	2.13	2.19

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares
Pr(|T| > |t|) = 0.0000

De los servicios con los cuales se cuenta en la vivienda, es indispensable el contar con luz, ya que brinda servicios y seguridad a las familias en los hogares. De lo encontrado en las encuestas, la mayoría cuenta con este servicio, debemos considerar que en las condiciones climáticas de Tabasco este servicio es esencial para amortiguar las altas temperaturas que se presentan en la mayor parte del territorio. Al comparar con los resultados de la ENSANUT en 2012 la diferencia es significativa (Cuadro 4.1.8).

Cuadro 4.1.8. Cuentan con luz en la vivienda

Estrato	2012* (%)	2016** (%)	TOTAL
No	0.43	0.14	0.25
Si	99.57	99.86	99.75
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares
Pearson chi2(2) = 7.9412 Pr = 0.019

El abastecimiento de agua es un servicio importante para cuidar la salud de las personas, derivado de esto es necesario identificar y saber si está disponible. La mayoría de las viviendas cuenta con agua entubada para ambos periodos de recolección de información, 46.8% en 2012 y 88.64% en 2016. Aunque no se registra la calidad del agua es importante saber la disponibilidad de la misma (Cuadro 4.1.9.).

Debido a las características del tipo de suelo en el estado y de la profundidad de los mantos friáticos que son casi superficiales en la mayor parte de la extensión territorial del estado, el uso de agua entubada mejora la

expectativa para establecer mecanismos de regulación de la calidad del agua de consumo humano y se deje de lado la utilización de fuentes de agua no seguras sanitariamente.

Cuadro 4.1.9. Fuente de abastecimiento de agua

Estrato	2012* (%)	2016** (%)	TOTAL
Agua de pozo, rio o laguna	18.74	5.30	10.14
Agua entuba de llave	0.31	4.39	2.92
Agua entubada	46.88	88.64	73.58
Agua entubada fuera de la vivienda	31.97	1.43	12.44
Agua entubada que acarrean	1.30	0.14	0.56
Agua de pipa	0.8	0.1	0.36
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares

Otro aspecto importante en las características de las viviendas es el contar con el excusado o similar, que es parte de los elementos que protegen la salud de la población, la diferencia para ambos periodos es significativa, resalta que la mayoría en 2012 se reporta (96.1%) las viviendas tienen excusado y únicamente el 3.9% carece de este (Cuadro 4.1.10.).

Cuadro 4.1.10. La vivienda tiene excusado, retrete, sanitario, letrina

Estrato	2012* (%)	2016** (%)	TOTAL
No	3.90	1.19	2.16
Si	96.10	98.81	97.84
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares Pearson chi2(1) = 35.9276 Pr = 0.000

La disposición de las excretas debe ser adecuada para el cuidado del medio ambiente y de la salud, es importante que los hogares destinen los desechos adecuadamente para evitar la contaminación de las fuentes de abastecimiento de agua. Resalta el cambio identificado que en 2012 el 50.9% reporta estar conectado a la red pública y en 2016 se tiene el 87.59% de este servicio. Refleja también el impacto de la educación para la salud en la prevención de riesgos, se rompe no tan sólo con un elemento histórico en la disposición de las heces fecales sino en una nueva cultura de protección, cuidado y disminución del riesgo para la salud colectiva de los pueblos (Cuadro 4.1.11.).

En el mismo sentido se aprecia la disminución de las fosas sépticas y la disminución de la proporción de gente sin drenaje, habla de una acción pública de las entidades gubernamentales para mejorar los servicios básicos, no tan sólo de la vivienda sino de bienestar colectivo, que implica un cuidado de la salud y no actuar solo en los daños de la salud. (Cuadro 4.1.11.)

Cuadro 4.1.11. Tipo de drenaje de la vivienda

Estrato	2012* (%)	2016** (%)	TOTAL
Cárcamo	0.00	0.03	0.02
No tiene drenaje	2.91	0.42	1.32
Red pública	50.90	87.59	74.36
Una fosa séptica	44.71	11.26	23.32
Una tubería que va a río	1.48	0.63	0.94
Conectado a pozo profundo	0.00	0.03	0.02
Pero no sirve	0.00	0.03	0.02
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012

**Encuesta Romero Consultores a hogares

El uso de combustibles en la muestra de 2012 se tiene en su mayoría (65.18 %) el gas, para la muestra del 2016 se incrementa drásticamente a 99.3%, lo que implica que es indispensable o más accesible a estas fuentes o bien que en algunos se tiene restringido los otros combustibles. En muchos de los hogares el gas es usado, pero también lo complementan con alguno de los otros, lo que en términos de costos disminuye, esto como una estrategia que les permita disminuir el gasto de estos conceptos. La disminución de la electricidad como combustible para cocinar habla de cambios en los hábitos de consumo y una nueva cultura de cuidado de los gastos familiares utilizando otros combustibles como el gas. Es relevante mencionar la disminución drástica del uso de leña que reflejara a mediano plazo la disminución en la incidencia de las enfermedades respiratorias por inhalación de humo y aunado a lo que en tablas anteriores hemos observado como la mejora en la disponibilidad de cocina, uso de leña como combustible para cocinar y del número de habitaciones, mejora la expectativa de salud familiar y refleja el impacto de programas de educación para la salud, diseñados para mejorar la salud familiar disminuyendo elementos de riesgo dentro del hogar . (Cuadro 4.1.12.)

Cuadro 4.1.12. Combustible para cocinar en la vivienda

Estrato	2012* (%)	2016** (%)	TOTAL
Gas	65.18	99.30	87.00
Electricidad	0.55	0.28	0.38
Leña	34.08	0.07	12.33
No cocina	0.00	0.35	0.22
Otro combustible	0.19	0	0.07
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012

**Encuesta Romero Consultores a hogares

En lo referente al manejo de la basura, se observa que el principal destino de los residuos es el camión de la basura, sin embargo, en muchas viviendas aún persiste la quema de basura y el arrojarla a los ríos o canales. No es lo que se recomienda pues puede generar otros problemas tanto ecológicos como en aspectos que dañan la salud de los habitantes de la misma localidad o de otras cercanas (Cuadro 4.1.13.).

Dentro de los que mencionan llevar la basura a otro lado incluye acciones como son: dejarla en otros depósitos, dejarla en lotes baldíos y darle los residuos a una persona con carreta; muchas de estas opciones ocultan el problema real de no tener un destino claro de la basura, creando problemas en otros espacios de la localidad. Los datos registrados nos indican que los servicios básicos como la recolección de basura son estratégicos en la eliminación de ellos y es una oportunidad de mejora de hacerlos más eficientes para disminuir los riesgos sanitarios, puesto que la cultura de eliminarlos por vías más seguras sin contaminación ambiental tan drástica

como el quemarlas al aire libre en cualquier espacio han disminuido, y se restringe a espacios destinados para tal fin (Cuadro 4.1.13.).

Cuadro 4.1.13. Manejo de la basura en la vivienda

Estrato	2012* (%)	2016** (%)	TOTAL
La entierran	1.18	0.21	0.56
La queman	35.62	3.42	15.02
La recoge el camión	60.48	94.04	81.94
NR	0.00	0.10	0.07
La llevan a otro lado	2.72	2.23	2.41
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares

La tenencia de la propiedad en la que viven los hogares es un indicador del nivel económico de la población, en la mayoría de los casos son los mismos dueños quienes las habitan (81.08% en 2012 y 84.53% para 2016), con una menor proporción se tiene que son habitadas bajo otro esquema entre los que destacan: prestadas, en comodato, la comparten con amigos o familiares. En algunos casos se encontró que son propiedad de alguna empresa y como parte las prestaciones laborales se les otorgan estos espacios para vivir con sus familias, así como el porcentaje de quienes pagan renta aumenta en el 2016 en relación al 2012. Esto puede impactar la accesibilidad económica a los servicios de salud, pero también representa una oportunidad para que programas gubernamentales que van enfocados a disminuir el gasto de bolsillo los capte y se logre un impacto real en la situación económica y de seguridad de sus familias (Cuadro 4.1.14.).

Cuadro 4.1.14. Estatus de la vivienda

Estrato	2012* (%)	2016** (%)	TOTAL
Otro	10.82	2.17	5.29
Pagan renta	8.10	13.31	11.43
Propia	81.08	84.53	83.28
Total	100.00	100.01	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares
Pearson chi2(2) = 172.3766 Pr = 0.000

Para la mayoría de los hogares es usada otra habitación independiente para preparar los alimentos, ambas encuestas coinciden con este aspecto, los que tienen una construcción independiente para cocinar son en menor proporción, lo que se puede explicar siendo estos hogares de un mayor número de miembros del hogar y que cuentan con más recursos para realizar las construcciones (Cuadro 4.1.15.).

Cuadro 4.1.15. Lugar donde cocinan

Estrato	2012* (%)	2016** (%)	TOTAL
NR	8.35	2.69	4.73
En la habitación en la que se convive o duerme	0.00	8.46	5.40
En una construcción independiente utilizada como cocina	21.58	13.24	16.25
En una habitación independiente utilizada como cocina	70.07	75.61	73.61
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares

Para lo referente al número de focos en las viviendas se ha calculado el número promedio para ambas encuestas, así en 2012 el valor promedio es de 5.3 focos y para el 2016 el valor promedio es de 5.8. Los valores del intervalo de confianza del 95% se presentan en el Cuadro 4.1.16., siendo una diferencia significativa con la t.

Cuadro 4.1.16. Número de focos de la vivienda

Año	N	Media	IC 95%	
2012*	1,617	5.27	5.10	5.44
2016**	2,866	5.82	5.71	5.93

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares
Pr(|T| > |t|) = 0.0000

Para estimar el promedio de los gastos en los hogares se determinaron algunos de los productos que con mayor frecuencia se consumen, debido a su frecuencia de consumo se pide que reporten por semana cuánto es lo que se gasta aproximadamente. Así se tiene la comparación entre ambas encuestas del 2012 y 2016. A pesar de las diferencias en los montos promedio que se reportan, la mayoría tienen una diferencia significativa entre ambos periodos analizados. Siendo el pollo el que más gasto tiene, este valor se incrementó para la segunda medición. Las comidas fuera de casa no presentan diferencias significativas en su valor promedio, esto significa que se sigue gastando lo mismo en este concepto en ambos periodos evaluados (Cuadro 4.1.17.).

Llama la atención el incremento en el uso de tabaco, de bebidas alcohólicas, refrescos y consumo de harinas, estos alimentos de alto valor calórico que afectan la salud de la población, es un indicador del impacto que todavía no ha logrado la educación para la salud disminuir en la población, lo que puede poner en riesgo la salud con enfermedades vinculadas a la calidad de vida y de la alimentación. Otros que tienen un incremento y son saludables son el huevo y el agua embotellada, son aspectos que pueden ser considerados en las intervenciones en salud futuras (Cuadro 4.1.17.).

Cuadro 4.1.17. Gasto en el hogar por semana

Concepto	2012* (Promedio $)	2016** (Promedio $)	Pr(|T| > |t|)
Tabaco	2.2	4.9	0.0013
Pastelillos y botanas	3.3	12.9	0.0000
Bebidas alcohólicas	6.7	16.9	0.0000
Carnitas, pizza, tacos	7.6	34.7	0.0000
Agua, refrescos	14.8	27.5	0.0000
Pan de cualquier tipo	18.9	24.9	0.0000
Huevos	21.6	41.3	0.0000
Comidas fuera de casa	24.9	26.0	0.7025
Agua embotellada	31.7	54.6	0.0000
Aceite y azúcar	45.7	69.7	0.0000
Arroz, frijol o garbanzo	46.1	78.9	0.0000
Leche y quesos	47.4	65.7	0.0000
Tortillas y maíz	54.6	46.2	0.0000
Transporte público	68.1	54.7	0.0003
Frutas	74.7	107.4	0.0000
Verduras	83.3	108.3	0.0000
Pollo, carne y pescado	117.9	224.2	0.0000

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares

Otros conceptos que generan gastos en el hogar se presentan en el Cuadro 4.1.18., por la frecuencia de gasto estos se preguntan por mes para tener una idea aproximada del monto que representa para los hogares. Por el contrario de los productos anteriores, se tiene que la mayoría de estos conceptos no presentan diferencias significativas, los dos conceptos que sí presentan diferencias significativas son entretenimiento y comunicación (celulares, teléfono e internet entre otros) que presentan un importante incremento para el período 2016.

Cuadro 4.1.18. Gasto en el hogar por mes

Concepto	2012* (Promedio $)	2016** (Promedio $)	Pr(|T| > |t|)
Traslados (transporte) relacionados con la búsqueda de cuidados o servicios de salud	21.9	20.6	0.6801
Entretenimientos y recreación	52.2	121.8	0.0000
Comunicación	130.2	275.5	0.0000
Educación, como guardería, colegiaturas, útiles escolares, etc.	177.5	420.5	0.2562
Gastos en vehículos, como gasolina, diésel, reparaciones mecánicas, estacionamiento, lavados de automóvil, etc.	200.7	180.6	0.2562
Productos de limpieza para la vivienda y de higiene personal	273.5	282.7	0.3672
Renta, gas, electricidad, agua y pagos de hipoteca	403.9	723.3	0.6801

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores a hogares

Llama la atención cómo el recurso asignado para traslados o transporte en la búsqueda de cuidados o servicios de salud ha disminuido, esto puede tener dos interpretaciones, la primera que la cobertura es más accesible y no tiene necesidad de tantos traslados y la segunda que esté disminuyendo la utilización de los servicios de salud.

Los hogares emplean distintas estrategias para dar solución a sus problemas de salud, para ello emplean recursos económicos, aun cuando se tiene la derechohabiencia implica traslados o compra de alimentos para poder acompañar a sus familiares, muchos de estos gastos no están considerados en los conceptos anteriormente presentados. En el Cuadro 4.1.19. se presentan los resultados de ambas encuestas.

Cuadro 4.1.19. Gasto en salud en el hogar

Concepto	2012* (Promedio $)	2016** (Promedio $)	Pr(|T| > |t|)
Cualquier otro producto o servicio de salud no mencionado antes	6.0	769.2	0.0000
Primas de los seguros voluntarios o planes de salud pre pagados	12.0	19.4	0.3199
Cuidados o atención de médicos, enfermeras o parteras que no requirió de pasar la noche en un hospital o clínica de salud, excluyendo los gastos en medicinas	24.4	927.1	0.0000
Lentes, aparatos auditivos, prótesis, etc.	53.4	1,599.2	0.0000
Dentista	53.8	1,181.5	0.0000
Cuidados por pasar la noche en un hospital o en alguna clínica de salud	85.1	1,211.8	0.0000
Diagnósticos y exámenes de laboratorio como rayos X o análisis de sangre	95.4	130.6	0.0159
Medicamentos, excluyendo las medicinas tradicionales	330.5	686.5	0.0000
Cuidados de curanderos tradicionales o alternativos, incluyendo gastos en medicinas tradicionales	ND	837.4	-

*ENSANUT 2012 Gasto en los últimos 3 meses
**Encuesta Romero Consultores a hogares Gasto en el 2016

También es notorio el incremento del gasto en prótesis, lentes, aparatos auditivos, que expresan un cambio en las características de las necesidades de atención de los usuarios reflejando cómo la inversión de la pirámide poblacional hacia edades mayores incrementa la utilización de otro tipo de tecnologías, aparatos y servicios relacionados con las patologías propias de enfermedades crónico degenerativas y de la tercera edad, esto nos debe alertar para reacomodar las fuentes de financiamiento de los programas de seguridad social hacia las nuevas necesidades de este tipo de población en la búsqueda del mayor beneficio colectivo. El uso de la medicina tradicional se ha incrementado y se refleja en la tabla de gastos (4.1.19.) esto expresa la capacidad de decisión de los usuarios de usar o no los servicios de salud institucionales.

Para el 2012 el mayor gasto lo representaron la compra de medicamentos, en promedio $330.5 esto sin considerar la derechohabiencia con la que cuentan, este valor corresponde a tres meses. Para el 2016 se presentan los costos anuales para los mismos conceptos, como era de esperar la comparación es significativamente diferente con respecto al período anterior. Para evitar confusiones es necesario anualizar los gastos en salud en el 2012, que se han realizado sumando los conceptos anteriormente expuestos conforme a la siguiente expresión.

$$GS = \sum_{i=1}^{n} X_{it} * 4$$

GS= Gasto en salud anual

X= Concepto de gasto en el 2012 para la observación i en el año

Con los valores analizados del 2012 es posible comparar el promedio del gasto realizado con el promedio del gasto total realizado en el 2016. En promedio el gasto en salud total en 2012 fue de $2,621.59, que comparado con el resultado de 2016 promedio de $ 666.58, la diferencia es significativamente estadística lo que implica una reducción del gasto en salud ya sea que tenga afiliación al SPSS u otra.

Por otra parte, es importante analizar la fuente de financiamiento a la que recurre la población para solventar los problemas de salud. En el 2012 se reporta que la principal fue la venta de activos seguido de los créditos bancarios, lo que implica que la población se endeuda. De manera similar en el 2016 acude a la venta de activos, pero el monto es mayor aunque la diferencia no es significativa con respecto al periodo anterior (Cuadro 4.1.20.).

Cuadro 4.1.20. Fuentes de financiamiento de los gastos de salud

Concepto	2012* (Promedio $)	2016** (Promedio $)	Pr(|T| > |t|)
Monto aproximado de Ahorros (cuentas bancarias, tandas, etc.)	3656.1	995.8	0.8780
Venta de propiedades, muebles o animales	4,510.5	4,950.9	0.6448
Empeño de bienes	1,703.6	1,243.1	0.4648
Préstamos o envíos de dinero de familiares u otras	2,097.9	1,476.1	0.6363
Crédito bancario	3,565.2	1,517.3	0.8547

*ENSANUT 2012 Gasto en los últimos 12 meses
**Encuesta Romero Consultores a hogares Gasto en el 2016

Los resultados que se han presentado dan cuenta de las diferencias existentes entre los periodos de observación, la evidencia es clara: han existido avances y logros, pero también surgen otras incógnitas que implican un nivel de análisis complementario empleando otros métodos estadísticos que se abordan en el siguiente apartado.

4.2. MEDICIÓN DE IMPACTO

El análisis de impacto alcanzado por el Programa parte de la idea que básicamente el SPSS tiene la función de disminuir el gasto en salud de la población, afiliando a la población que no cuenta con otro tipo de derechohabiencia. Por lo cual se emplea el modelo de diferencias en diferencias recomendado por organismos nacionales e internacionales, por lo que se construye una base de datos conformada por la ENSANUT 2012 y el levantamiento realizado por el equipo de Romero Consultores.

Se emplea un modelo de regresión multivariante en el que se incluyen variables que indican el período de observación (y | 0 = 2012 & 1=2016) y la pertenencia al tratamiento (t | 0= otro & 1=SPSS), para emular las diferencias en el modelo se construye la interacción entre ambas variables dada por la variable did= y*t.

Al modelo se incluyen variables que complementan el modelo, entre ellas: gasto del hogar, gasto semanal de alimentos, municipio al que pertenece y el estrato (rural/urbano); adicionalmente se incluyen aspectos de la vivienda como son luz, agua, drenaje y tenencia de la vivienda.

Los resultados muestran que en promedio en los hogares el efecto del SPSS ha incrementado el gasto en salud comparado con los que no están afiliados. Lo que se demuestra con el modelo de diferencias en diferencias que se ha elaborado. Los principales resultados del modelo se presentan en el Cuadro 4.2.1.

Cuadro 4.2.1. Fuentes de financiamiento de los gastos de salud

Variable de respuesta.	Gasto en salud	St. Err.	t	P>t
Before				
Control	4106.4			
Treated	1830.6			
Diff (T-C)	-2.3e+03	187.531	-12.1	0.000*
After				
Control	633.5			
Treated	712.4			
Diff (T-C)	78.993	135.815	0.6	0.5610
Diff-in-Diff	2354.808	231.546	10.2	0.000*

Fuente: Romero Consultores, Elaboración propia.
Número de observaciones DIFF-IN-DIFF: 448
R-square: 0.09

En la primera diferencia el contar con Seguro Popular reduce el gasto en salud en promedio, pero en la segunda diferencia se tiene un incremento no significativo. Al evaluar las diferencias en diferencias se tiene que el efecto total es un incremento en el gasto en salud en los asegurados, aun con todas las acciones que ha emprendido no se ha logrado en la población una disminución en el gasto en salud.

Considerando este modelo, se emplea el modelo propuesto inicialmente para identificar algunos otros puntos que permita la mejora de las acciones en Tabasco. El gasto en salud en promedio es de $ 2,149.73, en función del análisis del modelo de regresión se puede observar que el modelo significativo con la P>F de 0.000 (Grafico 4.2.1.).

Gráfico 4.2.1. Modelo generado

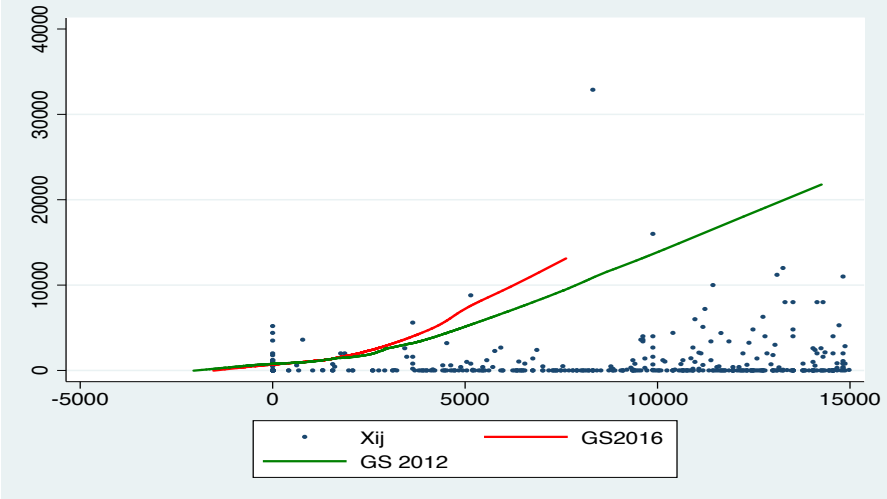
Source	SS	df	MS		
Model	6.7511e+09	6	1.1252e+09	Prob > F	0.0000
Residual	4.3803e+10	2,272	19279700.9	R-squared	0.1335
				Adj R-squared	0.1313
Total	5.0555e+10	2,278	22192522.3	Root MSE	4390.9

gsalud	Coef.	Std. Err.	t	P>|t|	[95% Conf.	Interval]
y	-3777.662	285.3723	-13.24	0.000	-4337.279	-3218.044
t	-1185.764	255.6798	-4.64	0.000	-1687.154	-684.3739
did	1852.678	399.4087	4.64	0.000	1069.434	2635.922
ghogar_01	.0473883	.0043979	10.78	0.000	.038764	.0560127
galimento_01	.0111609	.003238	3.45	0.001	.0048112	.0175106
strato_001	354.5427	201.6644	1.76	0.079	-40.92283	750.0083
_cons	2149.739	256.795	8.37	0.000	1646.162	2653.317

Fuente: Romero Consultores, Elaboración propia.

El modelo explica el R cuadrado de 0.13, que si bien no es muy alto es suficientemente válido para identificar los principales aspectos deseados. Resalta que al considerar las variables adicionales al modelo como el gasto en el hogar (gasto generado a partir de los costos de renta, servicios, aseo, etc.) gasto en alimentación y el estrato (rural /urbano) al que pertenecen los hogares, el impacto del programa es de $1,852.7, el cual incrementa el gasto total de salud.

Gráfico 4.2.2. Gráfica del impacto del SPSS

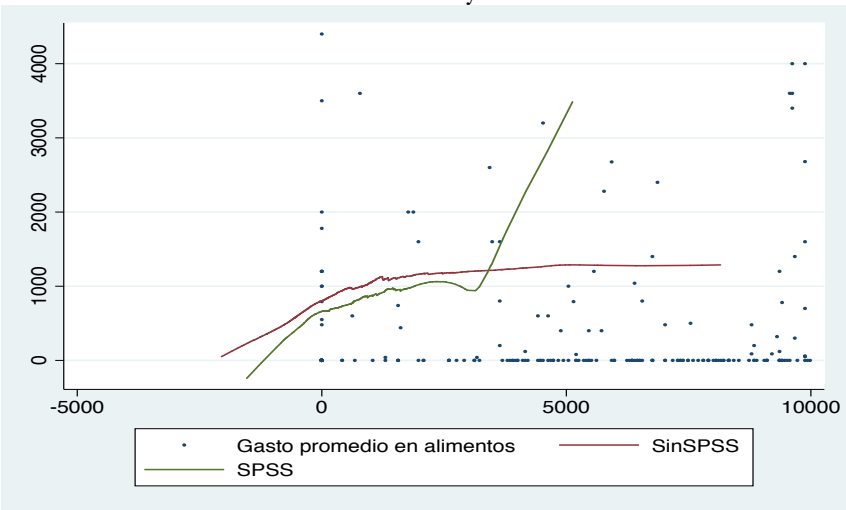


Fuente: Romero Consultores; Elaboración propia con base en la información de ENSANUT 2012 y Cuestionario a hogares 2016

Tomando como referencia la variable dependiente del gasto en salud y la variable de gasto en alimentación incluida en el modelo, se presentan los efectos del modelo que en promedio se esperarían para el año 2012 y el 2016. Así se ve la diferencia en el incremento en el gasto en salud, incluso a menor gasto en salud la diferencia no es tan evidente, pero conforme en el hogar existe la posibilidad de gastar más en comida también se incrementa el gasto en salud.

Para el año 2016 el gasto en salud según la afiliación al SPSS se observa el comportamiento en el Gráfico 4.2.3., a niveles de gasto en alimentación bajos, el efecto es un menor gasto en salud para los que se encuentran afiliados al Seguro Popular comparados con los no afiliados. Sin embargo, al incrementarse el gasto en alimentación, también se incrementa drásticamente el gasto en salud lo que se ve reflejado en un promedio más alto ya que la población no afiliada mantiene un mismo nivel de gasto en salud.

Gráfico 4.2.3. Gasto en salud y tratamiento en 2016



Fuente: Romero Consultores; Elaboración propia con base en él información de ENSANUT 2012 y Cuestionario a hogares 2016

Como parte importante del modelo es relevante mencionar que la pertenencia al estrato urbano eleva el gasto en salud en $ 354.5 y este valor es significativo, por lo cual debe ser considerado en futuros análisis del Programa. Quizá es relacionado a una mayor disponibilidad de servicios, pero los costos son más elevados, lo que genera que intervenga la ley de la oferta y demanda.

En la construcción del modelo se consideró la importancia de los municipios para ser incorporados, sin embargo, aunque se encontraron diferencias entre las zonas geográficas, estas no fueron significativas para ser incluidas en el modelo y buscando la parsimonia se decidió no incluir esta variable.

4.3. REGISTROS RUTINARIOS DE INFORMACIÓN

La Dirección General de Información en Salud (DGIS) - perteneciente a la Secretaría de Salud - tiene dentro de sus atribuciones, la coordinación del Sistema Nacional de Información en Salud, el cual reúne la información para desarrollar estadísticas nacionales de salud, se encuentra integrado por:

a) Población y cobertura;

b) Recursos para la Salud;

c) Servicios para la salud;

d) Nacimientos;

e) Daños a la Salud, e

f) Información en materia de salud a la contenida en los incisos anteriores.[4]

Con base en lo anterior, la coordinación se ejerce en diversos niveles desde las unidades médicas en las entidades federativas a unidades administrativas federales de salud. Es importante tener en cuenta, que los Sistemas Estatales de Salud (SESA) validan y concentran por componente del SINAIS la información de la entidad para enviarla a la DGIS.

Para el análisis en trato se considera como población beneficiada del Programa Presupuestario E027 a quienes cuentan con el seguro público, por el cual el Estado otorga protección financiera a la población que no cuenta con derechohabiencia en instituciones de seguridad social.

Se consideró para el análisis, la información consultada en las siguientes plataformas de la DGIS:

- ✓ Proyecciones de población por condición derechohabiencia (2010-2016) Población
- ✓ Defunciones cifras oficiales por condición derechohabiencia (2010-2015) Defunciones
- ✓ Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (2016) SEED
- ✓ Egresos Hospitalarios por condición derechohabiencia (2010 y 2016) Egresos
- ✓ Servicios otorgados por condición derechohabiencia (2010 y 2016) SIS

Se utilizaron frecuencias para realizar el análisis a través de hojas de cálculo en Excel. La información considera a incluir o resaltar y se presenta mediante el diseño de gráficos de la misma herramienta utilizada para la presentación de la información.

Los resultados obtenidos de la plataforma del Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) para los años 2012 y 2016, para el primer año se observa que se otorgaron 3,581,004 en total de consultas, de las cuales fueron de primera vez 1,400,825 (39%), las consultas registradas como subsecuentes fueron 2,180,179 (61%). En el segundo año se observó que se otorgaron 3,269,315 en total de consultas, de las cuales fueron de primera vez 1,284,511 (40%), las consultas registradas como subsecuentes fueron 1,984,804 (60%).

Dentro de la información de la plataforma de Egresos Hospitalarios, se seleccionó la información relacionada a "Pase a otro hospital", debido a que nos hablaría acerca de que sin importar las causas del hospital, no pudo resolver la necesidad en salud del usuario (falta de insumos, ineficiencia de cama, etc.) (Gráfico 4.3.1.).

En general se observa una reducción del número de egresos hospitalarios con pase a otro hospital (3%); al desagregar la información por sexo se observa que en la población masculina hay un incremento del 12%,

[4] *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. DOF-NOM-035*

mientras que en la población femenina se encontró una reducción del 19% en los egresos con pase a otro hospital.

De la información relativa a las defunciones definitivas, se filtró la información por derechohabiencia, para únicamente analizar la información en población con ninguna derechohabiencia y usuaria del Seguro Popular, para generar las tasas en población sin derechohabiencia.

Se observa que en general la mortalidad en la población sin derechohabiencia, presenta tendencia a incrementarse en el periodo revisado (2010-2015). En la población femenina se encuentra un incremento del 7%, mientras que en la población masculina el incremento es del 2%, lo anterior es para todos los grupos de edad. De las muertes registradas en general se presenta una tendencia a incrementarse en el periodo del 2010 a 2015, lo que también es un efecto de la inercia del crecimiento poblacional que causa confusión en la información presentada.

Para la población masculina se observa un incremento del 25%, mientras que en la población femenina se encuentra un incremento del 26%, pero mantienen una tendencia paralela con un mayor número de defunciones de los hombres.

Al continuar desagregando la información por edad, sexo y clasificación de Carga Global de Enfermedad (*Global Burden of Disease, GBD*) que es ampliamente usada para describir la distribución global y las causas de una amplia gama de enfermedades graves, lesiones y factores de riesgo para la salud. Con esta información se aprecian resultados mixtos en el periodo observado de 2010-2015.

En el grupo de menores de 5 años de edad-masculinos, en el cual se observa un incremento del 18%, para el grupo de menores de 5 años de edad-femeninos se encontró un incremento del 6%. Mientras que, en el grupo femenino de 5 a 19 años se presenta un incremento del 18.4%. Así mismo, en el grupo masculino de 5 a 19 años, se observa una disminución del 13%.

Con base en la Carga Global de Enfermedad (GBD) podemos observar que en su mayoría (3 de 4) los grupos presentan una tendencia a la disminución, excepto el grupo de las enfermedades no transmisibles, el cual presenta un incremento del 8% en el periodo observado.

Al revisar el número de defunciones por población con Seguro Popular, podemos encontrar que concuerda en parte con la tasa, en el sentido que predominan las defunciones debidas a enfermedades no transmisibles, sin embargo, en este caso en particular, presenta una tendencia a incrementarse en el tiempo observado, en todos los grupos de la clasificación de Carga Global de la Enfermedad (GBD). Lo anterior es un reflejo de la transición epidemiológica que se vive en el país, un aumento en enfermedades que también están relacionadas con un aumento de la esperanza de vida, muchas de estas enfermedades son crónicas y degenerativas como la diabetes y la hipertensión. Con una tendencia sin cambios en el periodo, pero ocupando las más altas tasas de mortalidad se encuentran las enfermedades del grupo I, relacionadas con enfermedades transmisibles y materno-filiales, en el último año fue superada por el grupo II pero sigue teniendo altas tasas de mortalidad.

CAPÍTULO 5. SATISFACCIÓN Y PERCEPCIÓN DEL BENEFICIARIO

El Seguro Popular cuenta con gestores en las unidades de salud para proporcionar ayuda a los usuarios de los servicios, con ello busca mantener la afiliación y la reafiliación de la población tabasqueña. A continuación, se presentan los principales resultados de la satisfacción y percepción de los beneficiarios con la finalidad de identificar áreas de oportunidad.

5.1. PERCEPCIÓN DEL BENEFICIARIO

El Seguro Popular cuenta con gestores en las unidades de salud que al momento de la afiliación o reafiliación entregan la documentación correspondiente y la información para poder hacer uso de los beneficios. En 2012 el 99.4% confirma esta acción, sin embargo, en la nueva encuesta se ha disminuido al 98.34% la diferencia es significativa estadísticamente (Cuadro 5.2.1.).

Cuadro 5.1.1. Entrega de la póliza

Categoría	2012 (%)	2016 (%)	Total (%)
No	0.57	1.66	1.15
Sí	99.43	98.34	98.85
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores
Pearson chi2(1) = 5.8980 Pr = 0.015

En otro sentido, la entrega de la carta de los derechos y obligaciones es aumentado para la nueva medición 2016 pasando de 80.39% a 90.89%, lo que implica que se han realizado correctamente estos procesos con una mejora significativa que se demuestra con la prueba estadística de chi-cuadrada (Cuadro 5.2.2.).

Cuadro 5.1.2. Entrega de la carta de derechos y obligaciones

Categoría	2012 (%)	2016 (%)	Total (%)
No	19.61	9.11	13.99
Si	80.39	90.89	86.01
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores
Pearson chi2(1) = 5. 49.9404 Pr = 0.000

Respecto a la información que se proporciona de los servicios médicos a los que tiene derecho al contar con la póliza, los beneficiarios refieren haber recibido más información que en el período anterior, incrementándose casi 10 puntos porcentuales, lo que representa una mejora significativa; la mejora en este aspecto del Programa, tiene un impacto directo en la satisfacción del usuario respecto a los servicios a los cuales tiene acceso, esta

mejora es estratégica en el trabajo de los gestores del Seguro Popular como un elemento que está en contacto continuo con los usuarios de los servicios de salud. (Cuadro 5.1.3.).

Cuadro 5.1.3. Información sobre los servicios médicos

Categoría	2012 (%)	2016 (%)	Total (%)
No	22.61	13.95	17.88
Si	77.39	86.05	82.12
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores
Pearson chi2(1) = 28.6138 Pr = 0.000

De la información que se proporciona es importante identificar si es suficiente para conocer los servicios y beneficios que se otorgan por el Programa. Al respecto los usuarios refieren que esta ha mejorado pasando de 68.8% al 79.5%, aún existen puntos de mejora en lo que respecta la información que se proporciona a los beneficiarios, pero las mejoras realizadas incrementan significativamente la percepción (Cuadro 5.1.4.).

Cuadro 5.1.4. Información suficiente

Categoría	2012 (%)	2016 (%)	Total (%)
No	31.14	20.45	25.20
SI	68.86	79.55	74.80
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores
Pearson chi2(1) = 35.9694 Pr = 0.00

El usuario ha cambiado respecto a su conducta pasiva de sólo recibir, ahora observamos en este cuadro cómo se ha incrementado la búsqueda de información para su propio beneficio, ya que algunos usuarios al afiliarse solicitan información sobre los derechos y obligaciones, con ello buscan por si mismos conocer la forma de operar y beneficiarse de los servicios que se proporcionan por el Programa. En 2012 el 14.1% de los afiliados menciona haber solicitado la información, en el siguiente periodo de análisis mencionan que fue el 53.33%, lo que implica un incremento significativo en 2016 (Cuadro 5.1.5.).

Cuadro 5.1.5. Solicitan información

Categoría	2012 (%)	2016 (%)	Total (%)
No	85.84	46.67	54.47
SI	14.16	53.33	45.53
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores
Pearson chi2(1) = 35.9694 Pr = 0.00

También se preguntó sobre las citas para medir el conocimiento de los procesos, a la pregunta de que en la unidad médica donde asiste a solicitar atención por parte del Seguro Popular; ¿puede solicitar citas?, la diferencia encontrada es significativa con un valor de 72.22% y 76.63% en 2012 comparado con el 2016 respectivamente

(Cuadro 5.1.6.). Es necesario mejorar esta información pues el 23.3% corresponde a los que dicen que no pueden solicitar la cita para su atención de problemas de salud, lo que corresponde también al personal de salud, médicos y enfermeras, que atiende a la población afiliada al Seguro Popular. (Cuadro 5.1.6.)

Cuadro 5.1.6. Solicitan citas en la unidad

Categoría	2012 (%)	2016 (%)	Total (%)
No	27.78	23.37	25.28
Sí	72.22	76.63	74.72
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores
Pearson chi2(1) = 5.9438 Pr = 0.015

Durante el tratamiento de los afiliados al Seguro Popular tienen derecho a recibir una segunda opinión, al respecto los encuestados refieren que en 2012 el 57.8% desconocían este derecho, comparado con el 2016 ha disminuido el conocimiento de este derecho. Esto significa que se ha perdido el nivel de conocimiento que tienen los beneficiados con una diferencia significativamente estadística (Cuadro 5.1.7.).

Cuadro 5.1.7. Derecho a recibir una segunda opinión durante el tratamiento

Categoría	2012* (%)	2016** (%)	Total (%)
No	57.88	51.39	54.27
Sí	42.12	48.61	45.73
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores
Pearson chi2(1) = 10.0723 Pr = 0.002

La población que solicitó atención médica refiere que en 2012 la mayoría fue en las áreas de consulta externa (68.29%), resaltando que 5.91% nunca solicitó atención por el Seguro Popular. En el periodo de 2016 las áreas de medicina preventiva y consulta externa conforman el 60.5% de las atenciones de los afiliados al Seguro Popular, con un incremento a 12.98% de los que no han recibido atención (Cuadro 5.1.8.).

Las áreas de urgencias también tienen un incremento considerable al pasar de 6.4% a 12.6%, lo que puede estar sugiriendo que no demandan la consulta externa, acuden a otros servicios ya sea por tener un mayor conocimiento del sistema de salud o bien no se cuenta con la prevención o cuidados de la salud teniendo complicaciones que deben ser atendidas de urgencia por otras áreas.

Esto pudiera ser el reflejo de una cultura muy distante del autocuidado y que el ciudadano espera sentirse enfermo para demandar la atención preferentemente en un servicio de urgencias. Interesante la utilización de áreas de medicina preventiva en aumento en el 2016 que valdría la pena estudiar las causas de esas solicitudes que pudieran hablar de una cultura de prevención específicamente en la aplicación de vacunas.

Cuadro 5.1.8. Áreas donde solicitó atención médica

Categoría	2012* (%)	2016** (%)	Total (%)
Hospitalización	3.38	4.15	3.80
Nunca ha solicitado o recibido atención médica por el Seguro Popular	5.91	12.98	9.80
Área de urgencias	6.47	12.67	9.88
Consulta externa en un hospital	7.23	9.68	8.57
Área de medicina preventiva	8.72	35.64	23.52
Consulta externa en un centro de salud	68.29	24.88	44.43
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores

Parte de la atención que otorgar el Seguro Popular es dar asesoría cuando acuden a los servicios de salud, por ello se preguntó a los encuestados si cuando han solicitado atención médica ¿han sido asesorados alguna vez por el gestor médico de servicios de salud del Seguro Popular?, a lo que en la ENSANUT el 90% contestó que fueron asesorados, esta cifra se reduce en casi la mitad (48.8%) en 2016, en consecuencia, se incrementaron los que sí recibieron la asesoría del gestor médico.

Cuadro 5.1.9. Asesorados alguna vez por el gestor médico

Categoría	2012* (%)	2016** (%)	Total
NS/NR	0.00	6.62	6.16
No	90.91	48.98	51.89
Si	9.09	44.39	41.95
Total	100.00	100.00	100.00

*ENSANUT 2012
**Encuesta Romero Consultores
Pearson chi2(2) = 65.1405 Pr = 0.000

El proporcionar asesoramiento es una acción determinante en la mejor utilización de los servicios de atención y en una definición más clara de los beneficios al derechohabiente de Seguro Popular. Con la mejora de la utilización puede verse reflejada en el cuidado de la salud y no centrarse en la atención de los daños a la salud.

Con base en todo lo antes descrito, las siguientes hipótesis de la investigación:

Ho: El Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud disminuye el gasto catastrófico en salud de las familias afiliadas.

Ha: El Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud no disminuye el gasto catastrófico en salud de las familias afiliadas.

Se rechaza la *Ho y se acepta la Ha*

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Explorar la opinión de los operativos es parte fundamental para contar con una imagen clara de la calidad del servicio de salud otorgado, con tal fin el explotar este apartado nos permite detectar áreas en el personal de salud que permitan mejorar la calidad del servicio al usuario del Sistema de Protección Social en Salud. Por ello encontramos que el personal de salud no se encuentra sensibilizado en su importancia en los procesos de la unidad de salud además de aquellos en contacto con el usuario. Lo anterior se puede sugerir al observar que tanto el personal de enfermería como el personal médico (91% y 89% respectivamente) indican no conocer el proceso de planeación anual 2016 en la unidad en la que se encuentran laborando.

Lo anterior, puede estar limitado al involucramiento del personal de salud en los procesos más allá de la atención médica del usuario de la unidad, esto es, al no encontrar "algo tangible" de la utilidad de sus acciones en los procesos administrativos. Al no actuar en los procesos administrativos, se incrementa la posibilidad de contar con mayor número de errores en los registros, los cuales se ven reflejados en los elementos erróneos que pueden considerarse para las diversas etapas de planeación (productividad de la unidad médica) lo cual afectaría al presupuesto (insuficiente e inoportuno) por ende no se contaría con los recursos adecuados para otorgar una atención adecuada al usuario del Sistema de Protección Social, el cual expresaría la calidad de atención como insatisfecha y sus consecuencias en muchos aspectos.

Esto lo podemos empezar a observar cuando el personal de salud expresa que el E027 permite cubrir las necesidades de la población en materia de seguridad social y financiamiento a los servicios sociales (21% enfermería y 31% médicos) probablemente al no contar con los recursos adecuados para otorgar los servicios a los usuarios, facilita que la percepción del personal de salud sea negativa al respecto, pero también sugiere que puede haber falta de reforzamiento en el objetivo del mismo.

También se ve reforzado lo antes descrito al explorar si el CAUSES incluye los medicamentos esenciales para otorgar atención (29% personal de enfermería y el 37% personal médico) por lo antes descrito esto disminuye la capacidad de respuesta del personal de salud ante el usuario al Sistema de Protección Social en Salud y, por ende, la calidad del servicio otorgado, que finalmente tarde o temprano afecta la satisfacción del usuario. Al no contar con una dimensión clara de los objetivos y la dirección que se pretende seguir, afecta las nociones de cobertura del E027 en el personal de salud, lo cual pudiera ser reflejado al preguntar al mismo si consideran que el CAUSES incluye los padecimientos más comunes que afectan a la población de Tabasco (21% personal de enfermería y 33% personal médico).

Por lo anterior es recomendable fortalecer tres aspectos generales en el personal de salud en contacto con el paciente: 1) Sensibilizar en la importancia de sus actividades en los procesos administrativos en general y en las etapas de planeación; 2) Garantizar que cuenten con los insumos y recursos de acuerdo a su productividad acorde al nivel de atención con sus respectivas responsabilidades; 3) Realimentar al personal con los datos de morbilidad, mortalidad e indicadores de la unidad, para involucrarlos y empoderarlos respecto a la unidad en la que se encuentran laborando.

Dentro de las características de la población en general encuestada en Tabasco al contrastar la información 2012 y 2016, se observan mejorías en las condiciones de vivienda, como el material con el que se encuentran

elaboradas, los techos, los pisos, cuartos para dormir, acceso a servicio de luz eléctrica, acceso a agua potable entubada, manejo de excretas, acceso a combustible para cocinar y como dueños del domicilio en el que viven.

Es importante notar que aún persiste la quema de basura, arrojarla a los ríos o canales, dado que altera tanto su entorno ecológico en contra de su salud como a los habitantes de la misma localidad o vecinales. En el gasto en el hogar también se observan mejoras en general, pero se aprecia que los estilos de vida adoptados por lo mismo, no son los adecuados a largo plazo, esto sugiere que la población requiere cambiar por estilos más saludables a mediano y largo plazo.

En cuanto a indicadores económicos, el resultado de las encuestas es interesante porque recopila datos respecto a la propiedad de las casas que habitan, hay avances en este rubro y aumenta en el 2016 la propiedad de sus casas, aunque también persiste el pago de rentas que debe considerarse en las políticas de desarrollo económico para mejorar la seguridad familiar y disminuir el gasto de la familia que pudiera ser un elemento importante para mejorar la accesibilidad económica a otro tipo de prestaciones como lo es la atención a la salud.

La estimación de gastos en el hogar realizada por Romero Consultores identifica aspectos importantes en el tipo de gastos por productos habitualmente utilizados en la población entrevistada, donde se observa un incremento en la comparación 2012-2016 en la adquisición de carne, pollo, pescado, verduras y frutas. Esto pudiera considerarse positivo para la salud y también en el poder adquisitivo de una despensa mucho más digna de nutrientes, sin embargo, persiste el incremento en la adquisición de tabaco, refrescos embotellados y harinas, así como también el uso de huevos dentro de los artículos de consumo cotidiano. Estos gastos se han duplicado, lo que expresa que el uso del huevo como alimento cotidiano es una opción mucho más viable económicamente para la mayor parte de las familias.

En cuanto al uso de entretenimiento y aparatos de comunicación se ha incrementado, esto impacta directamente en el monto de lo que pudiera destinarse a la inversión familiar en la salud, pero en un sentido positivo también representa una oportunidad para utilizar otros medios de comunicación efectivos para hacer llegar a las personas información que ayude al cambio de hábitos de riesgo para su salud. Es tiempo de analizar las actuales estrategias de promoción a la salud y su verdadera efectividad y ser más eficiente este recurso, utilizando los medios actuales de comunicación y llegar a la población joven de manera oportuna con temas de riesgo como el embarazo adolescente, diabetes mellitus, sobrepeso y obesidad.

La disminución del gasto para traslado en la búsqueda de la atención es un punto interesante de análisis, aunque la disminución no es dramática empieza a reflejar un comportamiento respecto a la utilización de los servicios o a la mejora de la accesibilidad de las unidades de salud.

Es notorio el incremento en el gasto de lentes, prótesis, aparatos auditivos que puede ser el reflejo de otro escenario de gastos en salud diferentes que se refleja en estos últimos tiempos como producto de las últimas dos décadas, el envejecimiento de la población y la aparición de enfermedades degenerativas que provocan la utilización de aparatos para corregir o atenuar las complicaciones, es necesario integrar la atención en este sentido de las instituciones de salud y de asistencia social para apoyar el gasto de bolsillo de las familias, no es tan sólo los gastos de la consulta o de la atención médica, sino los aparatos, en lo cual el usuario tiene que buscar alternativas para recibirlos o adquirirlos.

Es importante considerar que dentro de los gastos en el hogar por mes se incrementaron considerablemente los rubros destinados al entretenimiento y recreación, así como de comunicación. Respecto a los gastos en salud en el hogar, se redujeron considerablemente en todos los rubros explorados. Los resultados que se han presentado

dan cuenta de las diferencias existentes entre los periodos de observación, la evidencia indica mejoría, pero surgen incógnitas que requieren un análisis complementario.

Considerando que el SPSS tiene la función de disminuir el gasto en salud, se genera un modelo de regresión multivalente, el cual muestra que en promedio en los hogares el efecto del SPSS ha incrementado el gasto en salud, comparado con los que no están afiliados. A tener en cuenta, es que incluso a menor gasto en salud la diferencia no es tan evidente, pero conforme en el hogar existe la posibilidad de gastar más en comida también se incrementa el gasto en salud.

Este incremento implica que, de tener mayores posibilidades económicas, los afiliados al SPSS realizan pago de bolsillo empleando ahorros o venta de bienes y de ser necesario llegan a solicitar ayuda de los familiares. Esto genera que el efecto deseado del Programa se vea únicamente en aquellos segmentos de la población con menos posibilidades pero se pierde en estratos altos de la población.

Al observar los sistemas rutinarios de información en salud, como la plataforma del Subsistema de Prestación de Servicios (SIS), se aprecia una disminución del 10% del total de consultas de primera vez y del 9% la reducción en las consultas como subsecuentes. Esto es congruente con la percepción del personal de salud, de no contar con insumos y recursos para otorgar la atención, lo que sugiere que la población busca otros servicios o, probablemente, medicina alternativa, automedicación o tratamientos caseros como una opción más. Cabe mencionar que esta plataforma nos proporciona información del primer nivel de atención.

La plataforma que nos otorga información del segundo nivel de atención es la de Egresos Hospitalarios, en ella se encontró que, en general, se incrementaron los servicios en población usuaria del Sistema de Protección Social en Salud, lo que implica que llegan en condiciones complicadas por tratamientos no adecuados o por falta de los mismos, al no llegar a primer nivel de atención.

Dado que aparentemente la población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud no acude de preferencia a los servicios de salud estatales, pero sí acuden a los hospitales (probablemente con la salud deteriorada) esto se puede ver reflejado en la tendencia a incrementarse el número de defunciones en este grupo de la población en el estado de Tabasco, independientemente del sexo. Con una tendencia en las GBD de enfermedades no transmisibles, seguida por las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, muy de cerca se encuentran las causas externas de morbilidad y mortalidad.

En general la satisfacción y percepción del beneficiario del Sistema de Protección Social en Salud no ha mejorado mucho al comparar 2012 y 2016. Desde la información que se otorga para los trámites, entregando y haciendo ver sus derechos, así como sus obligaciones. Esto se ve reflejado en una disminución de la demanda de algunos servicios, que se puede interpretar como insatisfacción por parte del usuario.

En cuanto a la percepción y satisfacción del usuario, las conclusiones indican que el gestor del Seguro Popular entrega al momento de la afiliación los documentos correspondientes y la información al respecto, pero en los datos comparativos del 2012-2016 esta acción disminuye y se debe fortalecer el proceso de entrada al sistema para que el usuario conozca las ventajas de estar asegurado desde el inicio de su afiliación es un punto estratégico que no se debe descuidar, la entrega de carta de derechos y obligaciones se incrementa en el 2016, así como se mejora la información recibida por el usuario, lo que genera que el mismo busque más información, reflejándose esto en el incremento de la búsqueda de información por los usuarios del Seguro Popular en el 2016 de un 53.33% en comparación con el 2012, que era sólo del 14.1%.

Un dato que habla del desempeño de un Sistema de Salud son las áreas donde el usuario demanda la atención, si bien la prioridad es la prevención, los usuarios del Seguro Popular en el 2016 externan que la primer área de contacto con el sistema de salud son las áreas de urgencia, reflexivo este punto para determinar por qué esa área es la más demandada, así como las áreas de medicina preventiva que tienen una vinculación con la aplicación de vacunas. Esto puede reflejar una cultura de la prevención con un enfoque exclusivo de que la vacuna es preventiva, pero que no existe otra actividad de prevención más importante que esta. Digno de considerar como un foco rojo es el comportamiento de asistir a la consulta externa que en el 2016 los usuarios refieren solicitar en un 24.88% en comparación con el 2012, que era de 68.29%. Esta disminución debe ser analizada a detalle para conocer los motivos por los cuales la demanda de esta área disminuye, en la que destacan en estudios publicados[5] que tiene una relación directa con la satisfacción del usuario, donde la experiencia tiene una relación directa con la expectativa que cumple o no al decidir ir a un servicio de un sistema.

Por lo anterior se recomienda fortalecer tres aspectos a desarrollar, con énfasis en el personal de salud en contacto con el paciente: 1) Sensibilizar en la importancia de sus actividades en los procesos administrativos y sus implicaciones; 2) Garantizar que cuenten con los insumos y recursos, acorde al nivel de atención; 3) Realimentar al personal con los datos de indicadores de la unidad, para involucrarlos y empoderarlos respecto al área en la que se encuentran laborando.

[5] *Proyecto de Investigación "La satisfacción/insatisfacción de los usuarios del sistema de salud con la atención desde sus expectativas y experiencias en México". Fondo Sectorial de Salud CONACYT con número de registro 1-2009-112890 año 2013*

ANEXOS

ANEXO 1. MATRICES DE INDICADORES PARA RESULTADOS

Gobierno del Estado de Tabasco

SECRETARÍA DE SALUD

ID: SS-1095062E027-849

AVANCES DE INDICADORES

Nivel	Objetivo	Indicador	Periodo	Meta	Avance	Justificación
Fin	Contribuir a mejorar la prestación de los servicios de salud a la población sin seguridad social, a través del financiamiento que otorga el Sistema de Protección Social en Salud.	Nombre: Esperanza de vida al nacimiento Periodicidad: Anual	1	74.94	74.94	
Propósito	Mantener la cobertura del Padrón de Afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de Tabasco.	Nombre: Cobertura del Padrón de Afiliados al SPSS Periodicidad: Semestral	1	50	50	
			2	100	100	
Componente	Financiamiento de la prestación de los servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.	Nombre: Gasto promedio ejercido por afiliado al SPSS Periodicidad: Anual	1	226	240	
Actividad 1	Reafiliación de beneficiarios del padrón del Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de Tabasco.	Nombre: Porcentaje de reafiliación de beneficiarios del SPSS Periodicidad: Trimestral	1	10	8.2	
			2	43.5	43	
			3	79.4	67	
			4	100	81	
Actividad 2	Actualización del padrón de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de Tabasco.	Nombre: Porcentaje de personas nuevas incorporadas al SPSS Periodicidad: Trimestral	1	95.7	98	
			2	97.2	98	
			3	98.6	100	
			4	100	100	
Actividad 3	Conocer los casos validados del Seguro Médico Siglo XXI.	Nombre: Porcentaje de casos validados del seguro médico siglo XXI Periodicidad: Semestral	1	45	29.3	Este dato es preliminar, debido a que la apertura de
			2	90	84	

ANEXO 2. FICHA TÉCNICA PARA LA DIFUSIÓN DE RESULTADOS

1. DESCRIPCIÓN DE LA EVALUACIÓN	
1.1. Nombre de la evaluación: Evaluación de Impacto del Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud, correspondiente al ejercicio fiscal 2016	
1.2. Fecha de inicio de la evaluación: 25 de mayo de 2017	
1.3. Fecha de término de la evaluación: 31 de octubre de 2017	
1.4. Nombre de la persona responsable de darle seguimiento a la evaluación y nombre de la unidad administrativa a la que pertenece	
Nombre: Lic. Javier Castro García	**Unidad administrativa:** Dirección de Planeación
1.5. Objetivo general de la evaluación: Analizar el grado de contribución del Programa Presupuestario E027 Sistema de Protección Social en Salud a la solución del problema por el cual fue creado; identificando los elementos exitosos y detectando los problemas a fin de adecuar el diseño, las estrategias de operación y las políticas relacionadas con el mismo.	
1.6. Objetivos específicos de la evaluación: 1. Analizar en qué medida el Programa Presupuestario está contribuyendo a alcanzar los objetivos básicos del sistema de salud del estado de Tabasco; 2. Analizar el grado en que el Programa Presupuestario garantiza la protección financiera en materia de salud; 3. Evaluar la calidad, calidez y oportunidad en la prestación de los servicios de salud; 4. Evaluar la contribución del Programa Presupuestario para mejorar las condiciones de salud de la población; 5. Evaluar la satisfacción de la población.	
1.7. Metodología utilizada en la evaluación Para la evaluación de impacto es necesario establecer un marco teórico metodológico que sirva de base y que permita la definición de algunos conceptos para ser parte de la evaluación, así como de la definición del tipo de estudio y del diseño muestral a emplear. El SPSS está enfocado en disminuir el gasto de bolsillo en salud que realizan las familias para dar solución a sus diferentes problemas de salud; para ello, es necesario mencionar que se considera un gasto de bolsillo o "catastrófico" cuando este supera el 40% de la capacidad de pago del hogar, definida como el ingreso total	

del hogar menos el nivel de gasto necesario para cubrir necesidades básicas de subsistencia (Perticara, 2008). En el caso de los más pobres hay que considerar que este monto es mínimo o nulo. Se incurre en estos gastos al no poder preverlos y por considerarse una emergencia debe ser invertida en la solución del problema de salud.

La derechohabiencia de los servicios de salud la define la INEGI como "Derecho de las personas a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación laborar por ser pensionado o jubilado, por inscribirse o adquirir un seguro médico o por ser familiar designado beneficiario". Así las personas que no cuentan con ninguna derechohabiencia requieren de servicios de salud y se afilian al SPSS, de esta manera al ser afiliados se considera también como derechohabientes del SPSS y tienen derecho a los servicios de atención del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

Es necesario también para el estudio, la forma en la que se mide el impacto, para el cual se emplea un enfoque de diseño cuasi experimental que, a diferencia del experimental, los beneficiarios no son aleatorizados, por el contrario, son elegidos con base en criterios de elegibilidad y focalización. En el caso de Tabasco, el Programa E027 Sistema de Protección Social en Salud tiene estas características, en consecuencia, la estimación del impacto es por medio de análisis estadísticos que comparan los grupos una vez que ya se ha aplicado la intervención.

Lo anterior, implica la construcción de dos escenarios; un escenario sin programa o contra factual y un escenario con programa. La construcción del contra factual se logra a través de un grupo de control formado por individuos, iguales o muy parecidos a los beneficiarios, y cuya única diferencia con estos sea "no haber participado en el programa".

Instrumentos de recolección de información:

Cuestionarios_ Entrevistas **X** Formatos_ Otros_X Especifique: Encuestas

Descripción de las técnicas y modelos utilizados:

Para la realización de la presente evaluación se utilizaron técnicas cualitativas; que permitieron sistematizar, analizar y valorar la información de las fuentes primarias y secundarias.

Para la recolección de información de fuentes primarias se diseñó el siguiente instrumento:

Informante primario

ID	Informante	Instrumento
1	Funcionarios gerenciales de la SS involucrados en la planeación, operación, seguimiento, control y evaluación del Programa Presupuestario.	Entrevista semiestructurada
2	Personal operativo en contacto con pacientes (médicos y enfermeras)	Encuesta
3	Población abierta (Los habitantes del estado de Tabasco)	Encuesta

Se realizó un análisis documental basado en la información proporcionada por la SS:

ID	Documentos	Instrumento
1	Leyes, reglas, planes, manuales, etc.	Revisión de información documental

2.PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA EVALUACIÓN

2.1. Describir los hallazgos más relevantes de la evaluación:

La población beneficiaria del Seguro Popular tiende a no acudir a los servicios en el primer nivel de atención de salud del Estado, así mismo la tendencia de las defunciones se encuentran incrementándose en la población usuaria.

La percepción del personal operativo sugiere que el Sistema de Protección Social en Salud no cubre las necesidades de la población, además no cuentan en tiempo y suficiencia de los insumos para proporcionar la atención de la población usuaria.

2.2. Señalar cuáles son las principales Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA), de acuerdo con los temas del Programa, estrategia o instituciones.

2.2.1. Fortalezas:

a) Contar con la estructura definida de los Servicios de Salud Estatal
b) Contar con amplia cobertura de los Servicios de Salud Estatal
c) Contar con un marco normativo, lineamientos y manuales para la operación de las acciones en salud
d) El personal de salud en contacto con el paciente se encuentra participativo en los procesos administrativos

2.2.2. Oportunidades:

a) Aprovechar los sistemas de información en salud con minería de estos para la toma de decisiones
b) Consolidar la medición del impacto de las intervenciones en salud para la toma de decisiones
c) Agilizar los procedimientos en todos los niveles.
d) Garantizar la infraestructura adecuada, así como los insumos en suficiencia para otorgar los servicios de salud con oportunidad

2.2.3. Debilidades:

a) Alta rotación de personal en diferentes niveles dentro de los Servicios de Salud del Estado
b) Deficiencia en la coordinación y comunicación entre las diferentes áreas de los Servicios de Salud Estatal
c) El cierre de los procesos es lento
d) Insumos para otorgar la atención fuera de tiempo al usuario final

2.2.4. Amenazas:

a) Mala recomendación de los servicios otorgados a la población del Seguro Popular, por no recibir la atención a alguna demanda de servicio, la cual no es resulta satisfactoriamente por los Servicios Estatales de Salud lo más pronto posible

b) Mala recomendación a la población, a través de publicidad engañosa de otras opciones para dar solución a sus demandas de salud, que implica mayor gasto o deterioro de su salud
c) Recortes presupuestales a diferentes fuentes de financiamiento de los servicios de salud
d) Disminución considerable del poder adquisitivo de la población usuaria del Sistema de Protección Social en Salud

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN

3.1.Describir brevemente las conclusiones de la evaluación:

El personal de salud en contacto con el paciente, se encuentra agotado al no contar en tiempo y suficiencia con los recursos para otorgar los servicios de salud a la población usuaria.

La percepción de la población usuaria respecto a los servicios de salud es negativa y busca alternativas para atender su salud.

Los procesos administrativos son lentos.

3.2 Describir las recomendaciones de acuerdo a su relevancia:

Implementar estrategias para proporcionarle al personal de salud en contacto con el paciente, los insumos en tiempo y suficiencia para otorgar los servicios de salud con enfoque en calidad de atención.

Dar seguimiento a la demanda de los servicios de salud, con base en fortalecer la calidad de atención en los establecimientos médicos a partir del área de influencia de estos (cobertura).

Revisar los procesos administrativos con la finalidad de optimizar los tiempos de conclusión de los mismos, con el fin de beneficiar a la población objetivo con enfoque en calidad de atención.

4. DATOS DE LA INSTANCIA EVALUADORA

4.1 Nombre del coordinador de la evaluación: Marco Polo Castro Ceronio

4.2 Cargo: Jefe de Estadística

4.3 Institución a la que pertenece: Romero Consultores

4.4. Principales colaboradores:

Ricardo Neftali Romero Ceronio / Consultor Sr

Jonathan Hernández Pérez / Consultor Jr

Noelia Arranz Rodríguez / Consultora

4.5. Correo electrónico del coordinador de la evaluación:

romero.consultores.tab@gmail.com

4.6. Teléfono (con clave lada):

(993) 3 65 00 90

5. IDENTIFICACIÓN DEL (LOS) PROGRAMA(S)

5.1. Nombre del (los) Programa(s) evaluado(s):

Sistema de Protección Social en Salud:

5.2. Siglas:

No tiene

5.3. Ente público coordinador del (los) Programa(s):

Secretaría de Salud

5.4. Poder público al que pertenece(n) el(los) Programa(s):

Poder Ejecutivo _X_ Poder Legislativo___ Poder Judicial___ Ente Autónomo___

5.5. Ámbito gubernamental al que pertenece(n) el(los) Programa(s):

Federal___ Estatal _X_ Local___

5.6. Nombre de la(s) unidad(es) administrativa(s) y de (los) titular(es) a cargo del (los) Programa(s):

5.6.1. Nombre(s) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo de (los) Programa(s):

Régimen Estatal de Protección Social en Salud

5.6.2. Nombre(s) de (los) titular(es) de la(s) unidad(es) administrativa(s) a cargo de (los) Programa(s) (nombre completo, correo electrónico y teléfono con clave lada):

Nombre: Fredy Galmiche Hernández **Correo**: fgalmiche@saludtab.gob.mx **Tel:** (01) (993) 3-10-00-00 Ext. 81301	**Unidad administrativa:** Régimen Estatal de Protección Social en Salud

6. DATOS DE CONTRATACIÓN DE LA EVALUACIÓN

6.1. Tipo de contratación:

6.1.1. Adjudicación Directa __6.1.2 Invitación a tres _X__ 6.1.3 Licitación Pública Nacional___ 6.1.4 Licitación Pública Internacional___ 6.1.5 Otro: (Señalar)___

6.2. Unidad administrativa responsable de contratar la evaluación:
Dirección de Planeación

6.3. Costo total de la evaluación: Costo proporcionado en la cotización de los servicios

6.4. Fuente de Financiamiento: Recursos Fiscales de Ingresos Estatales

7. DIFUSIÓN DE LA EVALUACIÓN
7.1. Difusión en internet de la evaluación:
https://transparencia.tabasco.gob.mx/ciudadano/lista_fracciones/32/21/
7.2. Difusión en internet del formato:
https://transparencia.tabasco.gob.mx/ciudadano/lista_fracciones/32/21/

Tabasco
cambia contigo

Secretaría de
SALUD

Av. Paseo Tabasco #1504 Col. Tabasco 2000,
C.P. 86035 Villahermosa, Tabasco, MX