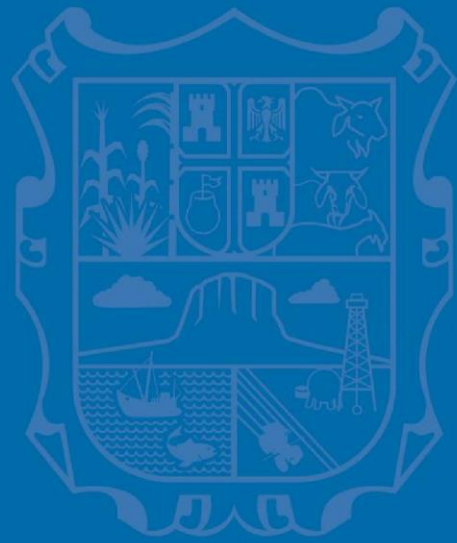




Diagnóstico del Programa E081 Servicios de Salud de Tamaulipas 2021

DIRECTORIO

Dra. Gloria de Jesús Molina Gamboa

Secretaria de Salud y Directora General del O.P.D. Servicios de Salud de Tamaulipas

Lic. Juan Filiberto Torres Alanís

Subsecretario de Planeación y Vinculación Social

Lic. Loyda Ramírez López

Encargada del Despacho de la Dirección de Planeación y Evaluación

Lic. Verónica Welsh Rodríguez

Encargada del Despacho del Departamento de Planeación en Salud

Dr. Olegario Flores Flores

Jefe del Departamento de Evaluación en Salud

Índice

1. Antecedentes	6
2. Características del Programa.....	8
3. Metas para el programa presupuestario E081 2021	10
4. Identificación y descripción del problema	12
4.1 Definición del problema.....	12
4.2 Estado actual del problema.....	12
4.3 Experiencias de atención	13
4.4 Árbol de problema.....	16
5. Objetivos	17
4.1 Árbol de objetivos	17
5.2 Determinación y justificación de los objetivos de la intervención	18
6. Objetivos generales y específicos	19
6.1 Aportación del Programa a los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo y de la Institución.....	19
6.2 Contribución a los objetivos y prioridades estatales	21
7. Morbilidad	23
8. Mortalidad General.....	31
8.1 Natalidad y mortalidad	31
8.2 Esperanza de vida.....	32
8.3 Mortalidad infantil.	33
8.4 Mortalidad materna.....	34
9 Cobertura.....	32
9.1 Identificación y caracterización de la población potencial	32
Razón Mujer: Hombre:.....	33
Población con y sin derechohabiencia	34
9.2 Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo	37
9.3 Frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo	37
10. Análisis de alternativas FODA.....	38
10.1 FORTALEZAS	38
10.2 OPORTUNIDADES	39
10.3 DEBILIDADES	40
10.4 AMENAZAS	41
11.- Diseño del Programa	43
11.1 Diseño y Modalidad.....	43

11.2 Salud	44
11.2.1 Líneas de acción:	44
12. Niveles de atención	46
12.1 Modelo de Atención Integral de Salud	47
12.2 Padrón de beneficiarios	50
12.3 Matriz de indicadores	50
13.- Presupuesto operativo del programa	54
13.1 Impacto presupuestario	56
14. Bibliografía	58

El presente Diagnóstico del Programa E081 Servicios de Salud de Tamaulipas, es un documento que da respuesta a lo establecido en los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Presupuestarios de la Administración Pública Estatal y el Sistema Estatal de Evaluación del Desempeño y al Acuerdo mediante el cual se emite el Programa Anual de Evaluación para el Ejercicio fiscal 2022 de los Programas Presupuestarios del Estado de Tamaulipas, en donde establece que “Con el propósito de reforzar los elementos de planeación en la Administración Pública Estatal, las Dependencias y Entidades cuyos programas presupuestarios se indican en este numeral, deberán realizar un análisis estratégico denominado Diagnóstico de Programa, que justifique la modificación de programas presupuestarios ya existentes o la creación de nuevos programas, a través del cual se buscará dar cumplimiento a lo señalado en el numeral vigésimo cuarto de los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Presupuestarios de la Administración Pública Estatal y el Sistema Estatal de Evaluación del Desempeño, respecto al diseño y desarrollo de indicadores estratégicos y de gestión formulados por las Dependencias y Entidades ejecutoras de dichos programas presupuestarios”, así mismo determina que “La elaboración del citado Diagnóstico tiene como finalidad definir claramente y medir la contribución de cada programa presupuestario a los objetivos generales y particulares del Plan Estatal de Desarrollo”. Asimismo, se deberán considerar los elementos mínimos establecidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), Secretaría de la Función Pública (SFP) y del Consejo Nacional para el Desarrollo Social (CONEVAL) para tal efecto.

Este documento es resultado de la colaboración conjunta de las diferentes Subsecretarías que integran a los Servicios de Salud de Tamaulipas, quienes comparten la implementación y operación de todos los componentes del Programa Presupuestario denominado E081 Servicios de Salud de Tamaulipas, y aportaron la información para que la Dirección Planeación y Evaluación complementara la integración del diagnóstico.

Es importante mencionar que de acuerdo a las características del Programa, está sujeto a futuras actualizaciones derivado de la retroalimentación y consenso que se genere desde las diferentes perspectivas de las áreas antes señaladas en temas como: *el árbol de problemas, de objetivos, la Matriz de Indicadores de Resultados (MIR) y la cobertura.*

1. Antecedentes

El sector público del Sistema Nacional de Salud de México lo integran tanto las instituciones de Seguridad Social, como las que prestan servicios a las personas con escasa capacidad de pago y que no cuentan con seguridad social, las instituciones privadas y de beneficencia.

Las instituciones que conforman la Seguridad Social son: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR). Estas instituciones disponen de presupuesto, infraestructura y personal propio, y prestan servicios de atención a los trabajadores de la población formal de la economía y a sus familias. Su financiamiento está compuesto por: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador y contribuciones de los empleados.

Por su parte, las entidades que prestan servicios de salud a la población que no tiene Seguridad Social son: Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-bienestar. Estas instituciones se financian con recursos conjuntos del Gobierno Federal, y los Gobiernos Estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación).

Actualmente, la Secretaría de Salud de Tamaulipas enfrenta a la implementación del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) que desde mediados del año 2020 está impulsando el Gobierno Federal. En este contexto, el MAI promueve la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS), con el objetivo de favorecer modelos basados en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, así como en la creación de un eje de integración estratégica de la red de servicios, donde se establezca el flujo de las personas por las diferentes unidades de salud, constituyendo este objetivo una prioridad para la dependencia.

En este contexto el Gobierno de México está impulsando el Sistema Universal de Salud, con el cual se pretende que una persona pueda ser atendida en cualquier institución de salud perteneciente al IMSS, ISSSTE o a las Secretarías de Salud Federal o Estatal con independencia de su afiliación. En este sentido, el Gobierno de Tamaulipas debe potenciar la adopción de este modelo en su territorio de la forma más ajustada a las condiciones de salud de su población, tal y como lo marca el Plan Estatal de Desarrollo.

En Tamaulipas, la Ley de Salud para el Estado (LSET) establece las bases para la protección de la salud, el acceso de la población a los servicios de salud proporcionados por el Estado con la concurrencia de los Municipios, la gestión en materia de salubridad general y local, así como la mejora de los determinantes básicos de salud. Esta Ley se enmarca en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en los artículos 4º y 144º de la Constitución Política del Estado de Tamaulipas.

La Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas artículo 3º y 4º, establece como autoridades de salud estatales a las siguientes: el Gobernador del Estado, la Secretaría de Salud, el Consejo General de Salud y los Ayuntamientos, pudiendo el Secretario de Salud delegar la autoridad de salud en los Jefes de Jurisdicción Sanitaria.

La Secretaría de Salud de Tamaulipas asume la coordinación del Sistema Estatal de Salud (Artículo 8º de la LSET), lo que implica coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la administración pública estatal, la definición de los mecanismos de coordinación y colaboración en materia de planeación de servicios, el apoyo en la coordinación de los programas y servicios de salud, el impulso de la descentralización y desconcentración de los servicios de salud hacia los Municipios.

2. Características del Programa

El programa atiende la problemática de los daños a la salud, al otorgar servicios médicos a la población abierta, es decir, aquella que no se encuentra incorporada en ningún régimen de seguridad social en el país, mediante:

- La implementación de mecanismos que apoyen las actividades de protección contra riesgos sanitarios.
- La promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- La mejora en la calidad de la atención y la seguridad en salud.
- Abasto y entrega oportunos y adecuados del medicamento.
- Incorporar la perspectiva de género en programas de salud.
- Fomentar actividades de capacitación y sensibilización en temáticas de género para el personal encargado de los programas de salud y Promover la incorporación del enfoque de género en la información producida o divulgada por el sector salud.
- El objetivo de los lineamientos establecen los criterios para incorporar de la perspectiva de género en las Reglas de Operación (ROP) de los programas presupuestarios, a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos de la Política Nacional para la igualdad entre mujeres y hombres.

A continuación se enlistan los programas sobre los que dan cuenta en este Diagnóstico, presentados según el orden de indicadores en la MIR correspondiente:

- a) Promoción de la salud. Entorno y Comunidades Saludables
- b) Emisión de Licencias Sanitarias. COEPRIS
- c) Vacunación Universal
- d) Tamiz Metabólico en Recién Nacidos
- e) Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente
- f) Salud Materna y Perinatal
- g) Atención Médica en Unidades de Primer Nivel de Atención
- h) Formación de Médicos Especialistas
- i) Atención Médica Hospitalaria de Segundo y Tercer Nivel
- j) Prevención y Control de la Diabetes
- k) Calidad de la Atención Médica
- l) Acreditación de Unidades Médicas

Se han establecido estos componentes programáticos como eje del total de acciones que incluye el Programa Presupuestario de Servicios de Salud E081, que en conjunto permiten alcanzar la mejor cobertura de servicios, contribuyen al desarrollo de individuos, familias y comunidades saludables, dan seguimiento a

estrategias y líneas de acción que se enmarcan en los presentes Lineamientos, para contribuir al cumplimiento del Programa de Servicios de Salud, a fin de fortalecer la salud como condición necesaria para el bienestar de las personas y desarrollar su potencial a lo largo de su vida.

3. Metas para el programa presupuestario E081 2021

Se han establecido estos componentes programáticos como eje del total de acciones que incluye el Programa Presupuestario de Servicios de Salud E081, que en conjunto permiten alcanzar la mejor cobertura de servicios en sus indicadores como se presentan a continuación:

Promoción de la salud. Entorno y Comunidades Saludables

Atención a Municipios Promotores de la Salud

Meta 21 Resultado 21

Emisión de Licencias Sanitarias. COEPRIS

Licencia Sanitarias en Servicios de Salud

Meta 2500 Resultado 2269

Vacunación Universal

Aplicación de esquema básico a menores de 1 año

Meta 278834 Resultado 183189

Tamiz Metabólico en Recién Nacidos

Realizar tamiz neonatal en recién nacido

Meta 23257 Resultado 15445

Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente

Capacitar al personal del primer nivel que atiende la salud sexual y reproductiva de la

Población adolescente

Meta 150 Resultado 200

Salud Materna y Perinatal

Consulta prenatales a embarazadas

Meta 120410 Resultado 46303

Atención Médica en Unidades de Primer Nivel de Atención

Referencia a Unidades Médicas

Meta 6000 Resultado 6200

Formación de Médicos Especialistas

Ocupación de Campos Clínicos de Servicio Social de Carreras Afines

Meta 133 Resultado 1596

Atención Médica Hospitalaria de Segundo y Tercer Nivel

Dictamen Quirúrgico

Meta 15 Resultado 22

Estudios de Imagen

Meta 18288 Resultados 19356

Prevención y Control de la Diabetes

Pacientes en Control

Meta 16335 Resultados 34179

Calidad de la Atención Médica

Capacitación y Asesoría a Gestores de Calidad en el uso de plataformas diversas

Meta 30 Resultado 56

Acreditación de Unidades Médicas

Visitas de asesoría a unidades de salud que requieren ser reacreditadas

Meta Resultado 9

4. Identificación y descripción del problema

4.1 Definición del problema

El problema que atiende el Programa E081 son los daños a la salud de la población sin seguridad social, población beneficiaria de los Servicios de Salud de Tamaulipas. Lo anterior con base al Diagnostico Estatal de Salud 2021, en el cual se plasma la situación actual de las condiciones de salud de la población, la infraestructura física y organizacional de los servicios y la operación de los programas; así como el uso metodológico para identificación de problemas, definición de prioridades y orientación en la toma de decisiones fundamentadas para el desarrollo de proyectos y programas ordenados para impulsar las estrategias y líneas de acción del Plan Estatal de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud.

La llegada y permanencia durante este año del VIRUS SARS-CoV-2 (COVID-19) a Tamaulipas no solo vulnera la salud física y emocional de las personas, sino que tiene grandes repercusiones en el aspecto social, económico y ambiental, así como en la seguridad de la población.

Esta pandemia ha representado no solamente una crisis sanitaria, sino, además, una crisis económica, humanitaria y de seguridad que ha afectado a las personas, a las familias y a todas las sociedades del mundo por igual.

En los siguientes apartados se desglosaran la morbilidad y mortalidad que se presentó durante el año 2021, así como algunos factores determinantes en el proceso salud enfermedad.

4.2 Estado actual del problema

Los daños a la salud se miden principalmente por sus efectos en la población, tanto por la frecuencia y características de la enfermedad, como por sus efectos letales, que se convierten ambos en indicadores de morbilidad y mortalidad.

Los cambios demográficos afectan al rápido crecimiento de las enfermedades tal es el caso de la diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, tumores y actualmente lo que se considera como emergencia sanitaria, ocasionada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) encontrándose dentro de las principales causas de muerte en la población de todos los países desarrollados.

Este aumento del número de pacientes conlleva un incremento de los recursos necesarios para su atención. Por su parte, en la mayoría de los estados de México, los patrones de mortalidad y morbilidad ya no están dominados por enfermedades contagiosas, si bien enfermedades transmisibles de comportamiento epidémico estacional han desarrollado un comportamiento endémico, así como ha existido

un aumento en enfermedades crónico-degenerativas.

Cada unidad médica cuenta con un registro sistematizado personalizado por paciente registrando la atención otorgada y causa, lo cual es informada al área de epidemiología e informática de cada Jurisdicción y a su vez, se envía a la Dirección de Estadística e Informática del Estado en donde se sube a la Plataforma oficial.

4.3 Experiencias de atención

En México actualmente existe un sistema de salud segmentado, constituido por un modelo bismarckiano de seguridad social y otro de protección social en salud. Último, desarrollado con el fin de dar cumplimiento al artículo 4.º constitucional, mediante el cual la salud deja de ser un derecho vinculado a la condición laboral del individuo, y Tamaulipas tiene este mismo modelo.

Para atender las condiciones de salud de nuestro país, el Sistema Nacional de Salud cuenta hoy en día, además de un escaso aseguramiento privado, con el aseguramiento público en salud: el Seguro de Enfermedades y Maternidad del Instituto Mexicano del Seguro Social para los trabajadores asalariados de las empresas privadas y sus familiares; el Seguro de Salud del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado para los empleados de las instituciones de la administración pública federal y sus familiares, y por convenio de la mayoría de los gobiernos estatales.

El camino hacia la cobertura universal de salud parte del reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental y desligado de la esfera laboral. Esta afirmación se fundamenta en el contraste del caso de México con las experiencias de otros países. En el mundo, un gran número de naciones con cobertura universal de salud han optado por sistemas de protección social en salud, permitiendo en todo caso que la seguridad social sea un complemento a esta. En los países con cobertura universal de salud basada en un sistema de seguridad social hay un complemento cubierto por el Estado para los trabajadores auto empleados o aquellos que no pueden pagar contribuciones para su aseguramiento, tal es el caso de Austria, Bélgica, Japón e Israel.

En países como Canadá, Reino Unido, Suecia y España, cualquier persona que tenga el derecho a residir legalmente en el país tiene derecho a acceder a los servicios de salud públicos. En cada uno de estos sistemas el financiamiento proviene de impuestos generales, estableciendo un servicio nacional de salud que garantiza el acceso universal a la salud. Un gran logro alcanzado gracias a la solidez de los esquemas de financiamiento basados en la protección social en salud consiste en que, en estos cuatro países, incluso en el contexto de problemas económicos, la cobertura en salud se ha mantenido como universal. Esta decisión se funda en la evidencia que muestra que la inversión en salud tiene un efecto altamente positivo en el funcionamiento global de la economía, además de los aspectos solidarios ligados a la equidad y a los

derechos ciudadanos mencionados. Hoy más que nunca resulta pertinente afirmar que la salud no es un gasto, sino una inversión altamente rentable.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estudio la cobertura administración-legal y de acceso a servicios de salud en América Latina y el Caribe. Encontró como promedio un déficit de cobertura de protección de salud de 18% de la población total, una “brecha” en la cobertura teórica por insuficiencia de personal en salud también del 18% y un gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud de 36%. En otras palabras, aunque la cobertura de seguros de salud en la región aún no es universal, se tiene un nivel alto.

En Chile, el programa AUGE (Acceso Universal con Garantías Explicitas) y el Régimen de Garantías Explicitas en Salud (GES) ofrecen a sus beneficiarios el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de 80 enfermedades. En Colombia, el Plan Obligatorio de Salud (POS) ofrece servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad.

En Perú, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud brinda prestaciones en salud de carácter promocional, preventivo, recuperativo y de rehabilitación, orientadas al manejo de las condiciones sanitarias priorizadas para el proceso de Aseguramiento Universal en Salud. En Uruguay, el plan Integral de Atención en Salud (PIAS) presta servicios de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de sus beneficiarios.

En suma, la revisión bibliográfica en la materia indica que los servicios ofrecidos por los seguros de salud públicos tienen importantes efectos positivos, entre los que se destacan, por una parte, la disminución de la mortalidad y morbilidad, y por otra, contribuyen al incremento de la esperanza de vida, años de vida saludable y productiva, así como de la calidad de vida.

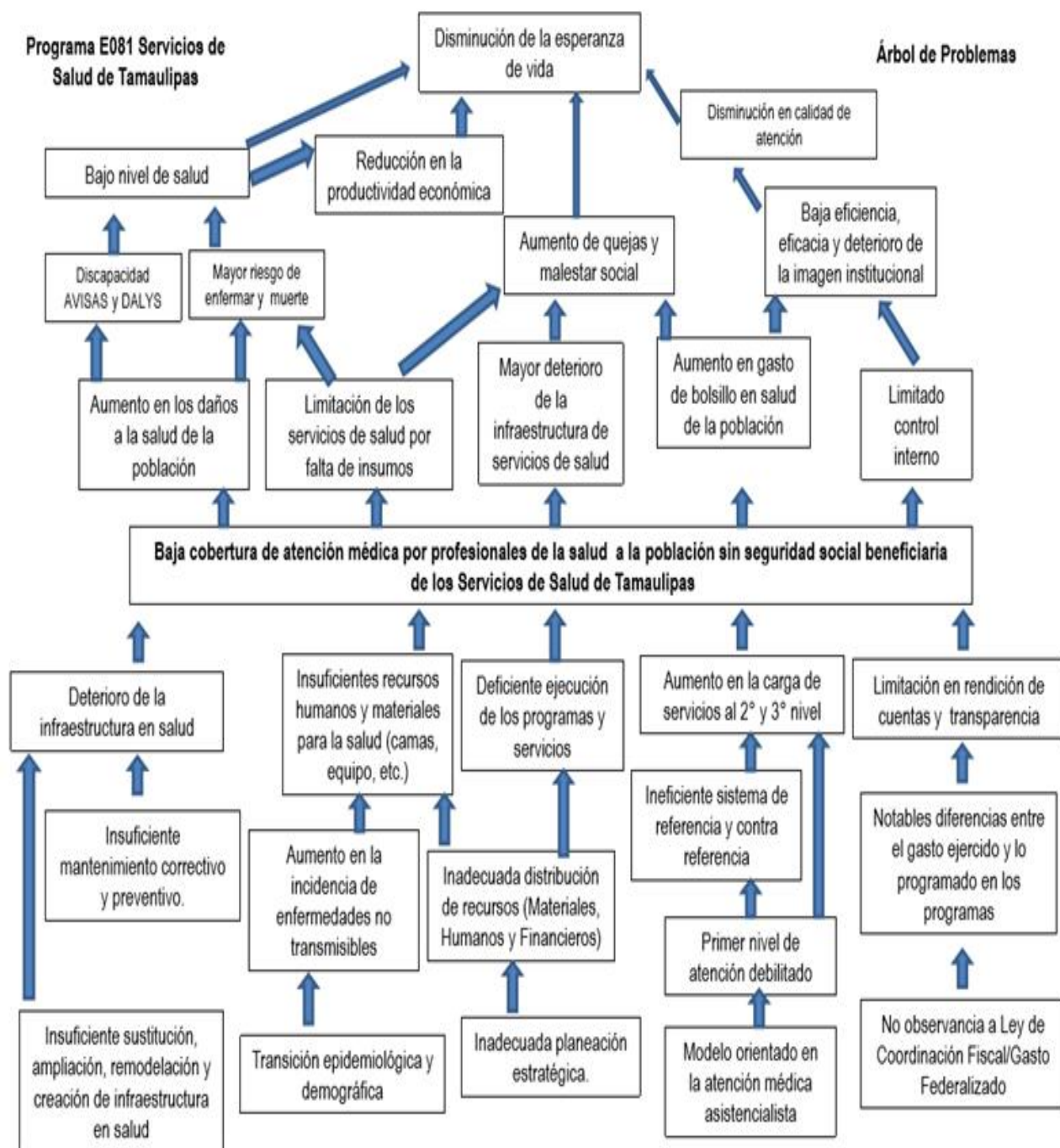
Sistema de Salud en México

En México actualmente existe un sistema de salud segmentado, constituido por un modelo bismarckiano de seguridad social y otro de protección social en salud. último, desarrollado con el fin de dar cumplimiento al artículo 4.o constitucional, mediante el cual la salud deja de ser un derecho vinculado a la condición laboral del individuo, y Tamaulipas tiene este mismo modelo.

Para atender las condiciones de salud de nuestro país, el Sistema Nacional de Salud cuenta hoy en día, además de un escaso aseguramiento privado, con el aseguramiento público en salud: el Seguro de Enfermedades y Maternidad del Instituto Mexicano del Seguro Social para los trabajadores asalariados de las empresas privadas y sus familiares; el Seguro de Salud del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

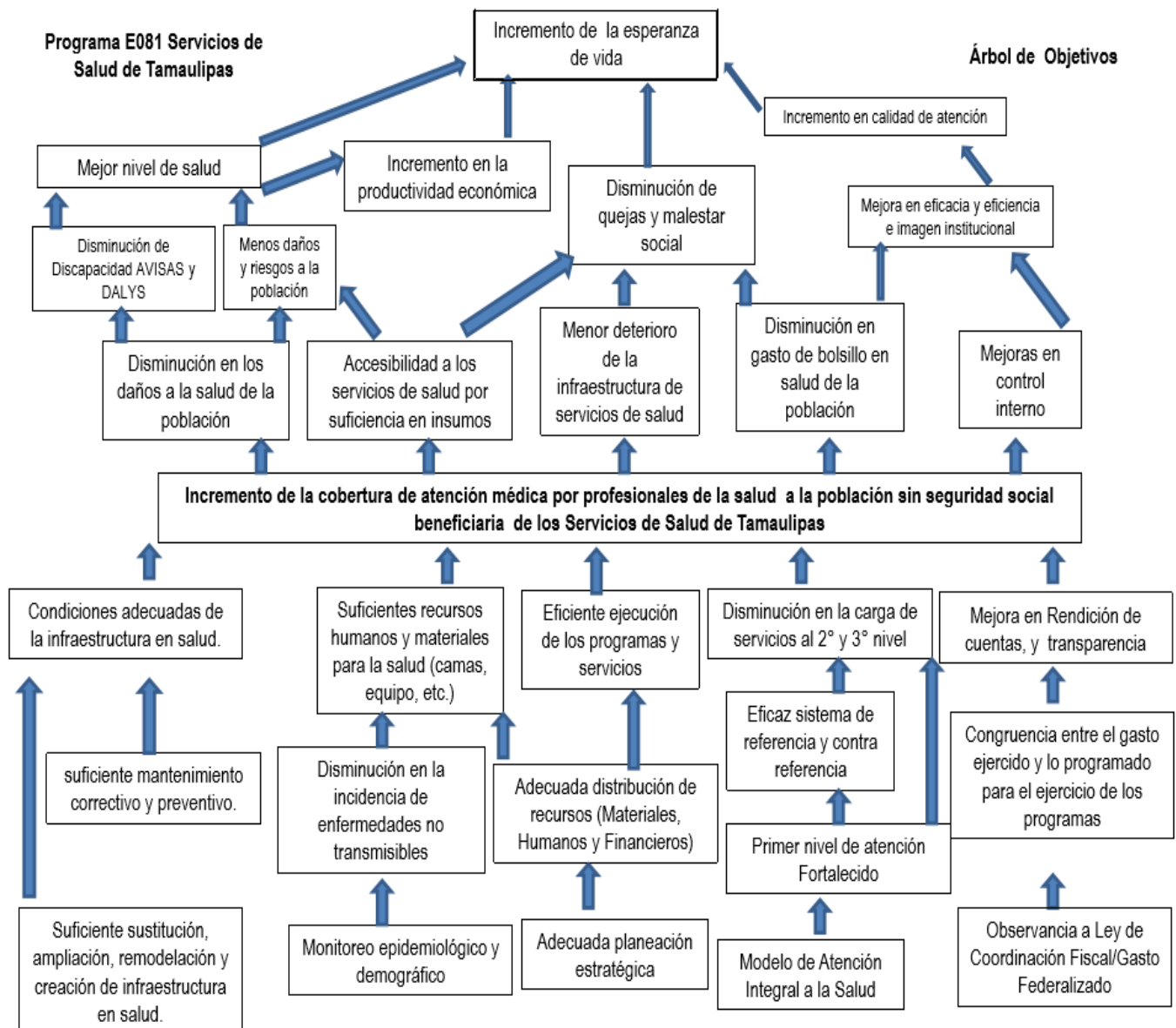
de los Trabajadores del Estado para los empleados de las instituciones de la administración pública federal y sus familiares, y por convenio de la mayoría de los gobiernos estatales.

1.4 Árbol de problema



5. Objetivos

1.1 Árbol de objetivos



5.2 Determinación y justificación de los objetivos de la intervención

Como se mencionó al inicio, el programa atiende la problemática de dotar de servicios médicos a la población abierta, es decir, aquella que no se encuentra incorporada en ningún régimen de seguridad social en el Estado, con la finalidad de disminuir los daños a la salud. Además la Ley General de Salud define la población a la que van dirigidos los apoyos como “las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud”.

Por otro lado, está establecido que, sus prioridades para alcanzar los objetos pretendidos a través del presente instrumento son proponer, coordinar y supervisar la política en materia de asistencia social, apoyar los programas de servicios de salud, atención médica social, prevención de enfermedades y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, no transmisibles y otros daños a la salud, de conformidad con lo establecido en los artículos 1°, 2°, 3°, 7°, 8°, 18°, 27°, 29°, 36°, 38°, 39°, 40°, 60°, 64°, 75°, 76°, 80°, 88°, 89°, 92°, 94°, 96°, 98°, 101° y 102° de la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas y en los artículos 10, 3°, 9° Y 13° de la Ley General de Salud.

En el 2018 se publicaron en el Periódico Oficial del Estado los Lineamientos de Operación Programa Presupuestario E081 Servicios de Salud, donde quedaron establecidos los objetivos:

En el año 2000, en la ciudad de Nueva York, se dieron cita los 189 Estados Miembros que formaban el conjunto de la ONU en esa fecha. Esta reunión fue conocida como la Cumbre del Milenio y se abordaron temas y problemas cotidianos de millones de personas en todo el mundo. Fue así como nacieron los Ocho Objetivos del Milenio, que tenían un plazo de cumplimiento de 15 años.

A finales del año 2015, coincidiendo con el fin del plazo de los ODM, se redactaron diecisiete nuevos objetivos (Objetivos de Desarrollo Sostenible), cuyo plazo expira en el año 2030. De este modo se ha llevado a cabo la confluencia entre las dos líneas anteriormente mencionadas (Objetivos de Desarrollo del Milenio y Agenda de Sostenibilidad Medioambiental). En ellos se abordan tanto los temas relacionados con la pobreza y sus derivados, como los problemas medioambientales a los que se enfrenta la humanidad en nuestros días.

6. Objetivos generales y específicos

General

Contribuir a la disminución de la mortalidad general, materna e infantil de población sin seguridad social del Estado de Tamaulipas con prioridad en la más vulnerable, mediante servicios y acciones de prevención, promoción de la salud, atención médica ambulatoria, atención hospitalaria especializada, protección contra riesgos sanitarios y formación de recursos humanos.

Específicos

- a) Incrementar la cobertura de servicios de promoción y protección de la salud a la población sin seguridad social con base en la estrategia línea de vida, con atenciones y servicios de salud, según grupos de edad y sexo, con participación de los beneficiarios, grupos organizados y las autoridades locales.
- b) Reducir los daños a la salud de población infantil sin seguridad social, mediante servicios para alcanzar coberturas con esquema de vacunación completo, según su grupo de edad y evitar las enfermedades propias de la infancia, para su óptimo desarrollo.
- c) Disminuir los daños a la población femenina sin seguridad social por causas inherentes al embarazo parto y puerperio, mediante consulta prenatal en unidades médicas de primero y segundo nivel de atención para contribuir a evitar la muerte materna.
- d) Recuperar la salud de la población sin seguridad social mediante atención médica especializada, a través de servicios oportunos, integrales, accesibles y con calidad, con la red hospitalaria de segundo y tercer nivel de atención de manera eficiente y productiva.
- e) Optimizar el uso de la red de servicios hospitalarios para otorgar atención médica especializada integral, accesible y con calidad a la población sin seguridad social a fin de disminuir sus efectos en la mortalidad y discapacidad.

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Objetivo N° 3 Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

6.1 Aportación del Programa a los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo y de la Institución

Existe vinculación con el Plan Estatal de Desarrollo Tamaulipas 2016-2022 en el eje “Bienestar Social”, para coadyuvar a mejorar la atención y prevención de los problemas de salubridad más importantes y establecer un sistema de salud moderno, con tecnologías de vanguardia y cultura de la calidad. Además de consolidar

un sistema de salud con un enfoque universal, equitativo, resolutivo, eficiente, participativo y solidario, que garantice la cobertura universal con altos estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud y con suficiencia en el abastecimiento de material, equipo y medicamentos.

En cuanto al Plan Estatal de Desarrollo, los participantes del Sistema de Salud se encuentran considerados y regidos por el marco del eje de Bienestar Social, en el que se considera no sólo la parte de salud, también prevención y atención de la violencia, atención a la pobreza y desnutrición, igualdad y atención a grupos vulnerables, educación, cultura, deporte, espacios públicos y vivienda, como habilitadores de mejores condiciones de vida para la población del Estado.

Asimismo, los ejes transversales del Plan Estatal de Desarrollo establecen guías de acción que permiten direccionar los esfuerzos del Programa Sectorial de Salud, para considerar los derechos humanos, igualdad de género, participación ciudadana, transparencia y combate a la corrupción, como elementos presentes de forma directa o indirecta en cada uno de los programas estratégicos y líneas de acción

Ejes vertical y transversal del Plan Estatal de Desarrollo, compartidos por el Programa Sectorial de Salud	
<u>Eje vertical</u>	<u>Composición</u>
Bienestar Social	Atención y prevención social de las violencias
	Pobreza y desnutrición
	Igualdad y atención a grupos vulnerables
	Salud
	Educación
	Cultura
	Deporte
	Apropiación del espacio público
	Vivienda
<u>Ejes transversales</u>	<u>Composición</u>
Derechos humanos	Enfoque a la armonización y articulación de las políticas en el marco internacional de derechos humanos
Igualdad de género	Enfoque a garantizar una sociedad sin distinciones por raza, color, sexo, preferencia sexual, etnia, edad, lenguaje, religión, opiniones políticas o de otro tipo, origen social o nacional, discapacidad, propiedad, nacimiento o cualquier otro factor
Participación ciudadana	Enfoque a la garantía del derecho de los ciudadanos a participar en las decisiones públicas
Transparencia y combate a la corrupción	Enfoque a la maximización de la utilidad social de la información

Con estas normatividades como línea base, se garantiza que las instituciones del Sector Salud, se encuentren en línea y que los esfuerzos de cada una de sus decisiones estratégicas, se encuentren dirigidos al cumplimiento de las metas estatales y nacionales. De igual forma se deberán vincular con las metas del Plan Nacional de Desarrollo 2016-2024, ejercicio que se realizará en los siguientes meses del presente año.

En los Lineamientos de Operación Programa Presupuestario E081 Servicios de Salud, publicados en el Periódico Oficial del Estado en 2018, se estableció la contribución del programa al PED 2016-2022 de la siguiente forma:

6.2 Contribución a los objetivos y prioridades estatales

El Programa se vincula y contribuye con los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022 con base en los elementos siguientes:

Eje Estatal: Bienestar Social

Eje transversal: Derechos Humanos

Perspectiva de género Tema Prioritario: SALUD

Objetivo: Mejorar la atención y prevención de los problemas de salubridad más importantes y establecer un sistema de salud moderno, con tecnologías de vanguardia y una cultura de la calidad.

Estrategia: Consolidar un sistema de salud con un enfoque universal, equitativo, resolutorio, eficiente, participativo y solidario, que garantice la cobertura universal con altos estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud y con suficiencia en el abastecimiento de material, equipo y medicamentos.

Líneas de acción:

- Ampliar la cobertura de servicios de salud pública para atender a toda la población, a fin de garantizar el bienestar de las familias tamaulipecas.
- Diseñar e implementar políticas públicas en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades, para que los tamaulipecos tengan una nueva cultura en materia de salubridad.
- Instrumentar modelos eficientes de atención a la salud que consideren la innovación científica para ofrecer servicios de alta calidad con tecnología de punta.
- Aplicar programas de capacitación continua para el personal de las instituciones del sector salud con funciones médicas, paramédicas y afines.
- Organizar brigadas médicas en comunidades con carencias e insuficiencias en los servicios de salud.
- Implementar campañas de vacunación para disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas y prevenir epidemias, pandemias.
- Establecer acciones preventivas para disminuir los casos de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en niños.
- Instrumentar acciones en materia de salud materna y perinatal.
- Lograr la cooperación de las instituciones del sector salud y el sector privado para desarrollar una estrategia estatal enfocada en la prevención y control del sobrepeso, la obesidad, la diabetes mellitus y los problemas cardiovasculares.
- Elaborar el diagnóstico y diseño de un plan integral y permanente para la prevención y atención del embarazo adolescente.

- Los Servicios de la Secretaría tienen dentro de sus acciones el aplicar políticas públicas de atención a padecimientos de salud pública y sujetos a vigilancia epidemiológica, así como la de diseñar e implementar estrategias de impacto y fortalecimiento de programas de interés en la salud pública como por ejemplo: enfermedades de la mujer, de salud mental, de padecimientos de transmisión sexual, de abuso en consumo de sustancias adictivas entre otros.

7. Morbilidad

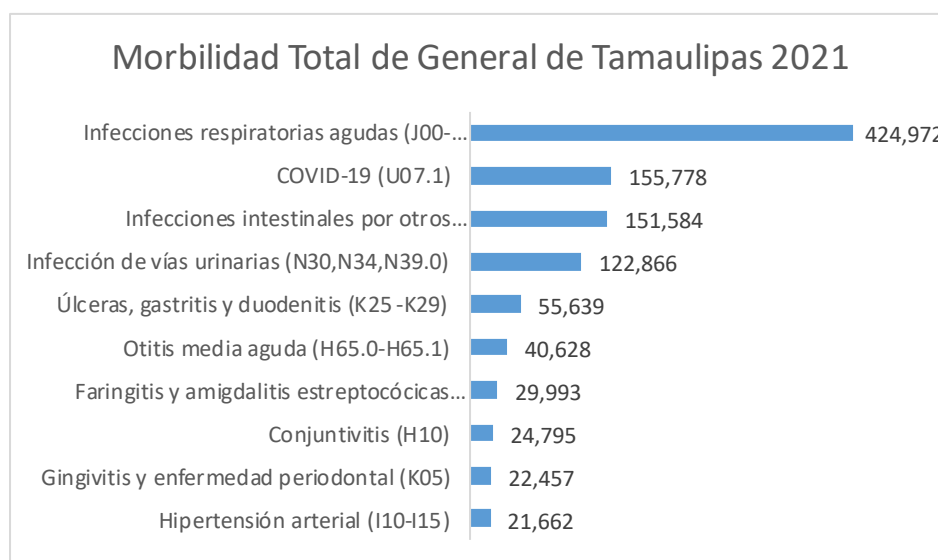
Durante el 2021 la principal causas de atención en la consulta externa de los servicios de salud fueron las infecciones respiratorias con el 35.86% del total de casos, le siguió el COVID-19 con 13.14%, las infecciones intestinales con el 12.79% del total de casos, enseguida las infecciones de vías urinarias con el 10.73%%, y en quinto lugar úlceras gástricas y duodenitis con un porcentaje de 4.69%. Se puede consultar dentro de las 10 principales causas de morbilidad en la tabla1.

Tabla 1.- incidencia de casos nuevos en consulta externa por grupo de edad Sector Salud 2021.

Diagnóstico	De 00 años	De 01 a 04 años	De 05 a 09 años	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	De 25 a 44 años	De 45 a 49 años	De 50 a 59 años	De 60 a 64 años	De 65 y más años	Edad Desc.	Total general
1 Infecciones respiratorias agudas(J00-J06, J20, J21 EXCEPTO J02.0 Y J03.0)	16,118	43,183	35,756	30,530	34,101	44,578	93,907	42,435	42,523	22,243	19,197	401	424,972
2 COVID-19(U07.1)	1,289	2,858	1,994	2,911	7,150	19,454	70,944	14,008	18,671	5,242	11,041	216	155,778
3 Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas(A04, A08-A09 EXCEPTO A08.0)	3,484	14,590	13,301	11,178	12,589	16,458	31,628	15,291	15,405	9,257	8,033	370	151,584
4 Infección de vías urinarias(N30, N34, N39.0)	347	1,796	3,343	3,476	7,839	12,610	31,581	16,151	19,788	10,961	14,887	87	122,866
5 Úlceras, gastritis y duodenitis(K25-K29)	63	295	961	2,035	3,774	6,499	14,240	9,203	9,303	5,216	3,992	58	55,639
6 Otitis media aguda(H65.0-H65.1)	301	1,934	3,155	3,426	3,849	5,381	8,995	5,321	4,597	2,259	1,378	32	40,628
7 Faringitis y amigdalitis estreptocócicas(J02.0, J03.0)	574	2,179	2,008	1,986	2,769	4,580	6,913	4,137	2,776	1,247	817	7	29,993
8 Conjuntivitis(H10)	480	881	1,150	1,185	1,589	2,799	7,643	2,826	3,160	1,522	1,552	8	24,795
9 Gingivitis y enfermedad periodontal(K05)	131	187	465	759	1,297	2,523	5,621	3,273	4,016	2,178	1,990	17	22,457
10 Hipertensión arterial(I10-I15)	0	0	0	0	33	404	5,098	3,853	5,475	2,989	3,667	143	21,662
Subtotal	22,787	67,903	62,133	57,486	74,990	115,286	276,570	116,498	125,714	63,114	66,554	1,339	1,050,374
Resto de los diagnósticos	1,299	3,852	4,204	4,807	7,987	12,725	36,391	16,594	20,985	11,772	13,698	484	134,798
Total	24,086	71,755	66,337	62,293	82,977	128,011	312,961	133,092	146,699	74,886	80,252	1,823	1,185,172

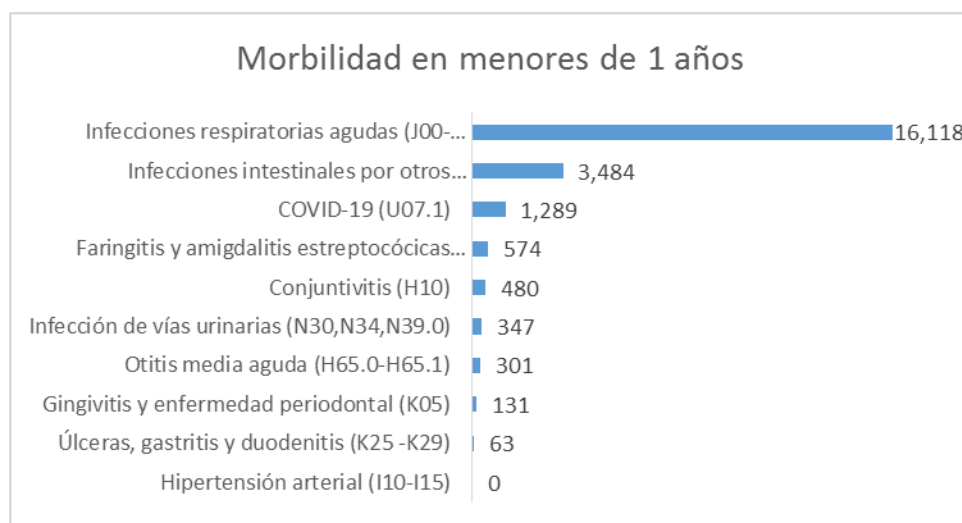
Fuente: SUAVE SST 2021

El impacto de dichas enfermedades es diferente para cada grupo de edad, se aprecia las principales causas de morbilidad en el 2021 y su distribución porcentual en los grupos poblacionales.



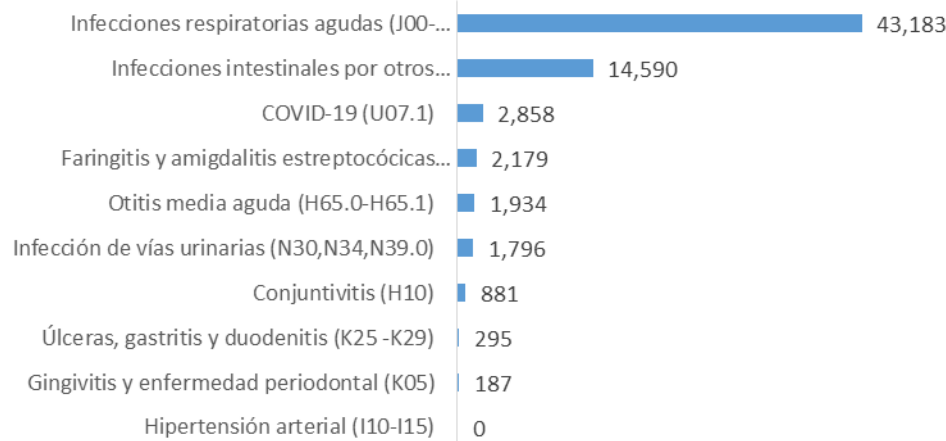
Las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar con un total de 424,972 casos, que representan el 35.86 % de las afecciones atendidas; esto equivale a una tasa de 1,154.93 casos por cada 10,000 habitantes. Le sigue el COVID-19 con 155,778 casos, representando el 13.14 % equivalente a una tasa de 423.35 afectados por cada 10,000 habitantes y en tercer lugar, se atendieron 122,866 casos de Infecciones intestinales, representado el 12.79% con una tasa de 411.96 por cada 10,000 habitantes.

En los niños menores de un año, las infecciones respiratorias agudas se registraron 16,118 casos, los cuales representan el 66.92% de enfermedades atendidas en este rango de edad, en segundo lugar están las infecciones intestinales con 3,484 casos, que son el 14.46%; y en tercer lugar se presenta el COVID-19 con 1,289 casos, que representaron el 5.35%.



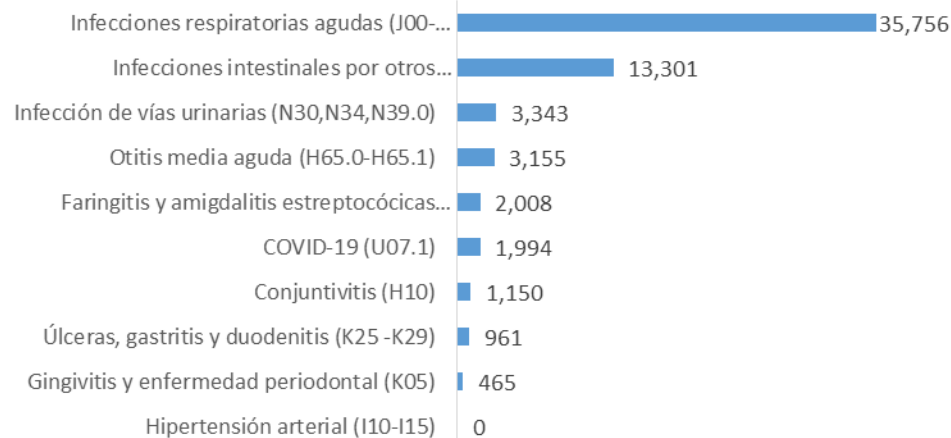
En los menores de 1 a 4 años de edad el primer lugar lo ocupan las enfermedades respiratorias agudas con 43,183 casos, representando el 60.18%; en segundo lugar las infecciones intestinales con 14,590 casos, siendo el 20.33%, y en tercer lugar el COVID-19 con 2,858 casos registrados, siendo el 3.98%.

Morbilidad de 1 a 4 años



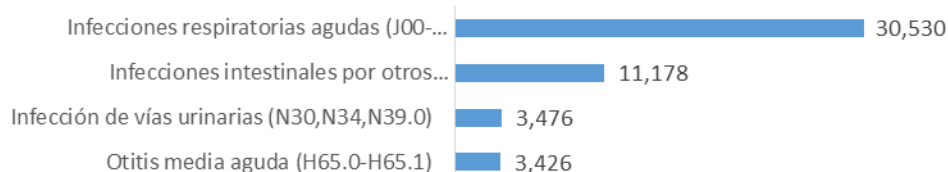
La morbilidad en niños de 5 a 9 años, las infecciones respiratorias agudas se presentan en primer lugar con 35,756 casos, que son el 53.66%; en segundo lugar las infecciones intestinales con 13,301 siendo el 19.96% y en tercer lugar la infección de vías urinarias con 3,343 siendo el 5.02%.

Morbilidad de 5 a 9 años

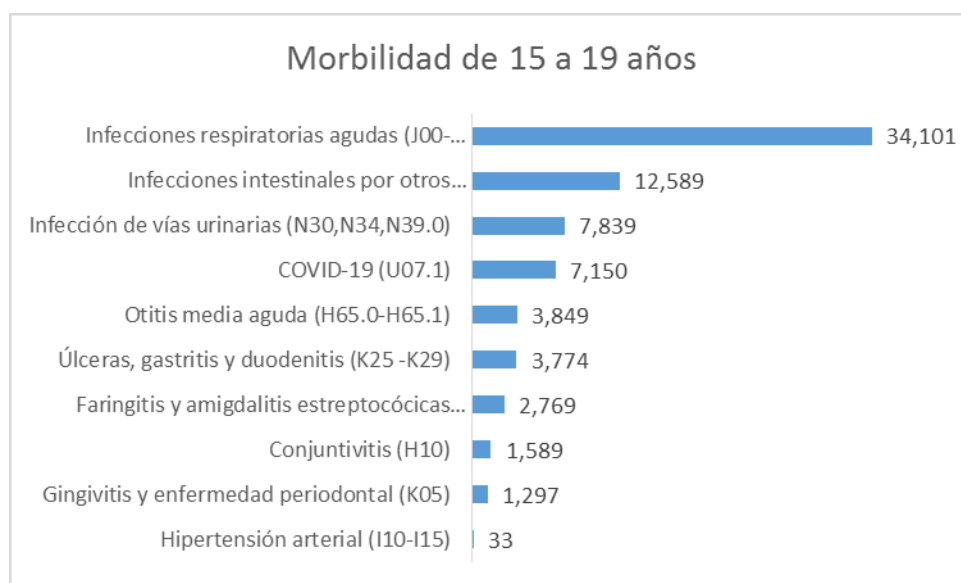


En el rango de 10 a 14 años, la primer causa de morbilidad son las infecciones respiratorias agudas, con 30,530 casos, siendo el 49.01%; en segundo lugar las infecciones intestinales con 11,178 que equivale al 17.94% y en tercer lugar la infección de vías urinarias con 3,476 pacientes, equivalente al 5.58%.

Morbilidad de 10 a 14 años



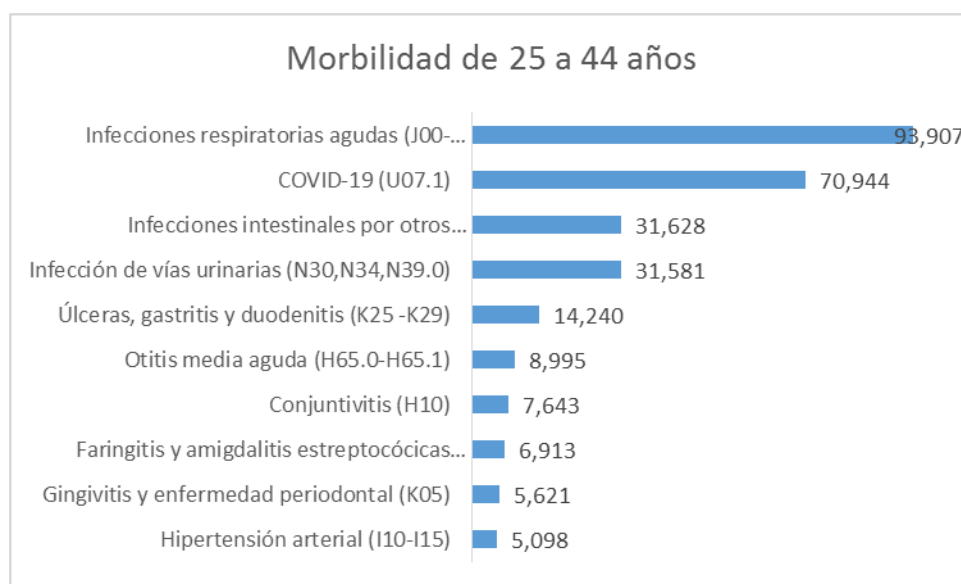
En jóvenes de 15 a 19 años, el primer lugar en morbilidad se encuentra las infecciones respiratorias agudas con 34,101 que representan el 41.09%, en segundo lugar las infecciones intestinales con 12,589, representando el 15.17%; en tercer lugar la infección de vías urinarias con 7,839 casos, que son el 9.44%.



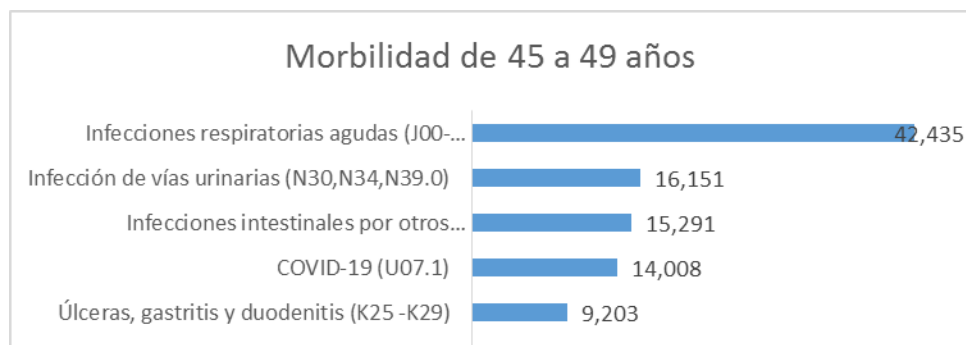
La morbilidad en personas de 20 a 24 años se encabeza por las infecciones respiratorias agudas con 44,578 casos, representando el 34.82%; en segundo lugar el COVID-19 con 19,454 que son el 15.20%, en tercer lugar las infecciones intestinales con 16,458 casos, que son el 12.86



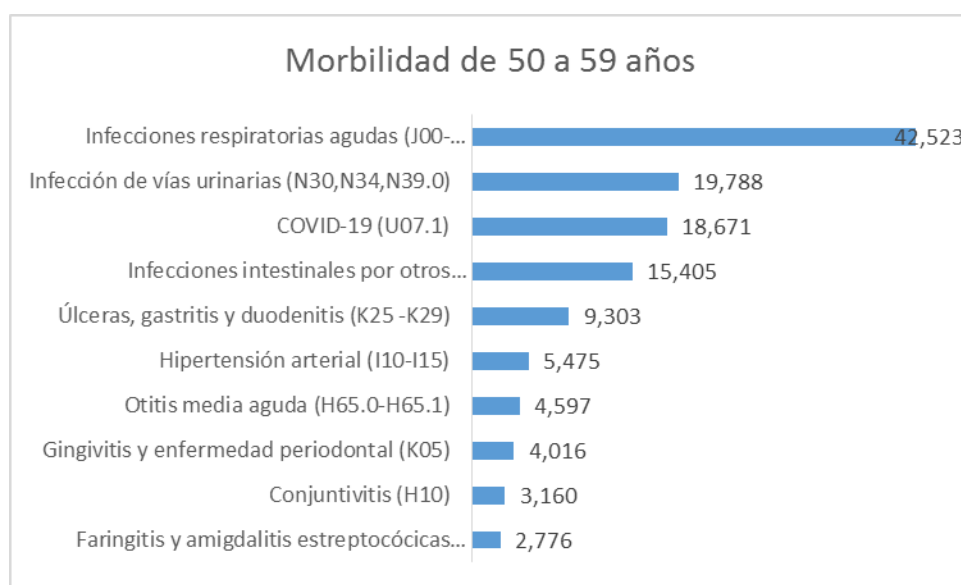
En personas de 25 a 44 años, la morbilidad está encabezada por infecciones respiratorias agudas con 93,907 casos, siendo el 30.01% y la tasa por cada 10,000 personas de esta edad es de 886.16; en segundo lugar está el COVID-19 con 70,944 casos, que son el 22.67%, y en tercer lugar encontramos las infecciones intestinales con 31,628 casos, representando el 10.11%.



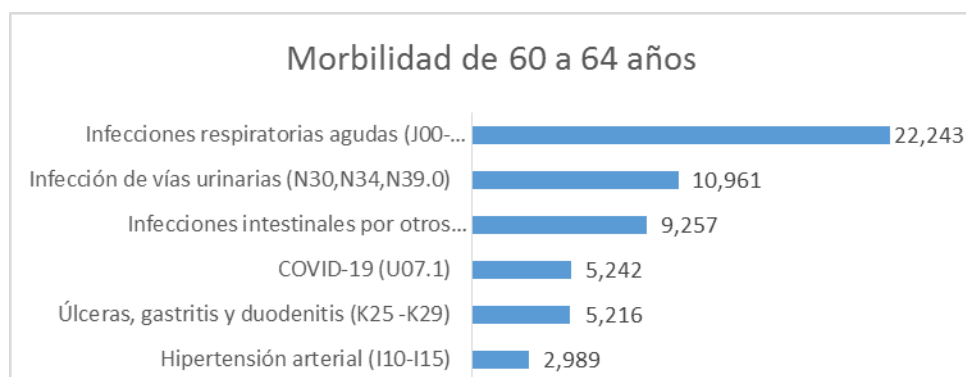
De 45 a 49 años, el primer lugar en morbilidad son las infecciones respiratorias agudas con 42,435, representando el 31.88%; en segundo lugar la infección de vías urinarias con 16,151 que es el 12.14%; y en tercer lugar las infecciones intestinales con 15,291 casos, que son el 11.49%.



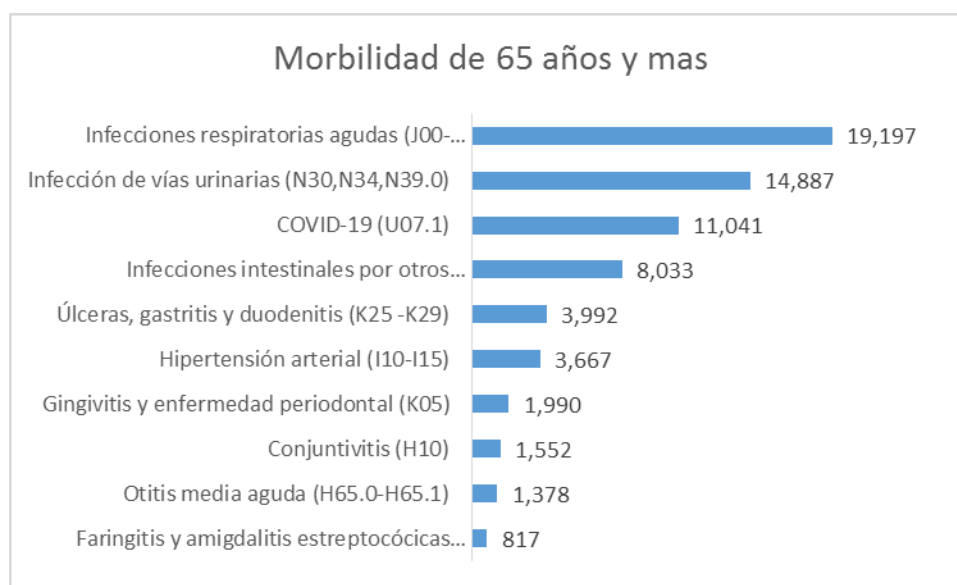
De 50 a 59 años, el primer lugar en morbilidad es las infecciones respiratorias agudas con 42,523 casos, siendo el 28.99% y representando una tasa de 1,078 casos por cada 10,000; el segundo lugar las infecciones de vías urinarias con 19,788 que es el 13.49% y en tercer lugar COVID-19 con 18,671 casos, que son el 12.73%



De 60 a 64 años las infecciones respiratorias agudas en primer lugar con 22,243 casos que son el 29.70%, en segundo lugar Infección de vías urinarias con 10,961 siendo el 14.64% y en tercer lugar las infecciones intestinales con 9,257 casos, que son el 12.36%



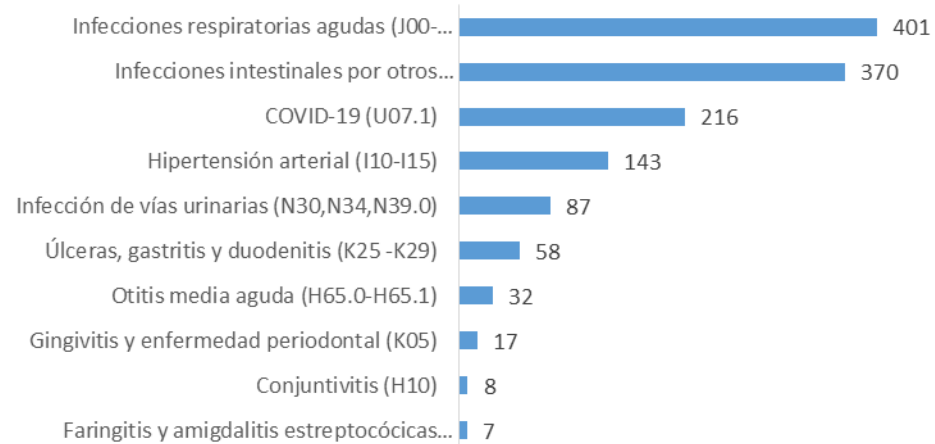
De 65 años y más en primer lugar están las infecciones respiratorias agudas con 19,197 casos que son el 23.92%; en segundo lugar la infección de vías urinarias con 14,887 siendo el 18.55% y en tercer lugar COVID-19 con 11,041 afectaciones para ser el 11.85%.



La morbilidad en edades desconocida está encabezada por la infecciones respiratorias agudas con 401 casos que son el 22.00%; en segundo lugar las infecciones intestinales con 370 casos que son el 20.30% y en tercer lugar el COVID-19 con 216 casos, que son el 11.85%



Prevalencia de enfermedades desconocidas



IA DE SALUD DE TAMAULIPAS

8. Mortalidad General

En Tamaulipas durante el 2021 se registraron un total de 29,319 con una tasa de 76.68 por cada 10,000 mil habitantes. Siendo las diez primeras causas de mayor frecuencia las enfermedades del corazón con 6327 seguido de la enfermedades endémica COVID-19 de 4923 con una tasa de 13.37 por cada 10,000, dentro de las 10 principales causas, le continúa diabetes mellitus con 4080, tumores malignos con 2733, Neumonía e influenza 1478 seguida por enfermedades crónicas del hígado con 1098.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDA EN TAMAULIPAS 2021		
Nº	CAUSAS	DEFUNCIONES
1	Enfermedades del corazón	6327
2	COVID-19	4923
3	Diabetes mellitus	4080
4	Tumores malignos	2733
5	Neumonía e influenza	1478
6	Enfermedades del hígado	1098
7	Enfermedades cerebrovasculares	1035
8	Accidentes	871
9	Agresiones (homicidios)	561
10	Insuficiencia renal	559

FUENTE: B.D. Cubos Dinámicos Salud

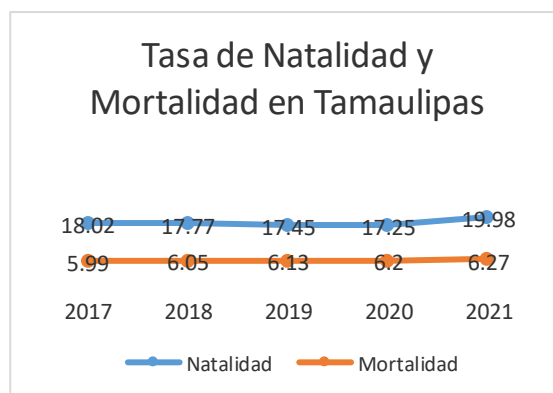
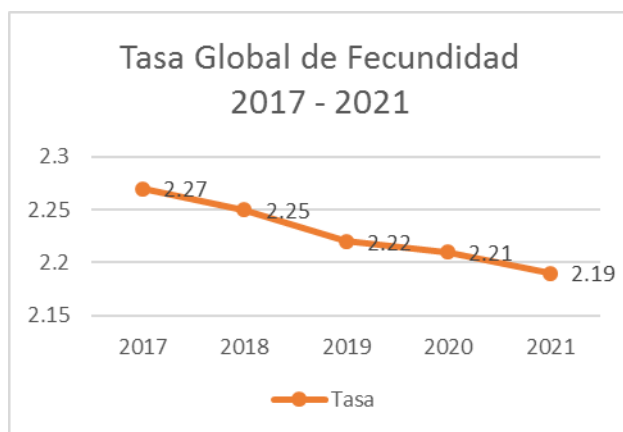
8.1 Natalidad y mortalidad

El crecimiento según estimaciones de CONAPO de la población por grupos específicos de edad y sexo en los años 2000 y 2021, muestra un incremento del 28.27 por ciento. La mayor parte de los grupos etarios muestran crecimiento, los menores de un año solo el 2.30 por ciento, los niños de 1 a 4 años el 2.77, la población escolar decrece el 1.07, el grupo de adolescentes y jóvenes crece el 12.58, la población en edad productiva de 15 a 49 años el 24.12, en tanto que los de 45 a 64 años muestra el mayor aumento poblacional con 104.08 por ciento.

Por lo que se refiere a la tasa de mortalidad en los últimos años ha presentado una tendencia creciente, 29,917 defunciones. De acuerdo, a las estimaciones de CONAPO se espera que esta tasa siga creciendo lentamente por cada mil habitantes en el año 2021.

Es importante notar que el crecimiento esperado de la tasa de mortalidad viene condicionado, en parte, por el mayor peso que los segmentos de edad más avanzados van adquiriendo progresivamente en el total de la población.

La tasa de crecimiento natural, entendida como tasa de natalidad representa en el 2021 un total de 46,053 nacidos vivos de los cuales 23,524 hombres y 22,499 mujeres. Considerando el efecto de los movimientos migratorios en el volumen de la población.



El saldo negativo de los movimientos migratorios en Tamaulipas indica que el número de emigrantes es superior al de inmigrantes, tanto en el ámbito interestatal como el internacional, si bien es poco representativo con relación a la población global.

En este contexto, el crecimiento de la población de Tamaulipas se ha ralentizado en los últimos años, y se espera que siga haciéndolo en un futuro. De esta forma, a pesar de que globalmente la población crece, lo hace a un ritmo cada vez menor.

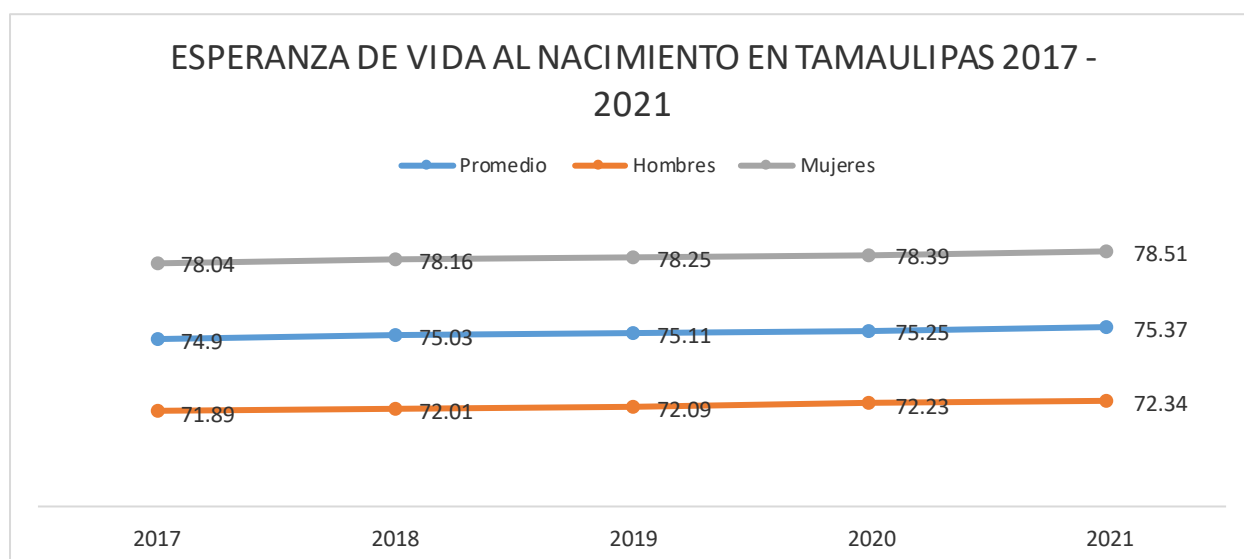
8.2 Esperanza de vida

Para el 2021 la esperanza de vida de los tamaulipecos Se estima que la esperanza de vida al nacimiento de la población en Tamaulipas es de 75.37 años; 72.34 años en los hombres y 78.51 en las mujeres. El comportamiento de esperanza de vida por sexo refleja mayor sobrevida de las mujeres, hecho común en la mayoría de países. En Tamaulipas, las mujeres viven en promedio 6 años más que los hombres. Estudios

realizados por la UNAM señalan la influencia de la alza en las tasas de mortalidad por homicidios como un factor que influencia el decremento en la esperanza de vida.

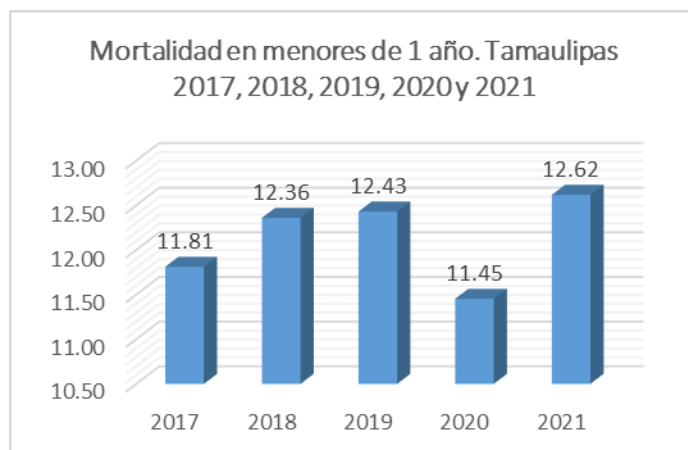
De acuerdo a las proyecciones de CONAPO, la esperanza de vida total incrementará dos años al 2027 y al 2030 la ganancia será de 2.43 años. En hombres se aprecia un incremento mayor, ya que al año 2030 se alcanzarán hasta 3.1 años más, las mujeres en este periodo incrementarán 1.78 años. Se aprecia que la brecha entre hombres y mujeres disminuye de 5.7 a 4.4 años entre 2013 y 2030.

En este sentido, diferentes estudios de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) ponen de manifiesto que este punto de inflexión en la evolución de la tasa de mortalidad ha sido debido al incremento de los homicidios en México, que ha afectado en mayor medida a los hombres de entre 15 y 50 años, así como a las zonas del norte del país con mayor violencia asociada.



8.3 Mortalidad infantil.

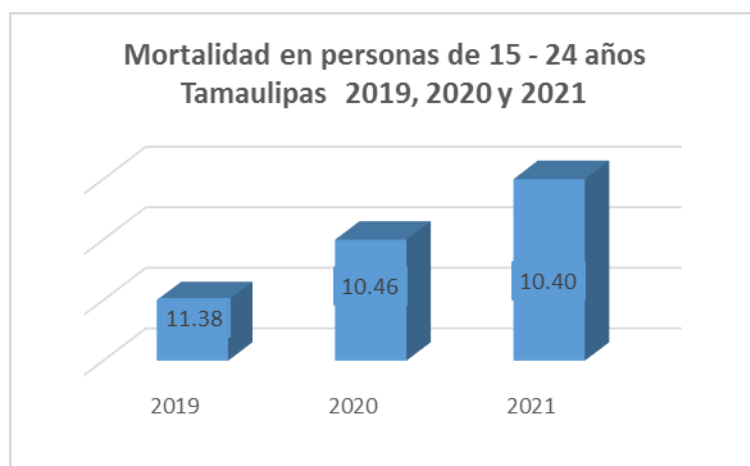
La mortalidad infantil es un indicador que refleja las condiciones de vida de la población y permite establecer comparaciones en el ámbito estatal, nacional e internacional. La mortalidad infantil de menores de un año en el año 2021 se registró 581 defunciones en este grupo de edad lo que corresponde a una tasa de 12.62 nacidos vivos en el año.



Nota: Tasa por cada 1000 nacidos vivos

Fuente: B.D. Cierres 2017 -2020 Fuente 2021: B.D. Preliminar CUBOS DGIS

Mortalidad de adolescentes y jóvenes.

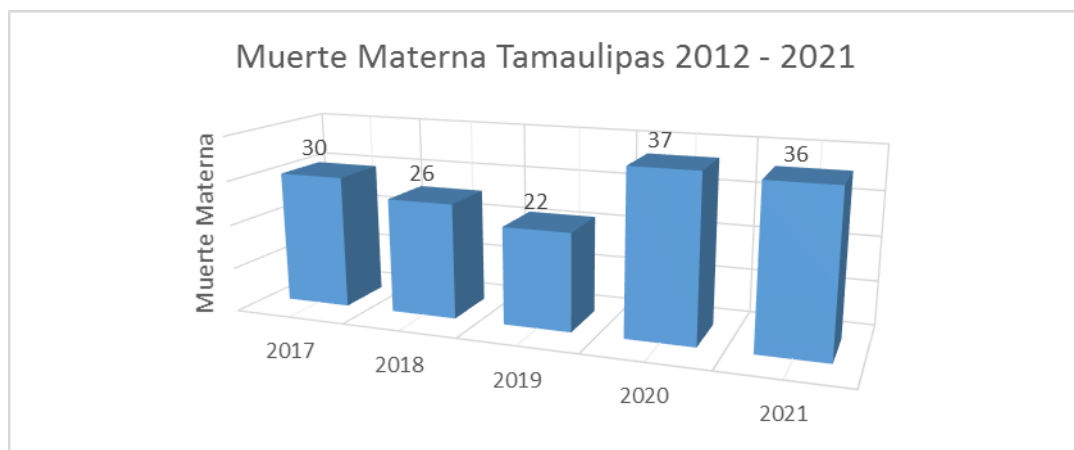


Fuente: Cubos Dinámicos INEGI/SS

La mortalidad en el grupo de las y los adolescentes y jóvenes en el 2021 es de 636 defunciones registradas lo que representa presenta una tendencia descendente, en números absolutos pasó de 11.38 en el 2019 a 10.40 defunciones por 10,000 decesos de Jóvenes de 15 a 24 años en el periodo 2019 - 2021.

8.4 Mortalidad materna.

La mortalidad materna fue de 36 casos comprendido en el periodo del 2021 presentó una tendencia ligeramente descendente con tasas de 78.17 por cada 100 000 nacidos vivos, así como en el 2017 se ha incrementado la tasa a 36.0 en este año rebasando nuevamente a la media nacional que es de 34.0.



Fuente: Cubos Dinámicos INEGI/SS

En el 2021 tuvo un ligero descenso los casos de muertes maternas por causas indirectas, debido a que las mujeres que se embarazaron cuentan con una patología de base y esta tendencia se mantuvo así en el 2017 con 30 casos, en comparación con años anteriores de las causas de defunción eran causas directas.

9 Cobertura

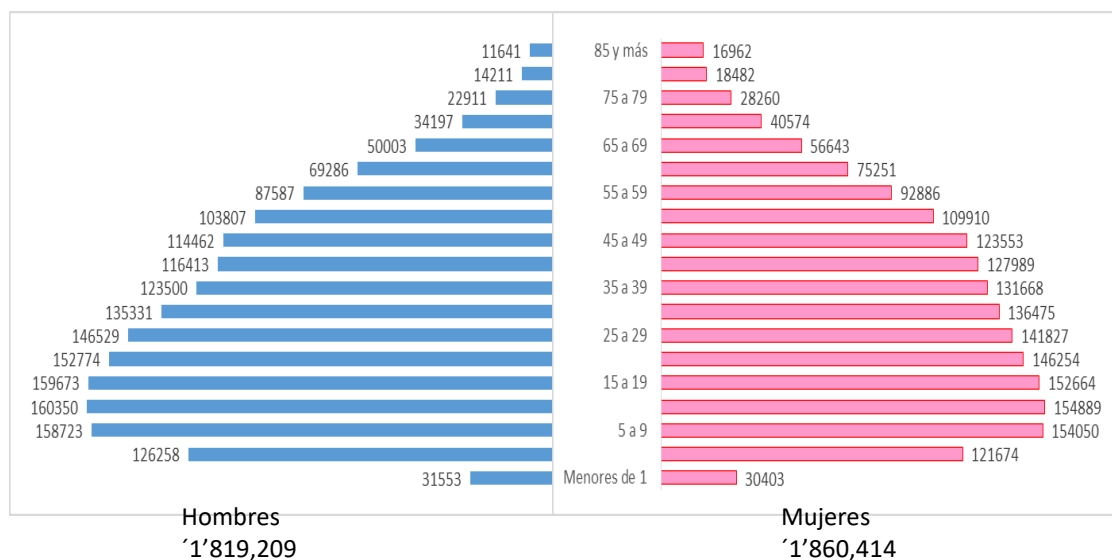
9.1 Identificación y caracterización de la población potencial

La población potencial es toda la población que acuda a los Servicios de salud de Tamaulipas, eso significa que toda la población del Estado es potencialmente susceptible de ser atendida en las unidades de salud.

La cobertura en salud de la población, considera las instituciones de seguridad social siguientes: Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, Servicios de Salud de PEMEX, Servicios de Salud de la Secretaría de la Defensa, SEDENA, y Servicios de Salud de la Secretaría de Marina, SEMAR. Por su parte las dependencias que atienden a la población sin seguridad social son: IMSS-Bienestar, y los Servicios Estatales de Salud, SST.

Para el 2021 la estructura de la población por grupo quinquenal de edad y sexo de acuerdo a CONAPO, para conformar la pirámide de población, es la siguiente:

**Estructura Poblacional del Estado de
Tamaulipas 2021 CONAPO**
Población total 3'679,623



Fuente: CONAPO. Dirección General de Información en Salud. SSA

Se señala el predominio del sexo femenino es evidente el proceso de transición demográfica, la población, actualmente es sólo por ciento, en tanto que la mayor de 65 años ha crecido.

Razón Mujer: Hombre:

Se observa que en los rangos de edad menores, la razón mujer: hombre es igual a partir de los 15 a 24 años se inicia la inversión aumentando la razón mujer: y a partir de los 25 años en adelante, la razón mujer: hombre pasa a ser menor. En mayores de 65 años existen 1.2 mujeres por cada hombre, siendo esta la razón M: más alta de todos los rangos de edad. Tabla 4.

Tabla 4.- Población por sexo, según grupos programáticos de edad. Tamaulipas 2021

Grupos programáticos de edad	Población		
	Hombres	Mujeres	total
Menores de 1 año	31,553	30,403	61,956
1 a 4 años	126,258	121,674	247,932
5 a 14	319,073	398,918	628,012
15 a 24	312,447	298,918	611,365
25 a 44	521,773	537,959	1,059,732
45 a 64	375,142	401,600	776,742
> 65 años	132,963	160,921	293,884
	1,819,209	1,860,414	3,679,623

Fuente: CONAPO. 2021

El crecimiento según la población por grupos específicos de edad y sexo en los años 2021, La mayor parte de los grupos etáreos muestran crecimiento.

Tabla 5.- Crecimiento de la población por grupos etáreos programáticos.

Tamaulipas 2010-2021

Grupo etario	2010	2015	2019	2020	2021	% variación
< 1 año	61.925	61.45	61.435	62,295	61,956	0.05
1-4 años	259.524	245.326	243.892	249,582	247,932	6.21
5 a 14	446.174	636.167	626.282	630,841	628,012	28.95
15 a 24	584.389	610.015	621.722	609,755	611,365	4.41
25 a 44	1.042.391	1.080.888	1.104.263	1,055,724	1,059,732	1.63
45 a 64	552.461	668.586	762.326	759,620	776,742	28.87
> 65 años	203.441	240.934	278.916	282,785	293,884	30.77
Total	3.150.305	3.543.366	3.698.836	3,650,602	3,679,623	16.12
Edad fértil	924.196	975.602	1.003.280	1,112,310	960,430	3.77

FUENTE: CONAPO 2020

Población con y sin derechohabiencia

Tabla 6.- Población según condición de derechohabiencia.

Tamaulipas 2010 - 2020

Año	Población total	Con seguridad social	Porcentaje	Sin seguridad social	Porcentaje
2010	3,334,664	1,826,962	54.79	1,507,702	45.21
2011	3,376,515	1,851,692	54.84	1,524,823	45.16
2012	3,419,338	1,877,041	54.89	1,542,297	45.11
2013	3,461,336	1,905,725	55.06	1,555,611	44.94
2014	3,502,721	1,926,756	55.01	1,575,965	44.99
2015	3,543,366	1,951,212	55.07	1,592,154	44.93
2016	3,583,295	1,976,023	55.15	1,607,271	44.85
2017	3,622,605	1,999,766	55.2	1,622,839	44.8
2018	3,661,162	2,023,132	55.26	1,638,030	44.74
2019	3,620,910	2,036,199	56.23	1,584,711	43.77
2020	3,650,602	2,055,487	56.30	1,595,105	43.70
2021	3,679,623	2,074,481	56.37	1,605,142	43.63

Fuente: CONAPO. Proyecciones de la Población 2010-2030. SS. DGIS. Desagregación por grupo de edad quinquenal y sexo 2010-2030

En el año 2021 la CONAPO proyectó 3, 679,623 habitantes, de ellos 2, 074,481 el 56.37 por ciento correspondían a población con seguridad social y 1´605,142 el 43.63 por ciento no disponían de seguridad social, no obstante la mayor parte de estos últimos estaban afiliados al Sistema de Protección Social en Salud. Tabla 6.

La Ley General de Salud define la población a la que van dirigidos los apoyos como “las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud”. Por lo tanto, los recursos son trasferidos a los servicios de salud que atienden a la población abierta en el Estado de Tamaulipas, que con base en las proyecciones de la población de la CONAPO presentadas para el año 2021 se tiene un estimado de 1,605,142 habitantes sin seguridad social.

Por lo tanto, la población objetivo del programa es este grupo poblacional con las características antes descritas: sin derechohabiencia o sin seguridad social. Para el año 2021 la distribución por institución del sector salud fue la siguiente:

**Población según institución de derechohabiencia,
Tamaulipas 2021**

Institución	Población	Porcentaje
Con derechohabiencia	2,074,481	56.37
IMSS	1,573,634	75.85
ISSSTE	391,744	18.88
PEMEX, SEDENA, SEMAR	109,103	5.27
Sin derechohabiencia	1,605,142	43.63
TOTAL	3,679,623	100

Fuente: CONAPO. Proyecciones de la Población 2010-2030. SS. DGIS

Los datos de población, del 2021, según la condición de derechohabiencia en las Jurisdicciones Sanitarias, Tabla 7.

Tabla 7.- Población según derechohabiencia y jurisdicción sanitaria. Tamaulipas. 2021			
Jurisdicción Sanitaria	Con derechohabiencia	Sin derechohabiencia	Total
	Habitantes	Habitantes	Habitantes
I. Victoria	239,878	198,718	438,596
II. Tampico	324,785	204,827	529,612
III. Matamoros	324,464	216,060	540,524
IV. Reynosa	450,028	285,790	735,818
V. Nuevo Laredo	256,151	171,208	427,359
VI. Mante	106,117	80,550	186,667
VII. San Fernando	18,417	52,821	71,238
VIII. Jaumave	18,814	41,446	60,260
IX. Miguel Alemán	30,261	41,849	72,110
X. Valle Hermoso	108,461	91,549	200,010
XI. Padilla	20,840	54,573	75,413
XII. Altamira	186,302	155,714	342,016
Estado	2,084,518	1,595,105	3,679,623

Fuente: CONAPO. Proyecciones de la Población 2010-2030. SS. DGIS.

9.2 Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo

Los subprogramas que integran la E081, dirigen sus acciones a grupos poblacionales específicos y en la tabla siguiente se muestra la población sin seguridad social, del 2020, distribuida por sexo y grupo etario. Tabla 8.

**Tabla 8.- Población por sexo, según grupos programáticos de edad.
Sin seguridad Social, Tamaulipas 2021**

Grupos programáticos de edad	Población		
	Hombres	Mujeres	Total
Menores de 1 año	15,887	15,274	31,161
1 a 4 años	61,830	59,238	121,068
5 a 14	151,191	148,403	299,594
15 a 24	155,769	148,493	304,262
25 a 44	234,628	232,446	467,074
45 a 64	143,787	136,488	280,275
> 65 años	46,614	55,094	101,708
Total	809,706	795,436	1,605,142

9.3 Frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo

La información de la población es generada por la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO) la cual tiene entre sus responsabilidades, como establece el artículo 37, fracción II, del reglamento de la ley general de población, analizar, evaluar, sistematizar y producir información sobre los fenómenos demográficos, así como elaborar proyecciones de población.

La población por condición de derechohabiencia se estima en la Dirección General de Información en Salud usando como base la información generada por el CONAPO, además de la información de los Censos de Población y Vivienda. La publicación tiene como base el numeral 8.2.9 de la NOM-035-SSA3-2012. Y se genera por grupos de edad quinquenal los datos publicados por el CONAPO en grandes grupos, para facilitar en los estados la planeación estratégica. Por tal motivo, la frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo es anual a partir de las características antes referidas.

10. Análisis de alternativas FODA.

En el Diagnóstico de Salud 2020, se plasman las oportunidades y amenazas encontradas para los Servicios de Salud de Tamaulipas, las cuales se desglosan a continuación: Análisis de FODA

10.1 FORTALEZAS

- Se dispone de equipo estatal de acreditación, apoyo informático y administrativo, 12 coordinaciones jurisdiccionales, 5 responsables de acreditación en hospitales con personal capacitado y recursos para operación
- Se cuenta con 2 unidades de alta especialidad. Personal Médico altamente capacitado. Equipo de última generación. Disminución de la Mortalidad, general, materna y perinatal
- Infraestructura hospitalaria adecuada. Actitud del personal atenta. Planes y programas de fortalecimiento de la capacidad resolutive
- Las auxiliares de salud se radican en comunidades rurales o de difícil acceso, lo cual nos permite contar con apoyo permanente de acciones básicas de salud en dichas comunidades las cuales son supervisadas regularmente.
- Se dispone de Responsables de Calidad en cada una de las Jurisdicciones Sanitarias y Hospital de la Entidad. Lineamientos establecidos; plataformas web de registro, consulta de resultados y comparación referencial
- Se dispone de: personal profesionalizado y actualizado para evaluar los servicios a autorizar, un padrón de servicios y la vigencia de actualización de los mismos, instrumentos legales necesarios y asesorías por medio de la Dirección de Evaluación y Autorización Sanitaria.
- Se dispone de personal operativo y jurisdiccional encargado de implementar las estrategias del Programa en la mayoría de las unidades.
- Contacto permanente, supervisión y asesoría en las unidades médicas de la Secretaría de Salud de los recursos humanos en formación para los programas de Internado de Pregrado, Servicio Social de Medicina, Odontología, Carreras Afines y Residencias Medicas. Jefes de Enseñanza en Hospitales sedes formadoras. Realizar la investigación de los problemas más importantes de salud que afectan nuestra población
- Se cuenta con recurso humano gerencial, así como materiales y equipos destinados a cada una de las jurisdicciones sanitarias
- El gobierno del estado prioriza la salud materna y aporta anualmente recurso financiero para el establecimiento del Plan Emergente para la Disminución de la Muerte Materna. Se fortalece la plantilla de personal especializado en unidades hospitalarias, se implementan los módulos mater en las jurisdicciones sanitarias. Se capacita al personal médico y de enfermería en emergencia

obstétrica en las jurisdicciones sanitarias, censos de embarazadas en centros de salud y hospitales, instalación de código oro en todos los hospitales del estado, equipamiento de ultrasonidos, cardiotocografos, aspirador manual de vaciamiento uterino, balón de bakri, búsqueda intencionada de mujeres embarazadas y línea de emergencia 800 MATERNA.

- Se dispone de 45 servicios amigables con atención en servicios de salud reproductiva a los adolescentes; con personal de salud capacitado. Promotores juveniles en servicios amigables realizando actividades preventivas en comunidad con sus pares, presupuesto estatal.
- Se cuenta con el servicio de tamiz metabólico en todas las unidades hospitalarias, con equipo multidisciplinario de personal comprometido para el diagnóstico, seguimiento y atención de los casos sospechosos
- Programa prioritario alineado al Plan Nacional y Estatal de Desarrollo y en los programas sectoriales de salud nacional y estatal. Norma Oficial Mexicana (NOM) y Manual de procedimientos actualizado. Capacitación constante al personal operativo. Se dispone de biológicos e insumos suficientes para el cumplimiento de las metas. Supervisión permanente a nivel jurisdiccional y periódico a nivel estatal.

10.2 OPORTUNIDADES

- Participa personal del área de acreditación en otras entidades en procesos de evaluación y experiencias de desarrollo
- Atención médica a grupos vulnerables y padecimientos de alta complejidad. Disminución de traslados a otros estados. Amplia coordinación interinstitucional
- Atención médica a grupos vulnerables y padecimientos de alta complejidad. Disminución de la mortalidad hospitalaria general, materna y perinatal
- Se dispone de lineamientos y programas específicos, recursos para su desempeño. Cuenta con una matriz de indicadores que se evalúan mensualmente
- Asesoría de la DGCES de cada uno de los temas prioritarios y en el uso de sus herramientas
- Buena comunicación con propietarios, empresarios y asociaciones civiles de prestadores de servicios, usuarios de autorización sanitaria, con personal regulador. Se informan los requisitos de la Ley que se deben atender
- Se tiene participación de los comités de salud, se capacitan, forman y empodera a población como agentes y procuradoras de salud. Participación de los diferentes sectores y niveles de gobierno
- Trabajo conjunto con las Universidades para la formación de médicos de pregrado, pasantes de servicio social de medicina, odontología, carreras afines, posgrado e investigación. Convenios de colaboración con Universidades y Unidades Hospitalarias de otros Estados.
- El personal fortalece las capacidades mediante las reuniones, talleres y capacitaciones con participación interinstitucional
- Participación de autoridades locales en apoyo a emergencia obstétrica. Se dispone del Comité

Interinstitucional de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal con amplia participación con instituciones del sector. Redes Sociales apoyan en emergencias obstétricas.

- Buena coordinación sectorial; coordinación con Secretaría de Educación, con apertura para brindar capacitación en salud sexual reproductiva a adolescentes, SSRA; aceptación social para abordar temas de SSRA; afluencia creciente de adolescentes a las unidades de salud.
- Estrategia preventiva bien posicionada en la comunidad, coordinada con el Sector Salud y Privado, con sustento en la NOM 007 y la NOM 031 SSA2 1999
- Participación intersectorial en el Consejo Estatal de Vacunación (COEVA) y Consejos Jurisdiccionales de Vacunación (COJUVA). Acuerdo con las instituciones del sector para la Distribución de Población por Responsabilidad Institucional (DPRI), así como de áreas de influencia. Coordinación con la Secretaría de Educación para acceder a población escolar. Participación de autoridades locales en las campañas intensivas.

10.3 DEBILIDADES

- La acreditación se limita por falta de enfermeras en unidades médicas y el no apego al mantenimiento preventivo de equipo médico, falta de conservación y mantenimiento de las unidades
- Falta de recurso humano de alta especialidad. Enfermería de alta especialidad. Se carece de una Red de ambulancias apropiada para traslados
- Falta de recurso humano de alta especialidad y enfermería especializada. Se carece de una Red de ambulancias apropiada para traslados
- El Sistema de información en salud es limitado para la evaluación integral
- Elevada rotación de recurso humano asignado como responsable de calidad en las unidades médicas, recurso humano con formación y nivel académico heterogéneo, falta de equipo de cómputo y conexión a internet
- Falta de homologación de criterios para asesoría al personal de la COEPRIS en las 12 Coordinaciones Jurisdiccionales. Tiempos excedidos para la entrega de oficios de prevención a los usuarios por parte de las Coordinaciones Jurisdiccionales
- Falta personal jurisdiccional y en centros de salud lo cual limita las acciones en campo del programa. Carencia de internet para captura de datos en las plataformas oficiales. Falta recurso financiero para gastos de operación. Capacitación a personal de Promoción de la Salud. Supervisión limitada por falta de vehículos
- Faltan recursos para la supervisión, capacitación en servicio, formación docente e inventiva para profesores titulares y adscritos
- Falta personal operativo capacitado inherente al programa Diabetes en las unidades médicas. Insuficiente abasto de medicamentos de cuadro básico para tratamiento de la Diabetes. Falta de

actitud proactiva del personal de salud hacia los pacientes.

- Inicio de control prenatal tardío, falta de referencia y contrarreferencias oportuna, no existe en todas las unidades la consulta pre gestacional, falta de seguimiento en el puerperio, falta de personal en hospitales para cubrir todos los turnos (ginecólogos, internistas, anestesiólogos, etc.) TRIAGE no funciona en todos los turnos por falta de personal, personal de enfermería insuficiente en hospitales. Falta de Tomografía Axial Computarizada.

- Recursos financieros para el programa limitados; poco compromiso de autoridades jurisdiccionales para apoyar a los Servicios Amigables; equipo multidisciplinario incompleto en algunos servicios amigables y cambio de personal capacitado en los Servicios Amigables; insuficiente promoción de los derechos sexuales y reproductivos del adolescente.

- Múltiples cambios o rotación del personal operativo alteran los procesos y ocasionan inoportunidad del diagnóstico y tratamiento. Insuficientes recursos para la operación del programa evita la cobertura completa y oportuna de recién nacidos para la atención de sus complicaciones y secuelas

- No se cuenta con un sistema informático de registro nominal. Falta de actualización de los censos nominales en las unidades de salud. Distribución inoportuna de biológicos e insumos por procesos administrativos lentos. Insuficiente trabajo de campo para la búsqueda de niños pendientes de completar esquemas. Red de frío incompleta, con mantenimiento retrasado, falta de personal de vigilancia en cámaras frías. Rotación de personal capacitado que limita el trabajo de vacunación. Contratos de vacunadores discontinuos.

10.4 AMENAZAS

- Las condiciones de inseguridad propician la falta de especialistas en hospitales, dificultad de acceso a las unidades de salud, personal médico y de enfermería en área rural

- Aumento de la demanda de atención especializada por padecimientos crónicos degenerativos, envejecimiento poblacional, enfermedades oncogénicas y obesidad. Altos niveles de inseguridad.

- Aumento de la demanda de atención especializada por padecimientos crónicos degenerativos, envejecimiento poblacional, enfermedades oncogénicas y obesidad. Altos niveles de inseguridad

- Los recursos para su operación son insuficientes

- Riesgo social que impide la regular operación de las unidades médicas

- Se identifican programas de estudio en el campo de la salud sin validez oficial y estudios de postgrado médico que no cuentan con calidad docente. Hay apatía por el usuario para cumplir con la Ley. Falta de respuesta oportuna por parte de las instituciones educativas federales en materia educativa. Persistencia de usuarios en realizar trámites incompletos.

- La rotación de personal de ayuntamientos que atiende los temas de Promoción de la Salud disminuye impacto. Reducción de presupuesto

- El entorno de inseguridad, rotación de autoridades universitarias, falta de nombramientos a profesores titulares, adscritos y tutores, por las Universidades y escaso apoyo académico a

internos y residentes por las instituciones educativas

- Falta de coordinación de autoridades y/o comunitaria para impulsar acciones innovadoras en materia de prevención y promoción de la salud. Incremento de la difusión en medios masivos para el consumo de alimentos de alto contenido de azúcar.
- Faltan mecanismos seguros y oportunos para identificar y apoyar la urgencia obstétrica en áreas rurales. Incorporación limitada de hospitales privados a las acciones para evitar muerte materna. Incremento en el embarazo de alto riesgo con tendencia ascendentes de las enfermedades hipertensivas y mayor número de mujeres con embarazos no planeados.
- Inicio de vida sexual a edades tempranas; prácticas sexuales de riesgo sin protección; violencia en el noviazgo; falta de habilidades de las adolescentes para negociar con su pareja el uso de condón y/o anticonceptivos, no involucramiento o nula participación del varón en la adopción de método anticonceptivo.
- Dificultad para los recién nacidos de zona rural se trasladen posterior al nacimiento a los hospitales para su tamizaje por las dificultades en su movilización y la inseguridad
- Reemergencia de casos de enfermedades prevenibles por vacunación. Diferentes lineamientos de cada institución del sector salud. Situación de inseguridad que limita las actividades en campo. Grupos detractores antivacunas en redes sociales que influyen en la población. Falta de conciencia de algunos padres de familia en acciones de vacunación. Desabasto de biológicos en el mercado.

11.- Diseño del Programa

11.1 Diseño y Modalidad

Los servicios, intervenciones y/o acciones que se brindan en los SST, son financiados por diferentes Fondos, los cuales al igual que su evaluación y monitoreo, tienen intervenciones muy específicas y que la mayoría son compartidas o sinérgicas, y estas se ofrecen a la población, a través de las unidades médicas que conforman la red de atención (Centros de Salud, Hospitales, Unidades móviles, etc.) y a las diversas unidades administrativas de apoyo. Mención aparte tiene el Fondo de AFASPE y FASSA, que si bien no tienen intervenciones específicas de atención al usuario, si financian la operación de los programas de prevención y promoción a la salud, mediante la adquisición de insumos, material y equipo, incluso recurso humano.

Las intervenciones van encaminadas a mejorar la atención y prevención de los problemas de salubridad más importantes en el estado, además de dar seguimiento a las líneas de acción, apartado salud, contenidas en el PED 2016-2022.

11.2 Salud

11.2.1 Líneas de acción:

- 11.2.1.1 Ampliar la cobertura de servicios de salud pública para atender a toda la población, a fin de garantizar el bienestar de las familias tamaulipecas.
- 11.2.1.2 Diseñar e implementar políticas públicas en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades, para que los tamaulipecos tengan una nueva cultura en materia de salubridad.
- 11.2.1.3 Instrumentar modelos eficientes de atención a la salud que consideren la innovación científica para ofrecer a servicios de alta calidad con tecnología de punta.
- 11.2.1.4 Aplicar programas de capacitación continua para el personal de las instituciones del sector salud con funciones médicas, paramédicas y afines.
- 11.2.1.5 Organizar brigadas médicas en comunidades con carencias e insuficiencias en los servicios de salud.
- 11.2.1.6 Implementar campañas de vacunación para disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas y prevenir epidemias, pandemias y pandemias.
- 11.2.1.7 Establecer acciones preventivas para disminuir los casos de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en niños.
- 11.2.1.8 Instrumentar acciones en materia de salud materna y perinatal.
- 11.2.1.9 Ejecutar un programa intensivo para que todas las mujeres puedan contar con el acceso a servicios de salud que les permitan prevenir, detectar y atender de manera temprana el cáncer cervicouterino y mamario.
- 11.2.1.10 Lograr la cooperación de las instituciones del sector salud y el sector privado para desarrollar una estrategia estatal enfocada en la prevención y control del sobrepeso, la obesidad, la diabetes mellitus y los problemas cardiovasculares.
- 11.2.1.11 Diseñar y aplicar una política pública de prevención y atención de infecciones por VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- 11.2.1.12 Implementar estrategias de impacto para incidir en la disminución de adicciones y la aplicación de campañas de concientización para evitar el abuso en el consumo de alcohol, tabaco, drogas ilegales y medicamentos no prescritos.
- 11.2.1.13 Fortalecer los programas para la prevención, atención y erradicación de problemas psicoemocionales, especialmente para las víctimas de violencia.
- 11.2.1.14 Elaborar el diagnóstico y diseño de un plan integral y permanente para la prevención y atención del embarazo adolescente.
- 11.2.1.15 Elaborar un estudio de factibilidad para determinar la viabilidad y pertinencia de establecer la Ciudad de la Salud en Reynosa.
- 11.2.1.16 Rediseñar e implementar un programa emergente de atención a la salud mental, considerando a las enfermedades mentales como factores de riesgo que provocan discapacidad.
- 11.2.1.17 Impulsar un programa de atención de riesgos específicos de la frontera norte y promover acciones binacionales de atención a la salud con enfoque regional (México-Texas).

Etapas de la intervención

Si bien es cierto que en cualquier unidad de salud se brindan los servicios a la población, no todas ofrecen los mismos servicios, debido a su naturaleza o vocación por las cuales fueron creadas; tradicionalmente se dividen en tres niveles los tipos de atención a la población, y están divididas de esta forma por la complejidad de su infraestructura (física y recurso humano)

12. Niveles de atención

El Primer Nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, Centros de Salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

En el Segundo Nivel de atención se ubican los Hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población. En los Servicios de Salud de Tamaulipas están incluidos en este grupo los Hospitales Integrales, Civiles y Generales.

El Tercer Nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él, en este caso nuestro ámbito estatal. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Infantil de Tamaulipas, el Psiquiátrico de Tampico y el Regional de Alta Especialidad de Victoria, que no solo ofrecen sus servicios a la población de la entidad, sino también, a los estados vecinos como Veracruz, San Luis Potosí y Nuevo León.

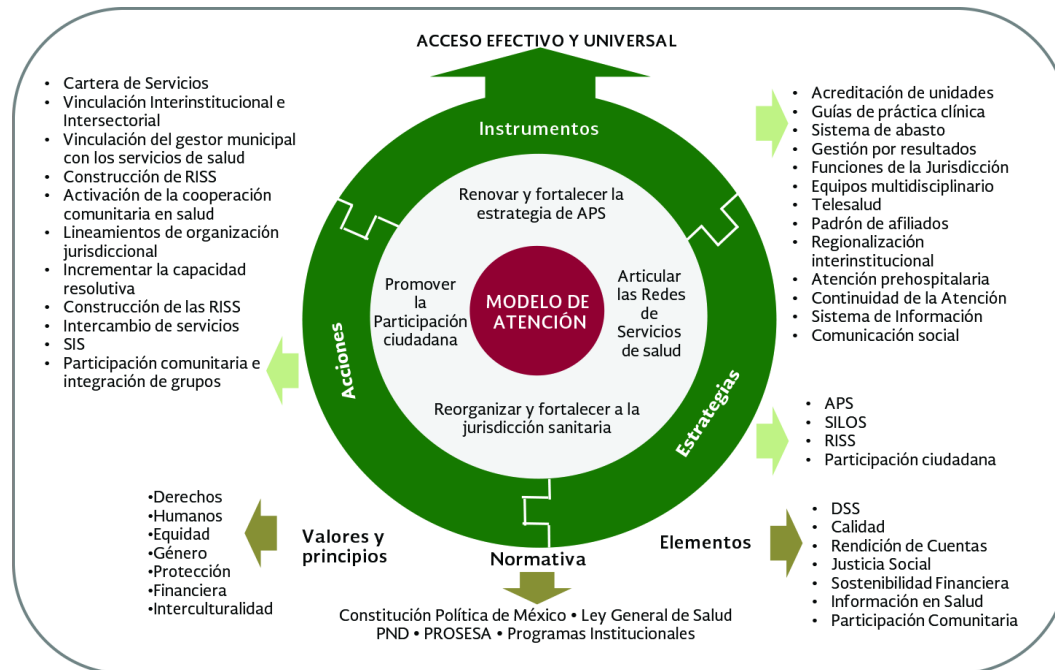
La infraestructura con la que cuenta los Servicios de Salud de Tamaulipas, para otorgar la atención a la población abierta o sin seguridad social, esta resumida en la tabla del Directorio CLUES, se tienen 298 centros de salud, rurales y urbanos; 10 unidades médicas móviles; 15 Hospitales de segundo nivel y 10 hospitales de especialidad.

JURISDICCIÓN	TIPO DE UNIDAD MÉDICA											TOTAL DE UNIDADES MÉDICAS
	HOSPITALES			DE CONSULTA EXTERNA					OTRAS			
	DE ESPECIALIDAD	GENERALES	INTEGRAL O DE LA COMUNIDA	CESSA'S	CENTROS DE SALUD URBANOS	CENTROS DE SALUD RURALES	CASAS DE SALUD	UNIDADES MÓVILES	CLINICAS DE ESPECIALIDAD	CAIRRS	UNEMES	
JUR 01 VICTORIA	2	3	0	0	21	19	0	3	2	1	7	58
JUR 02 TAMPICO	2	2	0	0	19	0	0	0	0	1	6	30
JUR 03 MATAMOROS	1	1	0	0	33	13	0	1	1	1	4	55
JUR 04 REYNOSA	2	2	0	0	21	8	0	0	2	0	4	39
JUR 05 NUEVO LAREDO	1	2	0	0	15	0	0	0	2	1	5	26
JUR 06 MANTE	1	1	0	0	14	13	0	1	0	1	1	32
JUR 07 SAN FERNANDO	0	1	0	0	12	13	0	0	0	1	1	28
JUR 08 JAUMAVE	0	0	0	1	5	13	0	2	0	0	1	22
JUR 09 MIGUEL ALEMAN	0	0	0	2	7	4	0	0	0	1	1	15
JUR 10 VALLE HERMOSO	0	2	0	0	12	9	0	0	0	1	2	26
JUR 11 PADILLA	0	0	1	0	7	15	0	3	0	0	1	27
JUR 12 ALTAMIRA	1	1	1	1	14	11	0	0	0	0	1	30
TOTALES:	10	15	2	4	180	118	0	10	7	8	34	388

12.1 Modelo de Atención Integral de Salud

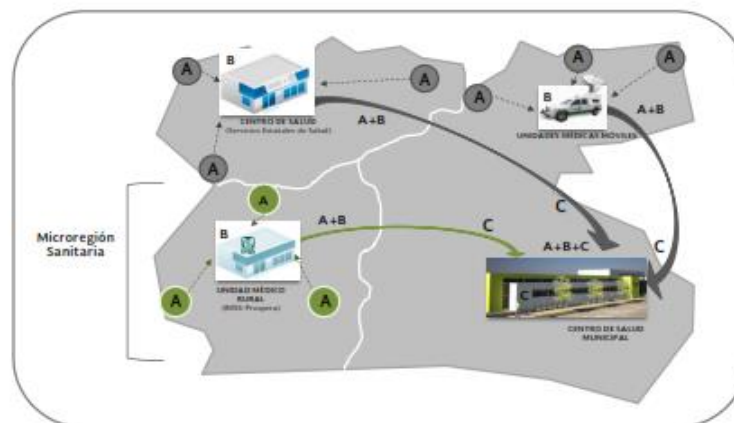
El diseño, implementación e institucionalización del Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) se basa en la Renovación de la APS, definida inicialmente en Alma Ata en 1978, la cual se entiende como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación . La APS, reconocida desde entonces como uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo, se renueva en el año 2007 para consolidar y mantener los logros alcanzados, y enfrentar los nuevos desafíos y compromisos en materia de salud y desarrollo del siglo XXI.

Marco conceptual del MAI

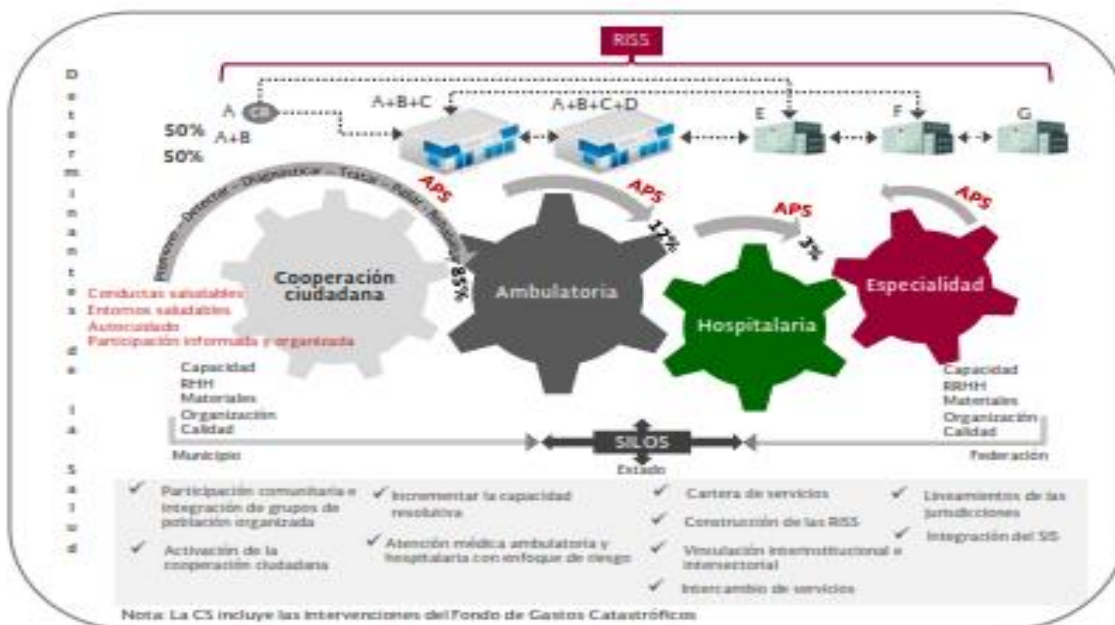


La interacción de las diferentes unidades de salud que componen la red de los Servicios de Salud de Tamaulipas, está esquematizada en las siguientes figuras.

SISTEMAS MUNICIPALES –MICROREGIONES DE SALUD



ÓRDENES DE GOBIERNO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS



El escalonamiento de los servicios de salud otorgaría un paquete de servicios, denominado: un grupo “A” de intervenciones de la cartera de servicios en las localidades satélites y garantiza un paquete de servicios grupo “B” en las unidades de salud ubicadas en las sedes micro regionales. Los servicios de salud deben ir más allá de garantizar servicios de atención médico terapéutica a personas en los espacios municipales-micro regionales, donde también ofrecen servicios de salud pública y de protección contra riesgos sanitarios denominados servicios a la comunidad, varios de ellos ligados directamente al catálogo de servicios del sistema de protección social en salud. Son los espacios municipales-micro regionales los sitios de la confluencia técnica de la atención médica, la salud pública y la protección contra riesgos sanitarios.

El segundo subnivel, de los sistemas municipales-micro regionales serán los Centros de Salud municipales que ofrecerán con mayor capacidad en infraestructura, equipamiento y personal de salud un grupo “C” de intervenciones de la cartera de servicios. En la lógica de escalonamiento de las intervenciones, los sistemas municipales-micro regionales se articularán en sistemas regionales ofreciendo un grupo de intervenciones del catálogo de servicios, paquete D, incorporando atención hospitalaria en los hospitales básicos comunitarios de los Servicios Estatales de Salud.

El otro sistema/subsistema en la lógica del escalonamiento de los servicios médicos del sistema de protección social, hablaríamos de tres subsistemas: primero, el de hospitales generales que atenderían el grupo “E” de intervenciones; segundo, el de los hospitales de alta especialidad que ofrecería el grupo “F”; y tercero, los institutos nacionales de salud que cubrirían el grupo “G” de la cartera de servicios. Estos tres subsistemas tendrían relativa autonomía financiera para recibir

recursos económicos mediante el sistema de pago por eventos. Las estructuras jurisdiccionales y estatales asumirían las funciones de rectoría y financiamiento

12.2 Padrón de beneficiarios

Como se comentó en el apartado de población objetivo, los beneficiarios son los denominados sin Seguridad Social o población abierta, que incluye a cualquier habitante del Estado que reúna dicha característica, por tal motivo es muy complicado contar con un padrón nominal de todos ellos. Sin embargo, las unidades aplicativas tienen un sistema de registro interno para cada uno de los pacientes atendidos (expediente clínico, hoja de egreso, etc.), así como el registro de los grupos prioritarios a los que van dirigidos las acciones, como en el caso de las embarazadas, los menores de 5 años en vacunación, los pacientes hipertensos, los diabéticos, etc. Se cuenta con el proceso de depuración y actualización acorde a la normatividad vigente del expediente clínico.

La depuración de los registros (expedientes, beneficiarios) de los pacientes se lleva a cabo con base a lo establecido por cada uno de los programas vigentes de la Secretaría de Salud. Para ello se puede consultar la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO donde se detallan los aspectos más relevantes de la elaboración, llenado, actualización, resguardo y depuración.

12.3 Matriz de indicadores

Integrar una Matriz de Indicadores de Resultado (MIR) para los Servicios de Salud de Tamaulipas, fue complejo, debido a que ya existen las MIR de los Fondos que financian las acciones y actividades que se brindan en la red de servicios; sin embargo, se realizó un ejercicio aplicando la Metodología de Marco Lógico y se logró establecer una para el Programa E081 Servicios de Salud de Tamaulipas, en ese trabajo se contempló la perspectiva de género, incluyendo indicadores bajo ese eje transversal para la igualdad entre hombres y mujeres; logrando la propuesta de MIR para 2020 que se desglosa a continuación:

MATRIZ DE INDICADORES (MIR) E081 2021

Nivel jerárquico	Resumen narrativo	Indicador Nombre	Medio de verificación	Supuestos
Fin	Contribuir a restablecer la paz mediante la atención y prevención de los factores de riesgo y proporcionar las oportunidades para alcanzar la vida plena, otorgados a la población sin seguridad social en el marco de un sistema de salud consolidado con un enfoque universal, equitativo, eficiente, participativo y solidario.	Esperanza de vida al nacimiento.	https://www.gob.mx/conapo/documentos/cuadernillos-estatales-de-las-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050-208243?idiom=es	Sin presencia de eventos epidemiológicos no controlables.
Propósito	La población sin seguridad social del Estado cuenta con acceso a servicios de atención médica de profesionales de la salud, para prevenir y atender los daños a su salud, que les permite incrementar la esperanza de vida.	Cobertura de atención en población sin seguridad social:	Subsistema de prestación de servicios (SIS). Dirección General de Información en Salud. SSA. Estimaciones de población con y sin seguridad social de la Dirección General de Información en Salud. SSA. CONAPO.	La población sin seguridad social decide asistirse en las Unidades de la Secretaría de Salud.
Componente 1	Servicios de promoción y protección de la salud son otorgados a los tamaulipecos sin seguridad social, mediante vínculos formales con la comunidad, con la integración y organización de comités de salud para fomentar la corresponsabilidad social y participación para lograr conductas y entornos saludables y toma de decisiones.	Porcentaje de comités de salud activos	Subsistema de prestación de servicios (SIS). Dirección General de Información en Salud. SSA. Registros de la Dirección de Promoción a la Salud. SST.	Los usuarios voluntarios quieren integrarse y mantenerse activos en los comités de salud.
Actividades 1	Acciones de prevención, promoción y atención a la salud a población y grupos vulnerables son otorgadas en zonas de riesgo de localidades urbanas y rurales mediante equipos multidisciplinarios de salud.	Porcentaje de visitas de equipos itinerantes de salud	Sistema de Información Gerencial y Anexo 6 del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica	Los equipos multidisciplinarios se mantienen integrados y activos.
Actividades 2	Actividades de prevención y protección de los riesgos a la salud que afectan a la población del Estado, mediante acciones de verificación, dictaminación y autorización sanitaria.	Cobertura de regulación sanitaria de establecimientos de servicios de salud.	Base de datos del Departamento de Autorizaciones de licencias Sanitarias. COEPRIS	Los dueños de los establecimientos cumplen con la normatividad sanitaria vigente

Componente 2	Servicios de prevención y protección contra enfermedades prevenibles por vacunación son otorgados con el suministro de inmunógenos para alcanzar la cobertura completa de vacunas en los menores de 8 años de edad sin seguridad social.	Cobertura con esquema completo de vacunación en menores de 8 años de edad, población responsabilidad de la Secretaría de Salud.	Subsistema de prestación de servicios (SIS), y Subsistema de Información sobre Nacimientos SINAC de la Dirección General de Información en Salud. SSA.	Los padres llevan oportunamente a sus hijos a recibir las vacunas que les corresponde
Actividades 3	Actividades de prevención, promoción y atención a la salud de personas recién nacidas para identificar con oportunidad enfermedades congénitas y del metabolismo a fin de establecer su tratamiento con oportunidad y evitar daños y secuelas.	Porcentaje de personas recién nacidas tamizadas para detección oportuna de hipotiroidismo.	Subsistema de prestación de servicios (SIS), y Subsistema de Información sobre Nacimientos SINAC de la Dirección General de Información en Salud. SSA.	Las madres y responsables de personas recién nacidas participan conscientemente de las acciones de detección de riesgos y enfermedades
Actividades 4	Acciones de prevención y atención del embarazo en adolescentes, son otorgadas a población menor de 20 años a fin de lograr su desarrollo y contribuir a disminuir la mortalidad materna por embarazos no planeados en población de riesgo.	Porcentaje de consultas y atenciones en población de 10 a 19 años de edad otorgadas en los Servicios Amigables para Adolescentes. (Eje transversal para la igualdad entre hombres y mujeres)	Subsistema de Información en Salud (SIS-SINBA) Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud	Las jóvenes adolescentes acuden a los servicios amigables para su atención.

Componente 3	Atenciones de consulta de salud reproductiva son otorgados a la población sin seguridad social por capital humano médico de la Secretaría de Salud en unidades médicas de primero y segundo nivel de atención.	Promedio de consultas prenatales por embarazada. (Eje transversal para la igualdad entre hombres y mujeres)	Subsistema de prestación de servicios (SIS), Dirección General de Información en Salud. SSA.	Las mujeres embarazadas sin seguridad social deciden asistir a unidades médicas de la Secretaría de Salud a consulta médica durante su embarazo.
Actividades 5	Actividades de salud pública a la persona, familia, comunidad y su entorno, mediante su atención de consulta general y familiar en unidades médicas de primer nivel y segundo nivel	Médicos generales y familiares por cada 1000 habitantes sin seguridad social.	Subsistema de Información y equipamiento, recursos humanos e infraestructura para la Salud y Estimaciones de población con y sin seguridad social de la Dirección General de Información en Salud. SSA. CONAPO.	El Capital Humano Médico se mantiene laborando.
Actividades 6	Los Servicios de salud del Estado, contribuyen en la formación de médicos especialistas para mantener la cobertura de atención en el segundo y tercer nivel.	Porcentaje ocupacional de becarios en Residencias Médicas	Dirección de Educación en Salud de la Secretaría de Salud de Tamaulipas. Informe de Becarios.	Los médicos residentes no se enfrentan a contingencias personales que afecten la continuidad de sus servicios.
Actividades 7	Detectar el cáncer de mama en mujeres de 40 a 69 años de población sin seguridad social, mediante estudios de mastografía, para su atención oportuna	Porcentaje de mujeres de 40 a 69 años con estudios de mastografías de tamizaje (Eje transversal para la igualdad entre hombres y mujeres)	Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM V4). http://www.sicam.salud.gob.mx/	La población femenina de 40 a 69 años decide realizarse la detección de cáncer mamario, el abasto de insumos es oportuno y el equipo de detección se
Actividades 8	Detectar el cáncer de cuello del útero en mujeres de 25 a 64 años de población sin seguridad social, mediante tamizaje de citologías cervicales y estudios de Virus del Papiloma Humano, para su atención oportuna	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con tamizaje de citología cervical y estudio de Virus del Papiloma Humano- (Eje transversal para la igualdad entre hombres y mujeres)	Sistema de Información de Cáncer de la Mujer (SICAM V4). http://www.sicam.salud.gob.mx/	La población femenina de 25 a 64 años decide realizarse la detección de cáncer de cuello uterino y el abasto de insumos es oportuno.

Actividades 9	Consultas médicas de métodos anticonceptivos permanentes, dispositivos intrauterinos y hormonales, son brindadas a la población en edad reproductiva responsable de la Secretaría de Salud del Estado para evitar embarazo no planeado.	Porcentaje de cumplimiento de consultas de métodos anticonceptivos	Sistema de Información en Salud (SIS) Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud(SINBA) , Programa Anual de Trabajo (PAT) Estimaciones de población con y sin seguridad social de la Dirección General de Información en Salud. SSA. CONAPO.	La población femenina de 15 a 49 años de responsabilidad de la Secretaría de Salud decide adoptar un método anticonceptivo y el abasto de insumos es oportuno.
Actividades 10	Acciones de detección de violencia en el hogar y sexual a mujeres unidas, de 15 años o más mediante la aplicación de la herramienta institucional de detección, a fin de otorgarles atención médica, psicológica y social directa o mediante referencia.	Porcentaje de detección de violencia en mujeres unidas mayores de 15 años	Sistema de Información de Igualdad de Género en Salud SIIGS. Plan de trabajo del Programa.	Las mujeres que acuden a las unidades de salud a quien se aplicará las encuestas deciden participar en el monitoreo.
Componente 4	La población sin seguridad social del estado recibe atención médica especializada en la Red de servicios hospitalarios de segundo y tercer nivel de atención de manera oportuna, integral, accesible y con calidad.	Camas censables por 1000 habitantes sin seguridad social.	Subsistema de Información y equipamiento, recursos humanos e infraestructura para la Salud y Estimaciones de población con y sin seguridad social de la Dirección General de Información en Salud. SSA. CONAPO.	La capacidad instalada hospitalaria, se mantiene funcional, conservada y con recursos adecuados y suficientes.

Actividades 11	Acciones de consulta externa en unidades de primer nivel de atención a población sin seguridad social son otorgados con oportunidad, calidad y accesibilidad	Porcentaje de consultas de medicina general en unidades de primer nivel.	Subsistema de prestación de servicios (SIS), Dirección General de Información en Salud. SSA.	La población sin seguridad social acude a las Unidades Médicas de Primer Nivel de los Servicios de Salud para recibir.
Actividades 12	Acciones de detección y atención de riesgos y daños a la salud son otorgados a población de 20 años o más, sin seguridad social, a fin de identificar enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes, Hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias e hipertrofia prostática)	Porcentaje de detección de enfermedades crónicas no transmisibles en población de 20 años y más de responsabilidad.	Subsistema de prestación de servicios (SIS), y Estimaciones de población con y sin seguridad social de la Dirección General de Información en Salud. SSA. CONAPO.	La población de 20 años y más participa en la detección de la diabetes.
Componente 5	Utilización de la Red de servicios hospitalarios para otorgar atención médica especializada a la población sin seguridad social del Estado, de manera oportuna, integral, accesible y con calidad.	Porcentaje de ocupación hospitalaria.	Subsistema automatizado de Egresos Hospitalarios y Subsistema de Información, de equipamiento, recursos humanos e Infraestructura para la Salud. (SINERHIAS). Dirección General de Información en Salud. SSA	La población sin seguridad social demanda atención hospitalaria oportunamente y las unidades de primer nivel refieren a los pacientes para servicios especializados.
Actividades 13	Acciones de atención médica ambulatoria son brindados a la población tamaulipeca sin seguridad social en la red de servicios de primer nivel de atención.	Porcentaje de satisfacción en trato adecuado y digno en consulta externa de primer nivel	Sistema de la encuesta de satisfacción, trato adecuado y digno. SESTAD. SS. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, DGCES.	Los usuarios de atención médica deciden participar en el monitoreo de satisfacción.
Actividades 14	Otorgamiento de servicios de salud a la población sin seguridad social, en unidades médicas acreditadas para garantizar la cobertura y calidad del Catálogo único de servicios de salud en Tamaulipas	Porcentaje de acreditación de unidades médicas para otorgar servicios incluidos en el CAUSES.	Informe de Resultados del Programa de Acreditación. Dirección de Calidad y Acreditación	La infraestructura no sufre daños ocasionados por contingencias.

Como se mencionó anteriormente, este es un Programa específico para brindar atención en salud para la población sin seguridad social, que el gobierno federal implementa en todas las Entidades Federativas de la república mexicana, cada Estado le da ciertas particularidades o mayor énfasis a una línea estratégica, pero están obligados a ofrecer todos los servicios contenidos en los programas a la población objetivo.

Sin embargo no es el único con este objetivo, existen otros programas si bien no similares, si con algunas acciones comunes, como el IMSS-bienestar, que al igual que este programa opera en la mayoría de los Estados del País. Como se comentó este programa se implementa en las Entidades Federativas, con algunas variantes, pero con las mismas reglas de operación de los distintos programas y acciones que lo integran, regido por las normas oficiales mexicanas, la Ley General de Salud y la Constitución Mexicana.

13.- Presupuesto operativo del programa

La administración, ejercicio y aplicación de las aportaciones federales que se transfieren a las entidades federativas a través del FASSA, financiamiento directo estatal, Convenios Específicos estatales, etc.; se realiza por medio de la Secretaría de Finanzas en las entidades federativas, en conformidad con las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, Ley de Coordinación Fiscal (LCF), Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal en curso, Manual de Organización General de la Secretaría de Salud, entre otros.

En el artículo 29 de la LCF se establece que los estados y el Distrito Federal recibirán los recursos económicos que los apoyen para ejercer las atribuciones en los términos de los artículos 3o., 13 y 18 de la Ley General de Salud, entre las que se encuentran:

- Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad.
- Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero.
- Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.
- Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competan.
- Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes.

El Decreto No. LXIV-283 mediante el cual se expide el Presupuesto de Egresos del Estado

de Tamaulipas, para el ejercicio fiscal 2020, publicado el 17 de diciembre de 2020, señala el desglose de los recursos asignados para el Programa E081 Servicios de Salud de Tamaulipas, el cual es de 6, 204, 627,365.47

Salud	6,204,627,365.47
Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad	6,204,627,365.47
Recreación, Cultura y Otras Manifestaciones Sociales	282,551,998.24
Deporte y Recreación	113,244,116.90
Cultura	147,944,890.96
Radio, Televisión y Editoriales	21,333,021.32
Asuntos Religiosos y Otras Manifestaciones Sociales	29,969.06
Educación	26,366,747,190.19
Educación Básica	18,516,964,311.59
Educación Media Superior	1,048,106,153.21
Educación Superior	4,648,292,648.30
Posgrado	11,264,637.08
Educación para Adultos	158,946,359.82
Otros Servicios Educativos y Actividades Inherentes	1,983,173,080.19
Protección Social	1,242,616,859.49
Edad Avanzada	1,133,918.42
Familia e Hijos	397,917,206.27
Desempleo	56,118.92
Alimentación y Nutrición	624,951,572.34
Otros Grupos Vulnerables	47,384,837.01
Otros de Seguridad Social y Asistencia Social	171,173,206.53
Otros Asuntos Sociales	1,131,193,570.78
Otros Asuntos Sociales	1,131,193,570.78

(Fuente: Periódico Oficial del Estado 17 diciembre 2020)

Sobre este monto que corresponde a los fondos de FASSA y Presupuesto Estatal existen otros fondos que hay que sumar como son AFASPE, convenios, etc. Tabla 9.

Ampliaciones/reducciones presupuestales al cuarto trimestre 2021

FONDO	PRESUPUESTO ORIGINAL	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL
FASSA	3,481,829,183				-14,361,820	3,467,467,363
PRESUPUESTO ESTATAL	2,722,798,182	40,000,000			-51,591,055	2,711,207,128
APORTACION SOLIDARIA ESTATAL		377,646,439	115,271,519	23,789,100	25,000,099	541,707,157
VENTA DE BIENES Y SERVICIOS		216,407,273	133,354,319	163,270,720	85,030,586	598,062,898
TRANSFE INTER CUOTAS		20,763,348	22,751,221	11,668,561	-8,230,125	46,953,005
CONVENIO INSABI		620,200,723	154,980,573	50,755,423	150,766,744	976,703,463
PROYECTOS ESPECIFICOS 2021		114,524,081	125,490,760	143,831,892	6,426,335	390,273,067
PROGRAM. ATENCIÓN MED. GRATUITOS U023		40,552,723				40,552,723
RESIDENTES		17,321,382	21,923,082	19,983,100	24,488,065	83,715,629
SIGLO XXI		27,236,542		3,000,000	-1,889,627	28,346,915
UNEME		2,999,722	2,673,805	2,612,342	3,770,217	12,056,086
ADICIONES		5,095,298				5,095,298
FIDEICOMISO HOSPITAL GENERAL MATAMOROS REMANENTE		127,511,331				127,511,331
APROVECHAMIENTOS		1,130,000				1,130,000
ESPECIE INSABI		4,490,664	9,032,163	7,189,474	63,677,607	84,389,908
ESPECIE AFASPE		19,837,463	14,679,565	69,220,583	53,538,083	157,275,695
ESPECIE FONSABI					87,547,005	87,547,005
COFEPRIS					4,860,672	4,860,672
FEIEF					102,814,606	102,814,606
REGULACION Y VIGILANCIA MÉDICA						1,658,800
RENDIMIENTOS		318,409	330,191	330,131	418,951	1,397,682
ADEFAS		495,671,104	99,291,671	35,547,856	6,118,893	636,629,524
AFASPE			53,976,498		12,795,806	66,772,304
FORTALECIMIENTO A LA ATENCIÓN MÉDICA			6,748,965			6,748,965
TOTAL	6,204,627,365	2,131,706,503	760,504,332	531,199,181	552,839,843	10,180,877,224

Cifras redondeadas para efectos de presentación

Información presentada en la 1ª. Sesión Ordinaria 2022 de la Junta de Gobierno del O.P.D. Servicios de Salud de Tamaulipas, celebrada el 30 de marzo de 2022 por la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud.

Si bien este presupuesto es el programado, puede sufrir cambios durante el ejercicio fiscal.

13.1 Impacto presupuestario

El Programa E081 Servicios de Salud de Tamaulipas, es un programa que se ha implementado en ejercicios anteriores por lo que ya tiene asignado un presupuesto específico para su ejecución, por lo cual, las estructuras organizacionales, facultades y atribuciones ya tienen su correspondiente fundamento y para efectos del programa ya

existen.

14. Perspectiva de Género, Identificando la Oposición de las Mujeres y Hombres en el Estado

Promover, fortalecer y mejorar la atención de salud dirigida a las mujeres, las madres y los recién nacidos con una perspectiva de derechos, sus acciones se basan en una estrategia que contempla enfoques integrados en el marco de programas de salud con cobertura universal y sistemas inclusivos que reconocen entre salud y género. Esta meta tiene como objetivo la reducción de la razón de la mortalidad materna, la disminución de la mortalidad neonatal y la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento. Así mismo se aboca a garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la anticoncepción, la información y la educación, la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

La incorporación de la mujer al mundo laboral y la exigencia de igualdad de oportunidades respecto al hombre han significado otorgar una mayor importancia al derecho de la mujer para regular su fertilidad.

Actualmente ha pasado a ser una exigencia de nuestras mujeres el que se les diseñen estrategias de salud que les permitan envejecer con una calidad de vida adecuada.

Toda persona tiene derecho de llegar al mundo en un ambiente de afecto y respeto, casi la totalidad de los embarazos y nacimientos cuentan con atención y acompañamiento de profesionales y técnicos logrando resultados significativos en morbi-mortalidad materna e infantil que se deben al trabajo comprometido del equipo de salud.

14. Bibliografía

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; D.O.F. 5-II-1917; Reformas y adiciones.
2. Constitución Política del Estado de Tamaulipas, P.O.E. 27.01-21, reformas y adiciones;
3. Ley General de Salud. D.O.F. 7 de julio de 1984, reformas y adiciones;
4. Cortez, Alberto Nava. Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022. Tamaulipas, México: Gobierno del Estado de Tamaulipas, 2020.
5. Lic. Andrés Manuel López Obrador, Mercedes Juan López. La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones. México: Secretaría de Salud, 2020.
6. Enrique Ruelas, Ofelia Poblano. Certificación y acreditación en los modelos de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
7. Estrategia Nacional para la consolidación de la calidad en los establecimientos y servicios de atención médica. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Secretaría de Salud, s.f.
8. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas. Resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones. México: OCDE, 2020.
9. González Block, Miguel A. (Coordinador) . «Diagnóstico de los retos al Sistema Nacional de Salud Universal.» 2015. <<http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2015/10/Diagnostico-del-Sistema-Nacional-de-Salud.pdf>>.
10. González, Dr. Ricardo Daniel Corona. «El Sistema de Salud en México: De la fragmentación hacia un Sistema de Salud Universal.» 16 de January de 2017. CONAEMI. <http://conaemi.wixsite.com/conaemi/single-post/2017/01/15/El-Sistema-de-Salud-en-M%C3%A9xico-De-la-fragmentaci%C3%B3n-hacia-un-Sistema-de-Salud-Universal>.
11. Informe sobre la salud de los mexicanos. Diagnóstico general de la salud poblacional. México: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2015.
12. Lieja 7, Col. Juárez. Modelo de Atención Integral de Salud (MAI). 06696, México, D.F.: Secretaría de Salud, 2020.
13. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. México: Programa Sectorial de Salud 2020-2024, 2015.
14. Programa Nacional de Salud 2019-2024. Por un México sano: construyendo alianzas. Secretaría de Salud, s.f.
15. Programa Sectorial de Salud, Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. México: Gobierno de la República, s.f.
16. Universalidad de los Servicios de Salud Propuesta de Funsalud Primera edición 2012.
17. OIT. La estrategia de desarrollo de los Sistemas de Seguridad Social de la OIT. El papel de los pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe. Lima, 2014.
18. <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/>
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5592 de 2015. Actualización del Plan de Beneficios en Salud. 2020.
20. Ministerio de salud del Perú, Plan de Beneficios del PEAS. 209
21. <http://www.minsa.gob.pe/portada/aseguramiento/archivo/PEAS.pdf>

22. <http://www.msp.gub.uy/marco-normativo/plan-integral-de-atenci%C3%83%C2%B3n-en-salud-pias>
23. Cespedes, Juan Eduardo, Ivan Jaramillo, Rafael Martinez et. al. Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud. Revista de Salud Pública. Volimen 2 (2), julio 2000.
24. Plan Estatal de Desarrollo Tamaulipas 2016-2022. Tamaulipas, México.: Gobierno del Estado de Tamaulipas.
25. Propuesta de crecimiento de Jurisdicciones Sanitarias 2020, Servicios de Salud de Tamaulipas.
26. Diagnóstico de Salud de los SST 2020.
27. Programa Sectorial de Salud del Estado de Tamaulipas 2017.