



Tamaulipas
2022-2028

DIAGNÓSTICO PROGRAMA E081

Servicios de Salud

2022



Tamaulipas
Gobierno del Estado



Secretaría
de Salud

DIRECTORIO

Dr. Vicente Joel Hernández Navarro
Secretario de Salud y Director General del O.P.D. Servicios de Salud de Tamaulipas

Dr. Gabriel de la Garza Garza
Subsecretario de Planeación y Calidad

Lic. Loyda Ramírez López
Directora de Planeación y Evaluación

Dr. Leoncio López Morales
Jefe de Departamento de Planeación en Salud

Dr. Olegario Flores Flores
Jefe del Departamento de Evaluación en Salud

Lic. Verónica Welsh Rodríguez
Jefa del Departamento de Programación, Presupuestación y Proyectos de Inversión

Índice

1.1. Antecedentes.....	4
1.2. Identificación, definición y descripción del problema o necesidad.....	6
1.2.1. Definición del problema o necesidad.....	6
1.2.2. Estado actual del problema o necesidad.....	6
1.2.3 Evolución del problema o necesidad.....	15
1.2.4 Experiencias de atención.....	19
1.2.5 Árbol del problema.....	21
1.3. Objetivos.....	22
1.3.1 Árbol de objetivos.....	22
1.3.2 Determinación de los objetivos del programa.....	23
1.3.3 Aportación del programa a objetivos de planeación superior.....	24
1.4 Cobertura.....	28
1.4.1 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque potencial.....	28
1.4.2 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque objetivo.....	32
1.4.3 Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo.....	32
1.4.4 Frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo.....	35
1.5 Análisis de alternativas.....	37
1.6 Diseño del programa propuesto o con cambios sustanciales.....	39
1.6.1 Modalidad del programa.....	43
1.6.2 Diseño del programa.....	43
1.6.2.1 Previsiones para la integración y sistematización del padrón de beneficiarios.....	45
1.6.2.2 Matriz de Indicadores para Resultados.....	45
1.7 Análisis de similitudes o complementariedades.....	54
1.8 Presupuesto.....	56
Referencias.....	59

1.1. Antecedentes.

La Ley General de Salud (2022) refiere, en el Artículo 5to, que “El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”.

La población mexicana se divide básicamente en dos grandes bloques: Las que cuentan con algún tipo de derechohabencia o Seguridad Social y las que no. Las instituciones públicas que conforman la Seguridad Social son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la 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, la Secretaría de Salud Federal, los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Bienestar tienen como objetivo principal otorgar servicios de salud a la población que no cuenta con algún tipo de Seguridad Social: autoempleados, trabajadores del sector informal y desempleados. Estas instituciones prestan atención gratuita y se financian con recursos conjuntos del Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales. Una parte de esta población, que cuenta con capacidad de pago, recurre a aseguradoras y proveedores privados.

Actualmente, las políticas públicas de salud están basadas en el Modelo de Salud para el Bienestar (SABI), el cual tiene el objetivo central, garantizar por el Estado el derecho humano a la salud reconocido en el párrafo cuarto del Artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, bajo criterios de universalidad e igualdad, donde todas las personas, de todas las edades y en toda la geografía del país, sin excepciones de ninguna clase y sin catálogos limitantes, reciban servicios de salud gratuitos, con manejo eficiente de los recursos, de manera digna, oportuna, con calidad y eficacia.

Mediante este modelo, se propone fortalecer la Atención Primaria de Salud como estrategia para la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades, satisfaciendo las necesidades sanitarias a lo largo de la vida, no solo de un conjunto de enfermedades; velando que las personas reciban una atención integral, desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos; brindando acceso gratuito, efectivo y de calidad que satisfaga las necesidades y demandas de los beneficiarios del sistema público de salud.

Todo lo dicho con anterioridad, converge en una gran estrategia nacional: alcanzar un Sistema Universal de Salud, mediante 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. El Gobierno de Tamaulipas trabaja alineado con este mismo propósito, adoptando el modelo y estrategias nacionales, pero tomando en cuenta a la vez las particularidades propias de nuestra región, tal y como se plasma en el Plan Estatal de Desarrollo.

La Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas (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 los artículos 4to y 144vo. de la Constitución Política del Estado de Tamaulipas.

Por su parte, la Secretaría de Salud de Tamaulipas asume la coordinación del Sistema Estatal de Salud (Artículo 8vo. 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.

1.2. Identificación, definición y descripción del problema o necesidad.

1.2.1. Definición del problema o necesidad.

La población sin seguridad social del Estado de Tamaulipas cuenta con una cobertura de atención médica deficiente.

1.2.2. Estado actual del problema o necesidad.

Una cobertura médica deficiente impacta negativamente en la salud de la población. 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 mellitus, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial sistémica, tumores y actualmente lo que se considera como emergencia sanitaria, ocasionada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) que sigue causando estragos en la población de muchos países.

En cuanto se refiere a la transición epidemiológica, en la mayoría de los estados de México, los patrones de mortalidad y morbilidad ya no están dominados por enfermedades contagiosas, si bien algunas enfermedades transmisibles de comportamiento epidémico estacional han desarrollado un comportamiento endémico, la tendencia actual apunta al aumento en enfermedades crónico degenerativas.

El crecimiento natural de la población conlleva un incremento de los recursos necesarios para su atención: Construcción, ampliación, y mantenimiento de **unidades médicas**, suministro y mantenimiento de equipos médicos, adquisición de medicamentos e insumos, contratación de **recursos humanos**, etc.

Es importante señalar que, para atender a la población objetivo, el programa realiza el análisis para establecer los requerimientos tanto de capital humano, como de material, que se requiere para brindar los servicios de salud.

En cuanto al capital humano se cuenta con un Modelo de Atención, establecido por la Federación, donde se instauran los parámetros para la designación de personal de salud necesario, por población objetivo, así como a la capacidad instalada en cada Unidad.

Respecto al recurso material; para adquirir los bienes y servicios que se requieren para el desempeño de los programas, proyectos y servicios que se otorgan, a fin de garantizar su disposición oportuna en la unidades operativas y administrativas, se integra el Programa Anual de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios con las necesidades de cada Programa obedeciendo los lineamientos con los que cuenta, así como al techo presupuestal autorizado por el Estado y/o Federación, según corresponda la fuente de financiamiento, para posteriormente continuar con la gestión, de compra y entrega de los insumos y servicios requeridos, de acuerdo a la normatividad vigente.

Estos dos procesos se llevan a cabo para el presupuesto general que ejerce el programa, independientemente de su fuente de financiamiento.

Morbilidad

Durante el 2022 las principales causas de atención en las áreas de consulta externa de las unidades médicas pertenecientes a los Servicios de Salud de Tamaulipas fueron las causas obstétricas indirectas (excepto aborto y parto único espontáneo) con el 16.26% del total de casos, le siguió parto único espontáneo con 15.02%, los traumatismos, envenenamientos y algunas otras causas externas con el 8.28% del total de casos, ciertas afecciones de origen perinatal con el 5.29%, y en quinto lugar diabetes mellitus con un porcentaje de 4.42%. Asimismo tenemos la coleditiasis y colecistitis con un 4.05%, el aborto con 3.83%, los tumores malignos con 3.20%, las enfermedades del corazón con 3.16% y las apendicitis con un 2.01%. Ver Tabla 1.

Estas 10 principales causas de morbilidad general, representan en su conjunto el 65.54% de todas las causas.

Tabla 1

Principales Causas de Morbilidad General. Tamaulipas 2022.

#	Causa	Casos	%
1	Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)	9,239	16.26%
2	Parto único espontáneo	8,532	15.02%
3	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	4,705	8.28%
4	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3,008	5.29%
5	Diabetes mellitus	2,512	4.42%
6	Colelitiasis y colecistitis	2,299	4.05%
7	Aborto (solo morbilidad)	2,178	3.83%
8	Tumores malignos	1,820	3.20%
9	Enfermedades del corazón	1,798	3.16%
10	Apendicitis	1,143	2.01%
-	Otras causas	19,578	34.46%
	Total	56,812	100%

Fuente: CUBOS SAHE 2022

Es importante resaltar que el impacto de dichas enfermedades es diferente para cada grupo de edad y su distribución porcentual en los grupos poblacionales.

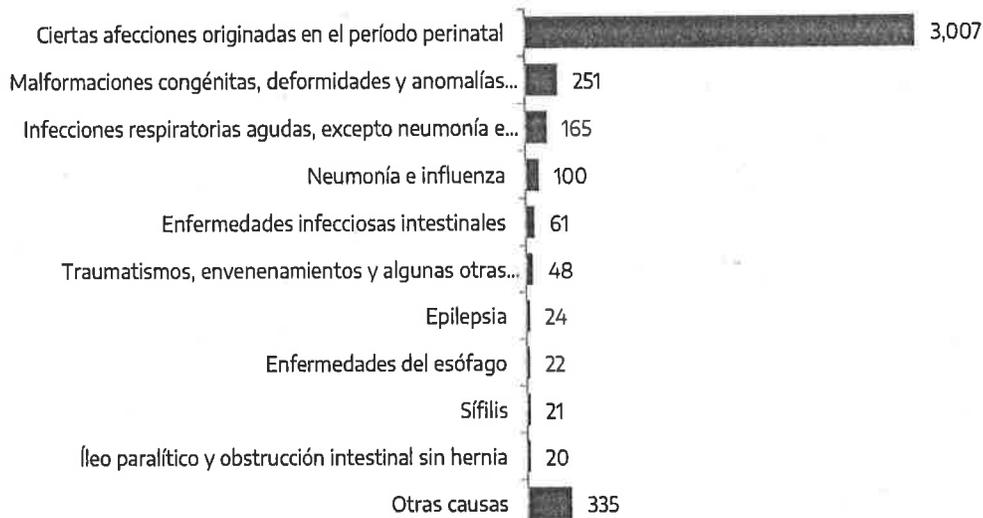
Tabla 2

Principales Causas de Morbilidad General por Grupo Quinquenal. Tamaulipas 2022.

Diagnóstico	0 años	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	55 a 59 años	60 a 64 años	65 a 69 años	Edad Desc.	Total	%	
160 Causas obstétricas directas,																			
1 excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)				95	1,914	2,820	2,151	1,325	725	194	13	2					9,239	16.26%	
2 161 Parto único espontáneo				85	2,156	2,824	1,838	1,084	432	105	7	1					8,532	15.02%	
166 Traumatismos,																			
3 envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	48	231	291	294	372	394	324	301	284	280	286	298	260	228	813	1	4,705	8.28%	
163 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	3,007																1	3,008	5.29%
5 061 Diabetes mellitus	2	1	6	27	46	54	37	41	78	174	252	360	388	333	713		2,512	4.42%	
6 126 Colelitiasis y colecistitis		1	3	24	86	232	270	258	232	212	215	223	145	135	263		2,299	4.05%	
7 159 Aborto (solo morbilidad)				19	428	642	467	336	198	82	5	1					2,178	3.83%	
8 049 Tumores malignos	12	279	136	236	133	49	43	45	51	66	109	132	128	118	283		1,820	3.20%	
9 097 Enfermedades del corazón	5	2	9	5	23	20	24	31	39	82	120	165	209	224	840		1,798	3.16%	
10 119 Apendicitis		66	230	214	160	103	89	65	45	34	40	29	21	11	36		1,143	2.01%	
Subtotal	3,074	580	675	999	5,318	7,198	5,243	3,486	2,084	1,229	1,047	1,211	1,151	1,049	2,948	2	37,234	65.54%	
Resto de los diagnósticos	980	1,014	618	602	785	878	825	938	963	1,259	1,563	1,523	1,504	1,441	4,680	5	19,578	34.46%	
Total	4,054	1,594	1,293	1,601	6,103	8,016	6,068	4,424	3,047	2,488	2,610	2,734	2,655	2,490	7,628	7	56,812	100.00%	

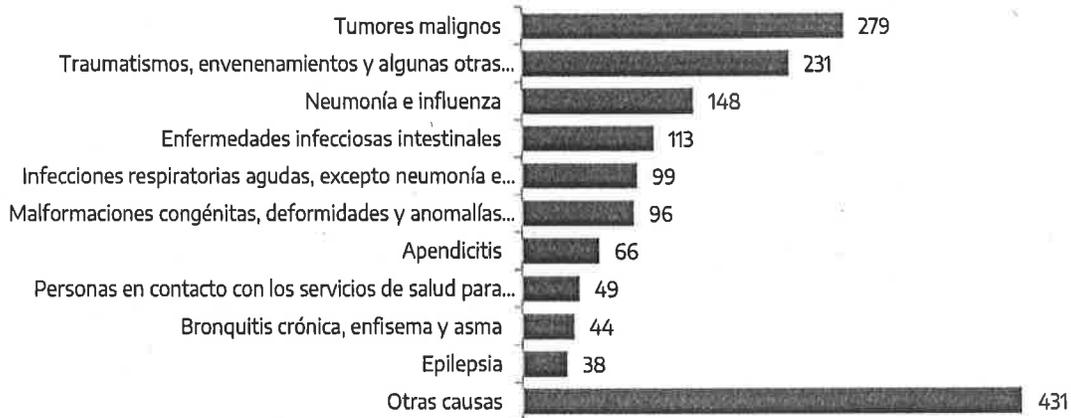
En los niños menores de un año, se tienen 3,007 casos de Ciertas infecciones originadas en el periodo perinatal, las cuales representan el 74.17% de enfermedades atendidas en este rango de edad, en segundo lugar están las malformaciones congénitas con 251 casos, que son el 6.19%; y en tercer lugar se presenta las Infecciones respiratorias agudas con 165 casos, que representaron el 4.0%.

Morbilidad menores de 1 año



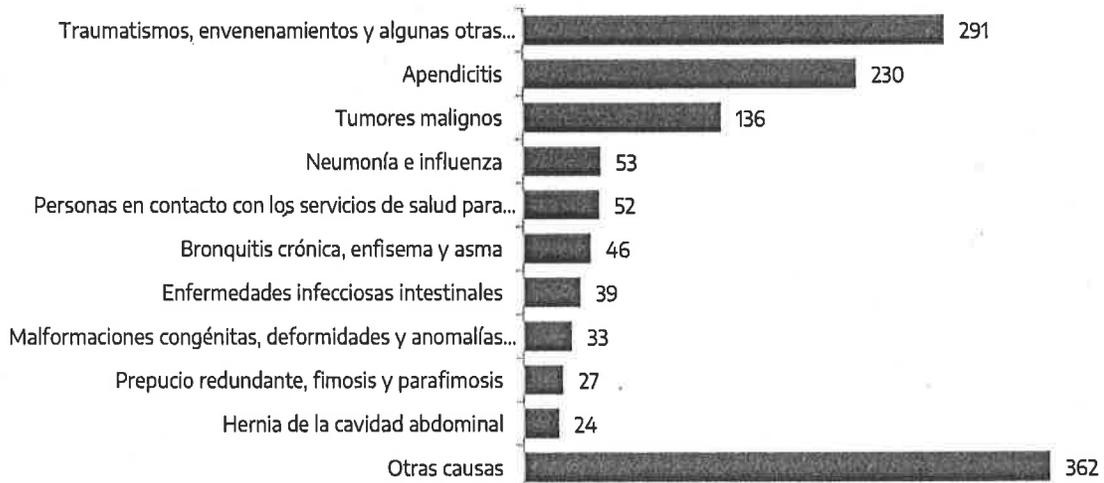
En los menores de 1 a 4 años de edad el primer lugar lo ocupan los Tumores malignos con 279 casos, representando el 17.50%; en segundo lugar Traumatismos, envenenamiento y algunas otras causas externas con 231 casos, siendo el 14.49%, y en tercer lugar Neumonía e Influenza con 148 casos registrados, siendo el 9.28%.

Morbilidad de 01 a 04 años



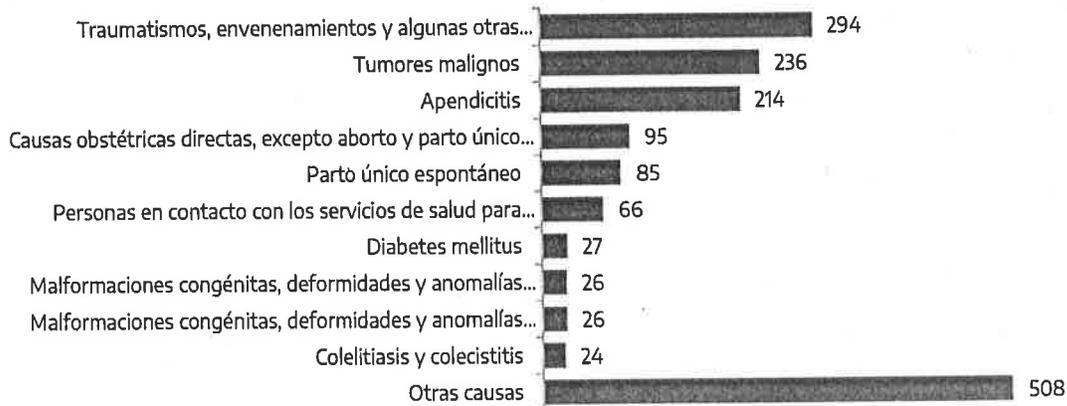
En el grupo de edad de 5 a 9 años, la morbilidad por Traumatismos, envenenamiento y algunas otras causas externas con 291 casos, que son el 22.51%; en segundo lugar las apendicitis con 230 casos, el 17.79% y en tercer lugar los Tumores malignos con 136 siendo el 10.52%.

Morbilidad de 05 a 09 años



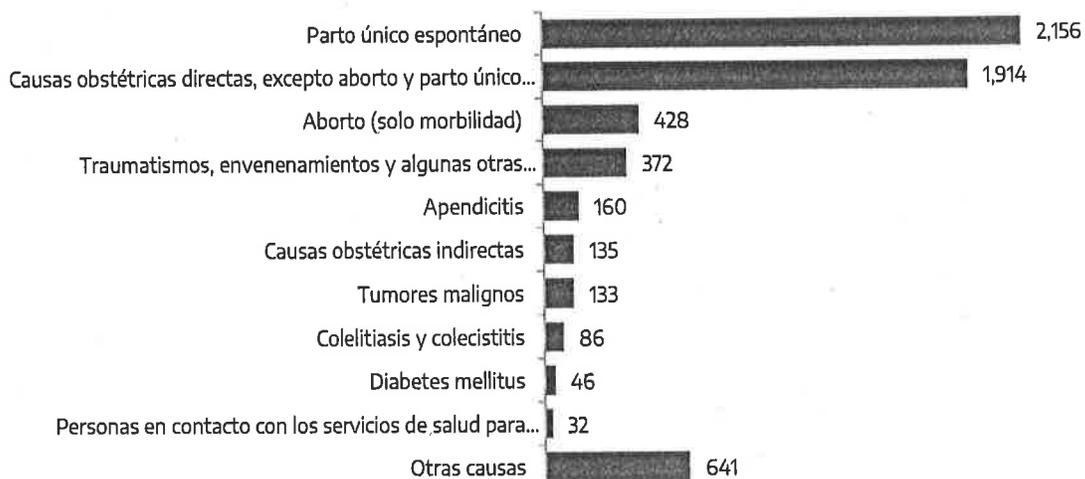
En el rango de 10 a 14 años, la primer causa de morbilidad son los Traumatismos, envenenamiento y algunas otras causas externas, con 294 casos, el 18.36%; en segundo lugar los Tumores malignos con 236 casos que equivale al 14.74% y en tercer lugar la Apendicitis con 214 pacientes, equivalente al 13.37%.

Morbilidad de 10 a 14 años



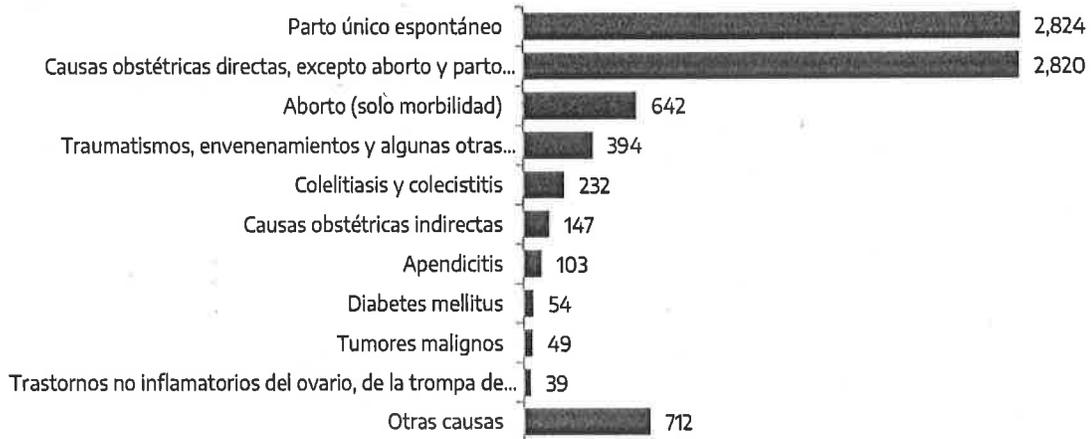
En jóvenes de 15 a 19 años, el primer lugar en morbilidad es el Parto único espontáneo con 2,156 casos que representan el 35.33%, en segundo lugar las causas obstétricas directas con 1,914 casos, el 31.36%; y en tercer lugar el aborto (solo morbilidad) con 428 casos, con el 7.01%.

Morbilidad de 15 a 19 años



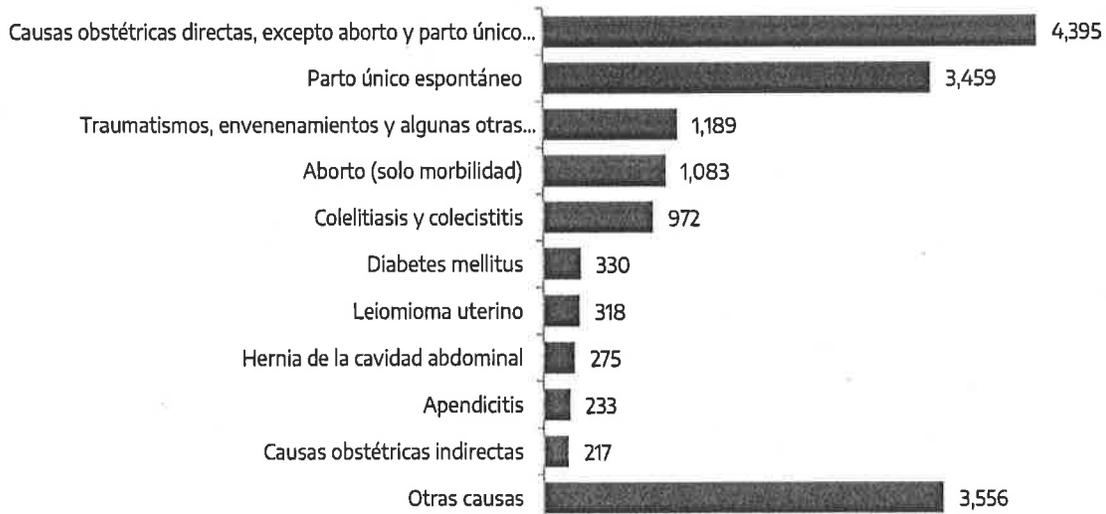
La morbilidad en personas de 20 a 24 años se encabeza por el parto único espontáneo con 2,824 casos, representando el 35.23%; en segundo lugar las causas obstétricas directas con 2,820 casos, el 35.18%, y en tercer lugar los abortos (solo morbilidad) con 624 casos, que son el 8.01%.

Morbilidad de 20 a 24 años



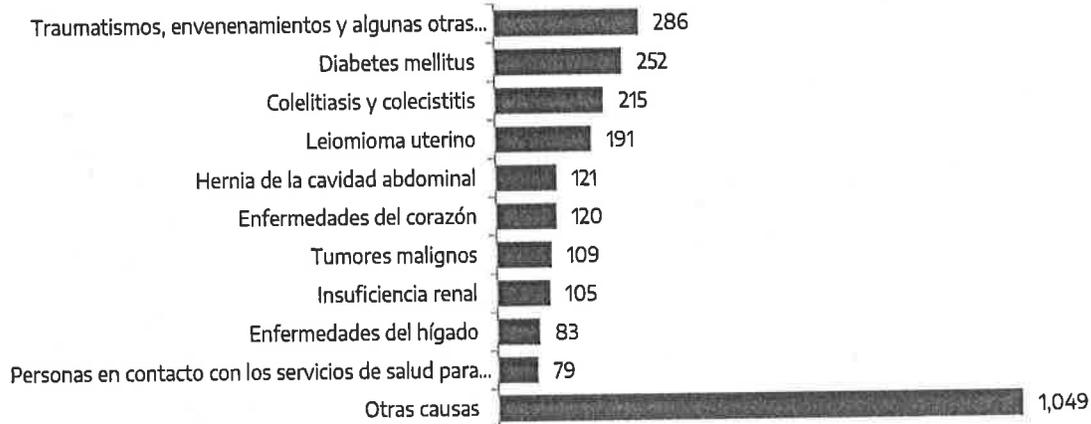
En personas de 25 a 44 años, la morbilidad está encabezada por las Causas obstétricas directas con 4,395 casos, siendo el 27.42%; en segundo lugar está el Parto único espontáneo con 3,459 casos, el 21.58%, y en tercer lugar encontramos los Traumatismos, envenenamiento y algunas otras causas externas con 1,189 casos, representando el 7.42%.

Morbilidad de 25 a 44 años



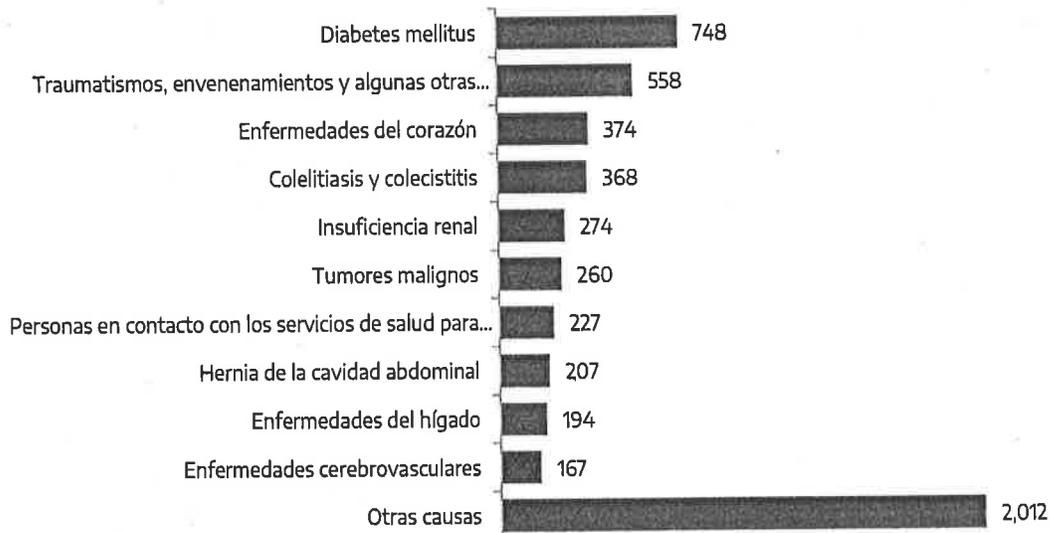
De 45 a 49 años, el primer lugar en morbilidad son los Traumatismos, envenenamiento y algunas otras causas externas con 286 casos, el 10.96%; en segundo lugar la Diabetes Mellitus con 252 casos, el 9.66%; y en tercer lugar las Colelitiasis y colecistitis con 215 casos, que son el 8.24%.

Morbilidad de 45 a 49 años



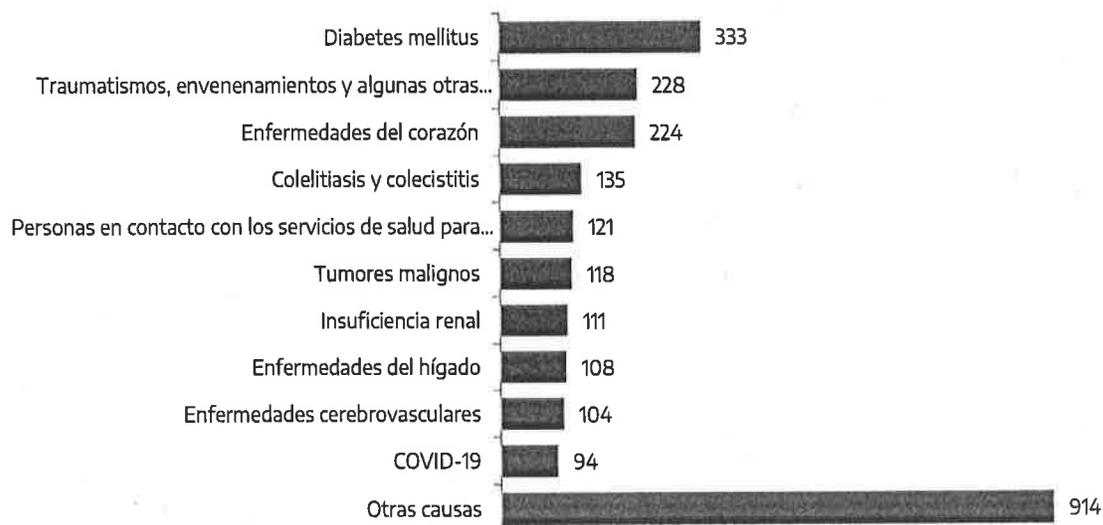
De 50 a 59 años, el primer lugar en morbilidad es la Diabetes Mellitus con 748 casos, el 13.88%, el segundo lugar ciertas afecciones originadas en la etapa perinatal con 558 casos que es el 10.35% y en tercer lugar Enfermedades del corazón con 374 casos, que son el 6.94%.

Morbilidad de 50 a 59 años



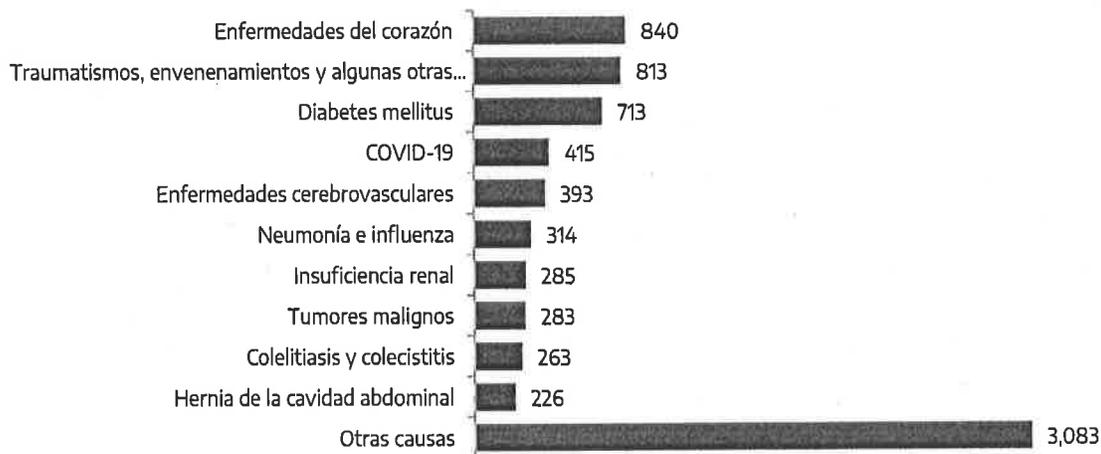
En el grupo de edad de 60 a 64 años la Diabetes Mellitus en primer lugar con 333 casos, el 13.37%, en segundo lugar los Traumatismos, envenenamiento y algunas otras causas externas con 228 casos, el 9.15% y en tercer lugar las enfermedades del corazón con 224 casos, que son el 9.00%.

Morbilidad de 60 a 64 años



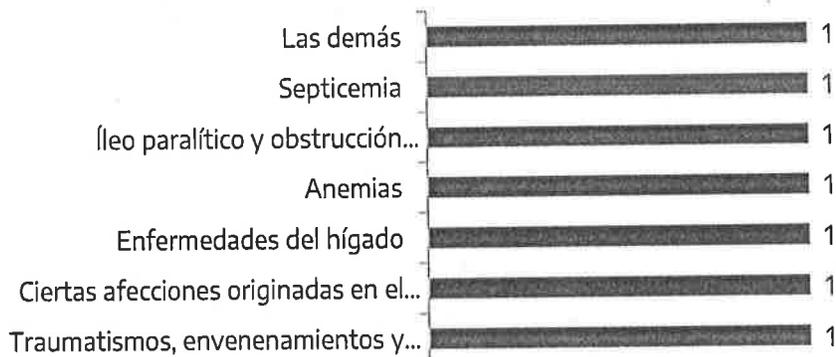
De 65 años y más en primer lugar están las enfermedades del corazón con 840 casos que son el 11.01%; en segundo Traumatismos, envenenamiento y algunas otras causas externas con 808 casos, el 10.66% y en tercer lugar Diabetes Mellitus con 713 afectaciones, el 9.35%.

Morbilidad de 65 años y más



En la morbilidad para edad desconocida o no especificada se atendieron 7 pacientes en total, siendo las causas de Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas, ciertas afecciones originadas en la etapa perinatal, enfermedades del hígado, anemia, íleo paralítico y obstrucción intestinal, septicemia y demás causas (uno de cada afección).

Morbilidad en edad no especificada



Mortalidad General

En Tamaulipas durante el 2022 se registraron un total de 24,097 defunciones, con una tasa de 64.98% por cada 10,000 mil habitantes. Siendo las diez primeras causas de mayor frecuencia las enfermedades del corazón con 6,112 seguido por diabetes mellitus con 3,533, tumores malignos con 2,697, COVID-19 de 1,396, le continúa enfermedades del hígado con 1,147, enfermedades cerebrovasculares 1,005, accidentes 909, neumonía e influenza 878, insuficiencia renal con 623 y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas con 445.

Tabla 3.

Principales Causas de Mortalidad. Tamaulipas 2022.

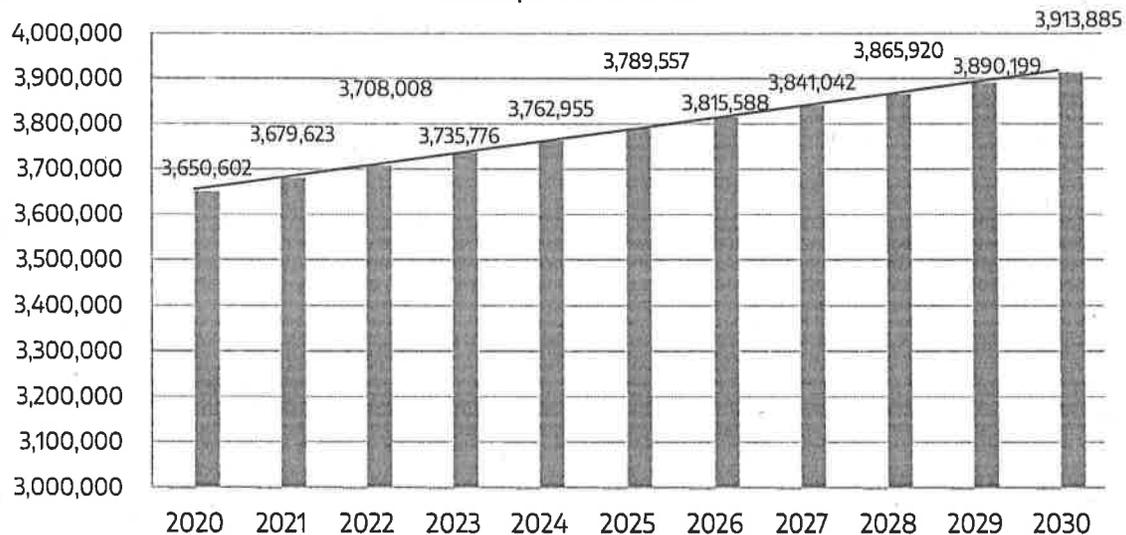
#	Causas	Defunciones
1	Enfermedades del corazón	6,112
2	Diabetes mellitus	3,533
3	Tumores malignos	2,697
4	COVID-19	1,396
5	Enfermedades del hígado	1,147
6	Enfermedades cerebrovasculares	1,005
7	Accidentes	909
8	Neumonía e influenza	878
9	Insuficiencia renal	623
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	445

Fuente: CUBOS SINBA SEED 2022 Preliminar.

1.2.3 Evolución del problema o necesidad.

La tendencia del crecimiento poblacional basada en las proyecciones de CONAPO, señala que para el año 2030 Tamaulipas tendrá una población de 3 millones 913 mil 885 habitantes, es decir habrá 205,877 nuevos habitantes, de los cuales 82,350, el 44%, serán responsabilidad de la Secretaría de Salud. Para atender la demanda de servicios se requerirán recursos adicionales: 28 núcleos básicos (los cuales se componen de consultorio, 1 médico, 2 enfermeras, otro personal), 82 camas hospitalarias, equipamiento médico, insumos y otros gastos de operación.

Tendencia del crecimiento de la población.
Tamaulipas 2020-2030



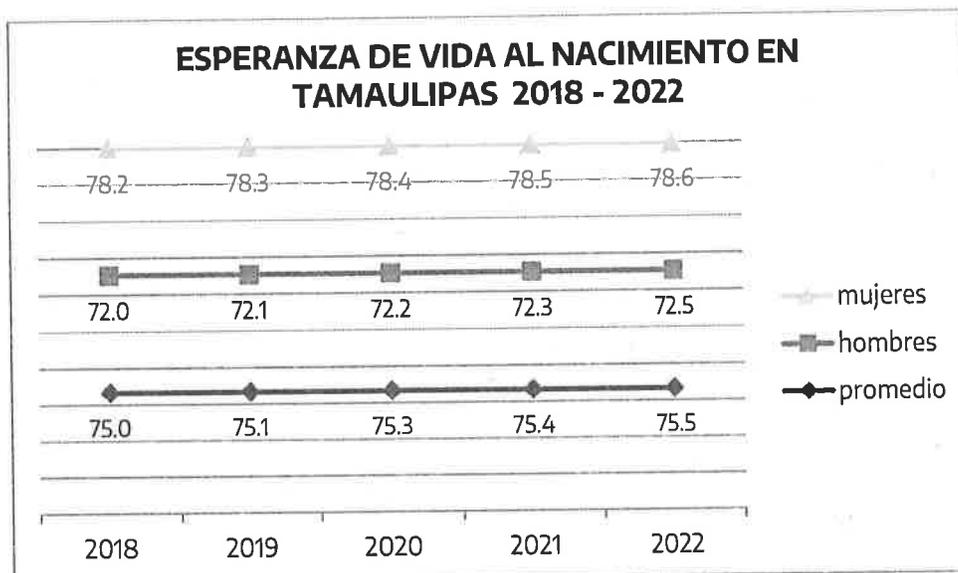
Esperanza de vida.

El aumento en la esperanza de vida está directamente relacionado con el aumento de la demanda de atención de enfermedades crónicas como las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición, entre otros.

Para el 2022 la esperanza de vida al nacimiento de la población en Tamaulipas fue de 75.5 años; 72.5 años en los hombres y 78.6 en las mujeres. El comportamiento de esperanza de vida por sexo refleja mayor sobrevivencia 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 influye 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.



Fuente: CONAPO. Consejo Nacional de Población. Datos Abiertos. Indicadores demográficos 1950 - 2050.

Natalidad y mortalidad

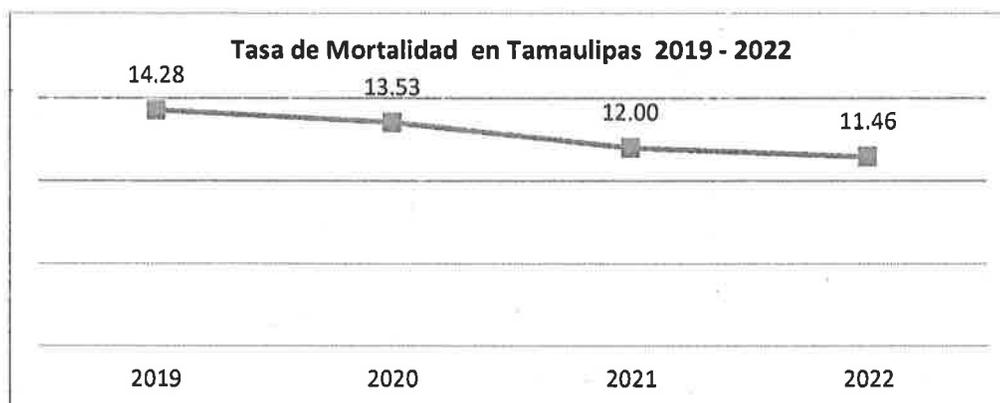
El crecimiento, según estimaciones de CONAPO, de la población por grupos específicos de edad y sexo entre los años 2019 y 2022, muestra un incremento del 2.41%. Algunos grupos etarios muestran decrecimiento, como los menores de un año con el -1.64%, los de 1 a 4 años -1.95% y los de 5 a 14 años decrecen el -1.33%. Otros grupos etarios como el de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años crece el 0.77% y la población de 25 a 44 años, el 1.16%. El mayor crecimiento se observa en la población mayor de 45 años con el 19.14%.

Tabla 4.

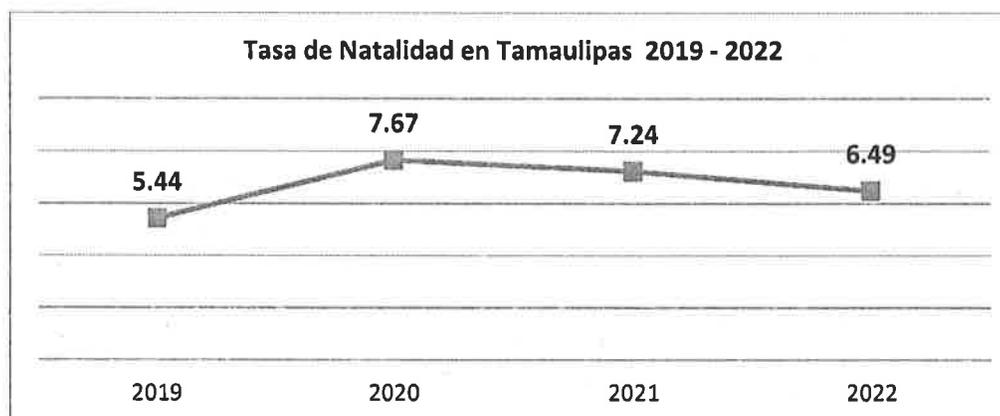
Crecimiento de la población por grupos específicos de edad. Tamaulipas 2019-2022.

Grupo etario	2019	2020	2021	2022	% Variación de 2019 a 2022
< 1 año	62,682	62,295	61,956	61,654	-1.64%
1-4 años	251,264	249,582	247,932	246,375	-1.94%
5 a 14	633,433	630,841	628,012	625,004	-1.33%
15 a 24	608,223	609,755	611,365	612,893	0.77%
25 a 44	1,051,723	1,055,724	1,059,732	1,063,960	1.16%
45 a 64	741,204	759,620	776,742	792,437	6.91%
> 65 años	272,381	282,785	293,884	305,685	12.23%
Total	3,620,910	3,650,602	3,679,623	3,708,008	2.41%

Por lo que se refiere a la tasa de mortalidad en los últimos años ha presentado una tendencia ligeramente descendente, 24,097 defunciones. De acuerdo, a las estimaciones de CONAPO se espera que esta tasa siga bajando lentamente por cada mil habitantes en el año 2023.



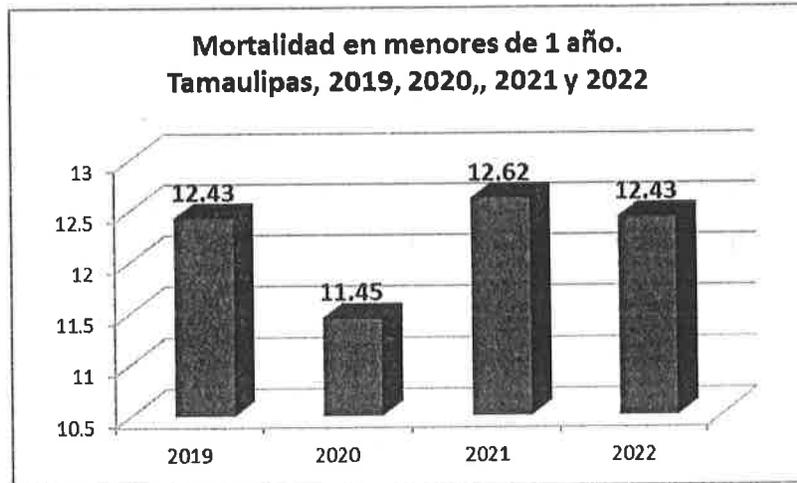
La tasa de crecimiento natural, entendida como tasa de natalidad representa en el 2022 un total de 42,527 nacidos vivos de los cuales 21,598 hombres, 20,906 mujeres y 23 no especificados.



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.

Mortalidad infantil.

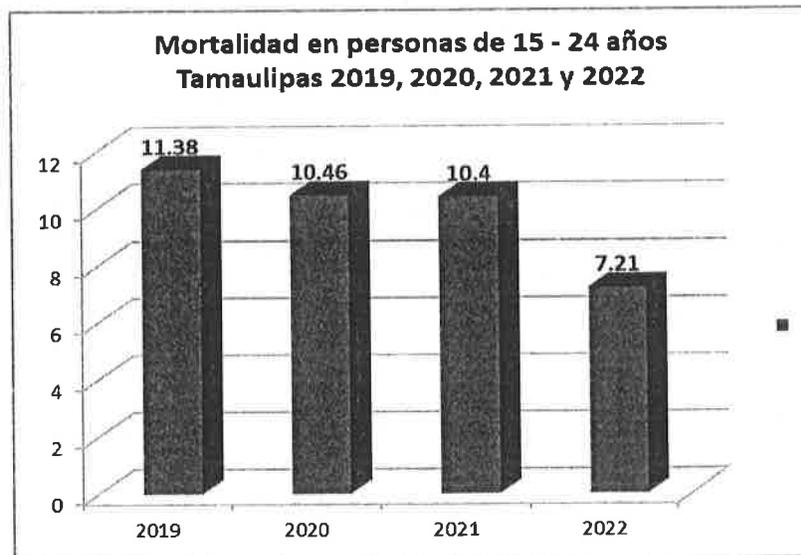
La mortalidad infantil es un indicador que refleja las condiciones de vida de la población y permite establecer comparaciones en el ámbito estatal, nacional e internacional. La mortalidad infantil de menores de un año, en el 2022 se registró 529 defunciones en este grupo de edad lo que corresponde a una tasa de 12.43 nacidos vivos en el año.



Nota: Tasa por cada 1000 nacidos vivos

Fuente: B.D. Cierres 2019 -2021 Fuente 2022: B.D. Preliminar CUBOS DGIS

Mortalidad de adolescentes y jóvenes.

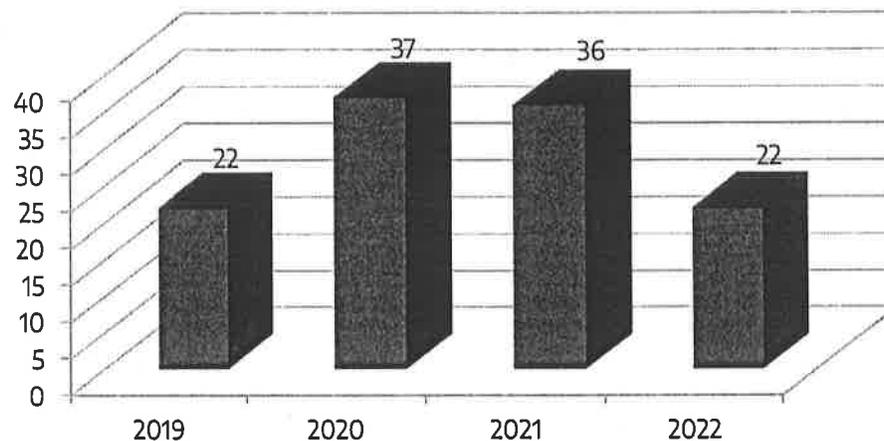


La mortalidad en el grupo de las y los adolescentes y jóvenes en el 2022 es de 442 defunciones registradas lo que representa una tendencia descendente, en números absolutos pasó de 11.38 en el 2019 a 7.21 defunciones por 10,000 decesos de Jóvenes de 15 a 24 años en el periodo 2019 - 2022.

Mortalidad materna.

La mortalidad materna fue de 22 casos comprendido en el periodo del 2022 presentó una tendencia descendente con tasas de 51.73 por cada 100 000 nacidos vivos, así como en el 2020 se ha incrementado la tasa a 36.0 en este año rebasando nuevamente a la media nacional que es de 34.0.

Muerte Materna Tamaulipas 2019 - 2022



Fuente: Cubos Dinámicos Salud

En el 2022, los casos de muertes maternas por causas indirectas tuvieron un ligero descenso en comparación con años anteriores, debido a que las mujeres que se embarazaron cuentan con una patología de base.

1.2.4 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. Este último, desarrollado con el fin de dar cumplimiento al artículo 4to. constitucional que señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

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.

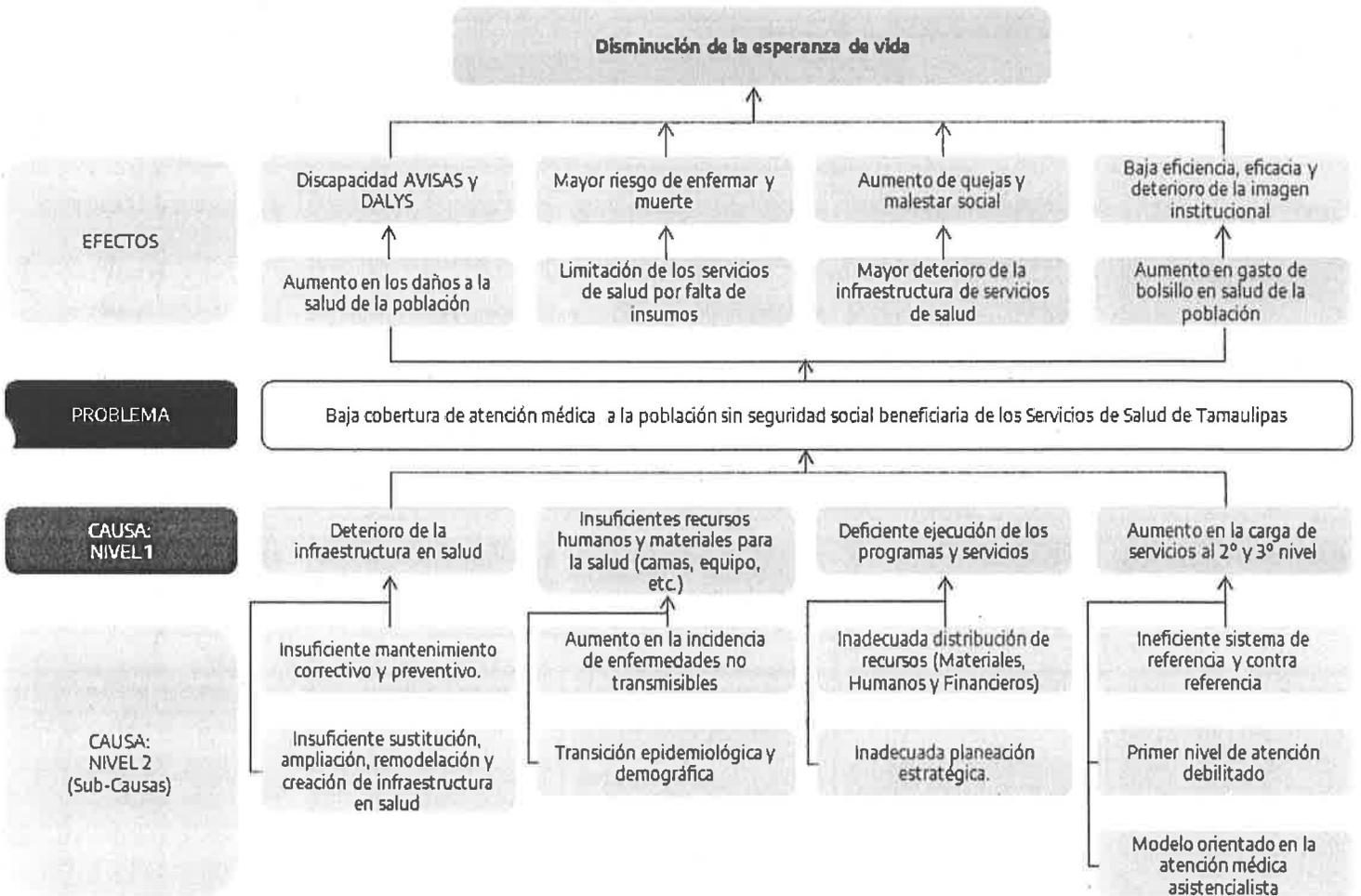
En Chile, el programa AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) y el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) ofrecen a sus beneficiarios el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de 80 enfermedades. En Colombia, el Plan Obligatorio de Salud (POS) ofrece servicios de diagnóstico, tratamiento 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.

1.2.5 Árbol del problema.

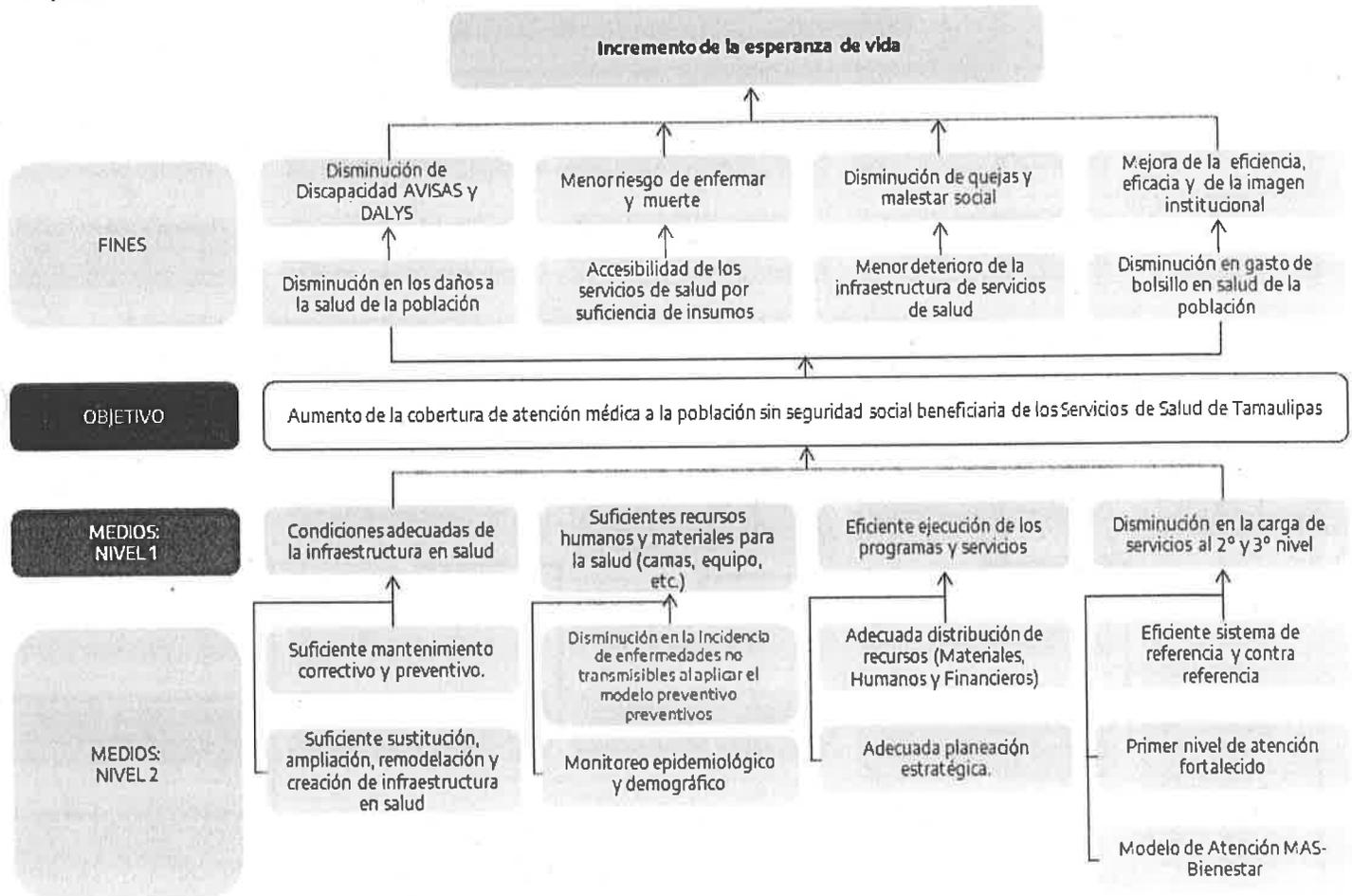
Dependencia o Entidad: *Secretaría de Salud de Tamaulipas*



1.3. Objetivos

1.3.1 Árbol de objetivos.

Dependencia o Entidad: *Secretaría de Salud de Tamaulipas*



1.3.2 Determinación de los objetivos del programa.

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 objetivos 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 1o, 2o, 3o, 7o, 8o, 18o, 27o, 29o, 36o, 38o, 39o, 40o, 60o, 64o, 75o, 76o, 80o, 88o, 89o, 92o, 94o, 96o, 98o, 101o y 102o de la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas y en los artículos 10, 3o, 9o Y 13o 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 Objetivos de Desarrollo del Milenio (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.

Objetivo 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.

Objetivos Específicos

- 1) 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.

- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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.

1.3.3 Aportación del programa a objetivos de planeación superior.

Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022

El Programa Presupuestal E081 fue alineado originalmente al 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 el 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.

En los Lineamientos de Operación del 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:

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, 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.

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 endemias, epidemias y 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.

A partir de octubre de 2022 entró en funciones la nueva administración gubernamental para el periodo de 2022 al 2028. A continuación se presentan algunos apartados del proyecto del Plan Estatal de Desarrollo que alinean con los propósitos del PPE081.

Plan Estatal de Desarrollo 2022-2028

Objetivos:

1, 3, 6, 10 y 17. Asegurar el acceso efectivo, universal, gratuito e incluyente de la población tamaulipeca a los servicios de salud y asistencia social a través de un sistema integral basado en la calidad y trato.

2, 4 y 5. Mejorar integralmente los procesos del Sistema Estatal de Salud para priorizar en el trato digno, la calidad y la seguridad del paciente con el uso eficiente, efectivo y transparente de los recursos.

8, 9, 13, 14, 15 y 16. Coadyuvar en la mejora de la salud de la población tamaulipeca para garantizar estilos de vida saludables y el control de los determinantes de salud mediante el establecimiento y desarrollo de programas de calidad en materia de promoción, fomento y prevención de las enfermedades, fortalecidos por la vinculación interinstitucional e intersectorial.

7, 11 y 12. Reforzar los sistemas de detección temprana, control y mitigación de enfermedades transmisibles para garantizar la atención y protección oportuna a través de mecanismos de monitoreo y supervisión.

19 y 20. Impulsar modelos de atención integrados y resolutivos que fortalezcan la capacidad de los sistemas de atención médica ambulatoria y hospitalaria especializada para la atención oportuna de los pacientes.

18. Garantizar cuidados de enfermería de calidad en salud para satisfacer las necesidades de la población tamaulipeca implementando políticas públicas de formación, capacitación y educación continua de los profesionistas de la salud.

Alineación del Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022 con el Programa Sectorial de Salud Estatal 2016-2022

Asimismo, los ejes transversales establecen guías de acción que permiten direccionar los esfuerzos del Programa Sectorial de Salud de Tamaulipas, 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.

Tabla 5.

Ejes vertical y transversal del Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022, compartidos por el Programa Sectorial de Salud de Tamaulipas 2016-2022.

Eje vertical	Composición
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
Ejes transversales	Composición
Derechos humanos	Asegurar el acceso efectivo, universal, gratuito e incluyente de la población tamaulipeca a los servicios de salud y asistencia social a través de un sistema integral basado en la calidad y trato digno.
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	Coadyuvar en la mejora de la salud de la población tamaulipeca para garantizar estilos de vida saludables y el control de los determinantes de salud mediante el establecimiento y desarrollo de programas de calidad en materia de promoción, fomento y prevención de las enfermedades, fortalecidos por la vinculación interinstitucional e intersectorial.
Transparencia y combate a la corrupción	Establecer un programa de austeridad y ahorro institucional que garantice el uso eficiente, ordenado y transparente de los recursos públicos

Plan Sectorial de Salud 2020-2024 del Gobierno Federal

En cuanto corresponde a la alineación con el Plan Sectorial de Salud publicado por el gobierno federal se identifica la alineación siguiente:

Objetivos prioritarios del Programa Sectorial de Salud 2020-2024

Teniendo como referente el principio dispuesto en el Plan Nacional de Desarrollo: "No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie afuera", el primer objetivo prioritario corresponde al acceso efectivo, universal y gratuito a la salud con la finalidad de que millones de personas que, no cuentan con afiliación a las instituciones de seguridad social tengan garantizado el acceso a la atención médica y hospitalaria gratuita, a exámenes médicos y al suministro de medicamentos y materiales de curación. El segundo objetivo prioritario se sustenta en el principio contenido en el PND, "por el bien de todos, primero los pobres" y se orienta a incrementar la calidad en los servicios, particularmente, para las poblaciones con alta y muy alta marginación, dado que actualmente la asistencia y servicios relacionados con la protección de la salud implican, frecuentemente, tiempos de espera prolongados y atención deshumanizada, lo que propicia, en muchas ocasiones, que los padecimientos se agraven o adopten complicaciones serias, los enfermos sufran innecesariamente y en condiciones precarias y en algunos casos, mueran prematuramente. Por su parte, el tercer objetivo, se orienta al fortalecimiento y ampliación de capacidades de los servicios en el Sistema Nacional de Salud, especialmente aquellas que prestan servicios a la población sin derechohabencia y que, en muchos casos, su infraestructura ha recibido poco mantenimiento o escasa ampliación al margen de que, dejaron de contratarse los recursos humanos necesarios para responder a las necesidades de la población. Este objetivo se sustenta, prioritariamente en el principio del PND, en "Honradez y honestidad", considerando que la infraestructura y contratación del personal se relacionan con mecanismos que, históricamente, han sido proclives a la corrupción. El cuarto y quinto objetivo se alinean con lo referente a "Política Social" en el PND. En el cuarto objetivo se contempla las acciones relacionadas con la vigilancia sanitaria y epidemiológica orientadas a

la previsión de emergencias o propagación de daños a la salud que podrían atenderse con acceso a información, asesoramiento, acceso a servicios integrados y estrategias que modifiquen los factores estructurales de riesgo, y así mitigar sus efectos y preparar la capacidad de respuesta del sistema local o regional de salud. El quinto objetivo tiene como propósito la atención de los problemas predominantes de salud pública, como es la obesidad y las enfermedades no transmisibles, la salud sexual y reproductiva, la salud mental y adicciones cuya conjunción afectan tanto la salud individual y poblacional.

- 1) Garantizar los servicios públicos de salud a toda la población que no cuente con seguridad social y, el acceso gratuito a la atención médica y hospitalaria, así como exámenes médicos y suministro de medicamentos incluidos en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud.
- 2) Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.
- 3) Incrementar la capacidad humana y de infraestructura en las instituciones que conforman el SNS, especialmente, en las regiones con alta y muy alta marginación para corresponder a las prioridades de salud bajo un enfoque diferenciado, intercultural y con perspectiva de derechos.
- 4) Garantizar la eficacia de estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural.
- 5) Mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población.

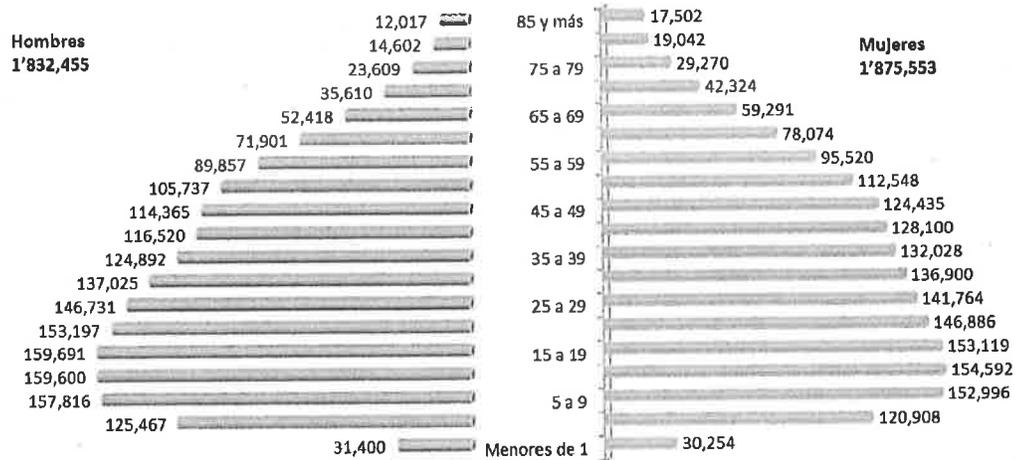
1.4 Cobertura

1.4.1 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque potencial.

Siendo la salud un derecho humano universal garantizado en el artículo 4to de la Constitución Política Mexicana y atendiendo a la política nacional de cero rechazos, la población potencial es toda la población que acuda a los Servicios de salud de Tamaulipas. Esto significa que toda la población del Estado es potencialmente susceptible de ser atendida en las unidades de salud.

Para el año 2022 la estructura de la población por grupo quinquenal de edad y sexo de acuerdo a CONAPO, se distribuye conforme a la pirámide de población siguiente:

Población total de Tamaulipas 2022
3'708,008



Fuente: CONAPO - DGIS 2022

La población de Tamaulipas (CONAPO, 2020) tiene un índice de marginación de 20.997 clasificado como "Bajo" y ocupa el lugar número 23 de los 32 estados de la república mexicana. El 11.24% de su población vive en localidades menores de 5 mil habitantes y su población ocupada con ingresos menores a 2 salarios mínimos es del 76.27%. Asimismo, tiene una población analfabeta de 15 años o más del 2.58% y el porcentaje de la población sin concluir sus estudios de educación básica es del 25.79%. Ver tabla 6.

Tabla 6.

Población total, indicadores socioeconómicos, índice y grado de marginación por entidad federativa, 2020

Clave de la entidad	Entidad federativa	Población total	% Población analfabeta de 15 años o más	% Población de 15 años o más sin educación básica	% Ocupantes en viviendas particulares sin drenaje ni excusado	% Ocupantes en viviendas particulares sin energía eléctrica	% Ocupantes en viviendas particulares sin agua entubada	% Ocupantes en viviendas particulares con piso de tierra	% Viviendas particulares con hacinamiento	% Población en localidades con menos de 5 000 habitantes	% Población ocupada con ingresos menores a 2 salarios mínimos	Índice de marginación, 2020	Grado de marginación, 2020	Índice de marginación normalizado, 2020	Lugar que ocupa en el contexto nacional
CVE_ENT	TIEM_ENT	POB_TOT	ANALF	SBASC	OVSDE	OVSEE	OVSAE	OVPT	VHAC	PL5000	POZSM	IM_2020	GM_2020	IMN_2020	
	Nacional	126 014 024	4.75	29.71	1.47	0.66	3.67	3.81	19.73	27.00	66.88	—	—	—	—
01	Aguascalientes	1 425 607	2.11	23.58	0.35	0.23	0.55	0.77	13.13	21.27	58.50	22.208	Muy bajo	0.82	29
02	Baja California	3 769 020	1.83	24.68	0.20	0.58	2.10	1.31	14.59	8.46	73.55	21.380	Bajo	0.79	24
03	Baja California Sur	798 447	2.34	23.98	0.42	0.98	5.39	5.66	18.60	10.28	45.49	21.473	Bajo	0.79	26
04	Campeche	928 383	5.86	29.78	2.52	1.05	3.98	2.69	29.97	29.92	70.01	17.805	Alto	0.66	8
05	Coahuila	3 148 771	1.67	21.49	0.30	0.17	0.94	0.75	13.48	10.04	60.03	22.546	Muy bajo	0.83	30
06	Colima	731 391	3.37	27.82	0.27	0.33	0.66	2.62	15.31	13.50	59.73	21.532	Bajo	0.79	27
07	Chiapas	5 543 828	13.70	48.12	2.48	1.80	10.68	12.39	36.09	57.64	85.57	11.959	Muy alto	0.44	2
08	Chihuahua	3 741 869	2.63	27.30	1.42	1.66	1.66	2.18	13.60	14.39	69.70	20.015	Medio	0.74	18
09	Ciudad de México	9 208 944	1.43	17.64	0.05	0.05	1.24	0.83	14.40	1.01	56.13	23.143	Muy bajo	0.85	31
10	Durango	1 832 650	2.73	27.49	2.84	2.09	2.31	4.26	18.21	32.50	69.26	18.473	Alto	0.68	12
11	Guanajuato	6 166 934	5.29	33.53	1.93	0.38	2.81	2.42	16.90	33.26	67.09	19.419	Medio	0.71	14
12	Guerrero	3 540 685	12.47	42.55	9.38	1.41	11.55	15.27	32.86	48.15	80.28	10.989	Muy alto	0.40	1
13	Hidalgo	3 082 841	6.82	29.91	1.90	0.64	3.87	2.85	18.52	53.83	73.95	18.053	Alto	0.66	9
14	Jalisco	8 348 151	2.90	29.54	0.57	0.30	0.75	1.66	14.02	16.16	55.86	21.815	Bajo	0.80	28
15	México	16 992 418	2.90	24.96	1.21	0.26	2.78	2.08	20.70	19.15	68.00	20.804	Bajo	0.77	21
16	Michoacán	4 748 846	7.05	42.41	1.37	0.49	2.82	5.59	18.83	37.53	70.62	18.281	Alto	0.67	10
17	Morelos	1 971 520	4.45	27.53	0.73	0.30	4.22	4.10	19.28	26.13	73.59	19.814	Medio	0.73	16
18	Nayarit	1 235 458	4.49	29.05	3.97	2.13	3.02	3.99	18.01	36.47	64.82	17.516	Alto	0.64	6
19	Nuevo León	5 784 442	1.47	19.07	0.10	0.11	0.70	0.79	13.20	5.14	48.79	23.444	Muy bajo	0.86	32
20	Oaxaca	4 132 148	11.82	45.28	1.94	1.92	10.00	13.99	29.45	59.40	78.85	13.216	Muy alto	0.49	3
21	Puebla	6 583 278	6.97	36.87	1.13	0.61	4.66	5.34	25.53	36.08	77.30	17.722	Alto	0.65	7
22	Querétaro	2 368 487	3.48	23.63	1.68	0.47	2.13	2.02	15.13	28.83	57.08	20.838	Bajo	0.77	22
23	Quintana Roo	1 857 985	3.07	22.53	1.14	0.82	1.66	2.42	26.13	11.47	57.26	20.629	Medio	0.76	20
24	San Luis Potosí	2 822 255	5.02	29.32	1.52	1.18	7.64	4.97	16.77	36.03	64.88	18.688	Medio	0.69	13
25	Sinaloa	3 026 943	3.58	28.66	1.37	0.40	1.40	2.26	18.87	29.26	61.77	20.510	Medio	0.75	19
26	Sonora	2 944 840	1.99	22.41	0.66	0.66	1.30	2.42	16.62	15.16	63.22	21.406	Bajo	0.79	25
27	Tabasco	2 402 598	5.09	29.17	1.76	0.49	6.18	3.37	26.09	53.27	71.75	18.332	Alto	0.67	11
28	Tamaulipas	3 527 735	2.58	25.79	0.25	0.43	1.62	1.42	17.43	11.24	76.27	20.997	Bajo	0.77	23
29	Tlaxcala	1 342 977	3.35	26.94	0.90	0.41	0.89	1.80	22.24	32.13	78.81	19.671	Medio	0.73	17
30	Veracruz	8 082 579	8.50	39.88	1.26	1.07	8.67	5.98	23.09	45.86	78.12	16.414	Alto	0.60	4
31	Yucatán	2 320 898	6.00	31.55	5.87	0.69	1.08	1.41	26.17	23.32	69.69	17.512	Alto	0.64	5
32	Zacatecas	1 622 138	3.78	32.31	2.32	0.46	1.83	1.25	16.25	44.42	71.92	19.497	Medio	0.72	15

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020.

La prestación de servicios de la Secretaría de Salud tiene cobertura estatal, en sus cuarenta y tres municipios que se encuentran en una organización regional conformada por 12 Jurisdicciones Sanitarias, que permiten la mejor planeación, integración, administración, operación y control, para otorgar los servicios y productos de los programas y servicios de atención a la salud, con los apoyos técnicos y financieros para el desarrollo de acciones con oportunidad, eficiencia, equidad y calidad.

La cobertura se determina mediante la Regionalización Operativa, establecida en el Modelo de Atención a la Salud, que indica los tipos de unidades médicas que corresponden según las áreas geográficas y la población que las habita, mediante isócronas de traslado de acuerdo con las distancias y concentraciones de población, para determinar la gradualidad de los servicios que se ofertan por cada tipo de unidad, con base en las estructuras jurisdiccionales. Para el Estado, las Jurisdicciones Sanitarias están integradas de la siguiente forma:

Tabla 7.

Jurisdicciones Sanitarias. Tamaulipas 2022.

No.	Jurisdicción	Municipio
I	Victoria	Victoria, Casas, Güemez, Llera, Hidalgo, Villagrán y Mainero
II	Tampico	Tampico y Ciudad Madero
III	Matamoros	Matamoros
IV	Reynosa	Reynosa
V	Nuevo Laredo	Nuevo Laredo
VI	El Mante	El Mante, Nuevo Morelos, Antiguo Morelos, Ocampo, Xicoténcatl y Gómez Farías
VII	San Fernando	Burgos, Cruillas, Méndez y San Fernando
VIII	Jaumave	Jaumave, Tula, Miquihuana, Bustamante y Palmillas
IX	Miguel Alemán	Guerrero, Miguel Alemán, Mier, Camargo y Gustavo Díaz Ordaz
X	Valle Hermoso	Valle Hermoso y Río Bravo
XI	Padilla	San Nicolás, San Carlos, Jiménez, Abasolo, Soto la Marina y Padilla
XII	Altamira	Altamira, Aldama y González

Fuente: Elaboración propia con información de la SST.

1.4.2 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque objetivo.

Población

Definición de la población o área de enfoque objetivo	Población de Tamaulipas que no cuenta con seguridad social.
Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo	1,614,896 personas. Fuente: CONAPO 2022.
	100% de la población objetivo: 1,614,896 personas.
Estimación de la población a atender en el primer año de operación	3,858,814 Atenciones de consulta externa 1034299 Acciones de detección 412,827 Acciones de planificación familiar 695,729 Atenciones de salud bucal 232,335 Atenciones de salud mental (CUBOS SIS, CONSOLIDADO SINBA 2022)

Descripción del problema por afectaciones diferenciadas en determinados grupos poblacionales

Niños	Personas entre 0 y <12 años	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de residencia (rural/urbano) • Sexo • Con y sin discapacidad • Subgrupos etarios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Menores de 1 año ○ De 1 y <5 a años ○ De 5 años y < 12 años
Adolescentes	Personas de 12 y <18 años	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de residencia (rural/urbano) • Sexo • Con y sin discapacidad • Mujeres en edad reproductiva de 15 a 44 años
Adultos	Personas entre 18 y <60 años	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar de residencia (rural/urbano) • Sexo • Con y sin discapacidad • Mujeres en edad reproductiva de 15 a 44 años
Personas adultas mayores	Personas mayores a 60 años.	Personas mayores de 30 años y menores de 60 años.
Personas con discapacidad	Personas de cualquier grupo de edad.	Personas que tienen alguna dificultad para desempeñar actividades cotidianas como: caminar, moverse, subir o bajar, ver, hablar, oír, vestirse, bañarse o comer, poner atención o alguna limitación mental.
Población sin seguridad social	Personas de cualquier grupo de edad.	La norma establece que debe existir un núcleo básico de atención por cada 3,000 habitantes sin seguridad social y una cama de hospital por cada 1,000.

1.4.3 Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo.

La Ley General de Salud define la población a la que va dirigida la prestación de servicios de salud por parte de la Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud 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 federales que son transferidos a la Secretaría de Salud de Tamaulipas debe destinarse para la atención de la denominada "población abierta" del Estado, que con base en las proyecciones de la población de la CONAPO 2022, tiene un estimado de 1,614,896 habitantes sin seguridad social.

Tabla 8.

Población según institución de derechohabiencia. Tamaulipas 2022.

Institución	Población	Porcentaje
Con derechohabiencia	2,093,112	56.45 %
IMSS	1,573,634	75.18
ISSSTE	391,744	18.72
PEMEX, SEDENA, SEMAR	109,103	5.72
Sin definir	21,139	1.01
Sin derechohabiencia	1,614,896	43.55 %
TOTAL	3,708,008	100.00 %

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

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. Ppr su parte las dependencias que atienden a la población sin seguridad social son: IMSS-Bienestar, y los Servicios Estatales de Salud, SST.

A continuación, se presentan los datos de población del 2022, según condición de derechohabiencia y desagregados por Jurisdicciones Sanitarias.

Tabla 9.

Población según derechohabiencia y jurisdicción sanitaria. Tamaulipas 2022.

Jurisdicción Sanitaria	Sin derechohabiencia	Con derechohabiencia	Total
I. Victoria	226,026	249,400	475,426
II. Tampico	191,077	375,774	566,851
III. Matamoros	227,240	325,470	552,710
IV. Reynosa	248,266	450,777	699,043
V. Nuevo Laredo	170,019	256,073	426,092
VI. Mante	79,030	106,307	185,337
VII. San Fernando	54,473	16,039	70,512
VIII. Jaumave	55,569	15,145	70,714
IX. Miguel Alemán	52,262	19,557	71,819
X. Valle Hermoso	107,497	96,757	204,254
XI. Padilla	61,544	20,583	82,127

Jurisdicción Sanitaria	Sin derechohabiencia	Con derechohabiencia	Total
XII. Altamira	141,893	161,230	303,123
Estado	1,614,896	2,093,112	3,708,008

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

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 2022, distribuida por sexo y grupo etario.

Tabla 10.

Población Sin Seguridad Social por sexo y grupos programáticos de edad. Tamaulipas 2022.

Grupos programáticos de edad	Hombres	Mujeres	Total
Menores de 1 año	15,807	15,201	31,008
1 a 4 años	61,443	58,864	120,307
5 a 14	150,401	147,750	298,151
15 a 24	155,989	149,033	305,022
25 a 44	236,152	232,811	468,963
45 a 64	146,255	139,445	285,700
> 65 años	48,455	57,290	105,745
Total	814,502	800,394	1,614,896

1.4.4 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 derechohabencia 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 para facilitar la planeación estratégica. La frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo es anual a partir de las características antes referidas.

Tabla 11.

Crecimiento de la población por grupos etarios programáticos. Tamaulipas 2010-2022.

Grupo etario	2010	2015	2019	2020	2021	2022	% Variación con el año anterior
< 1 año	61,925	61,45	61,435	62,295	61,956	61,654	-0.49
1-4 años	259,524	245,326	243,892	249,582	247,932	246,375	-0.63
5 a 14	446,174	636,167	626,282	630,841	628,012	625,004	-0.48
15 a 24	584,389	610,015	621,722	609,755	611,365	612,893	0.25
25 a 44	1,042,391	1,080,888	1,104,263	1,055,724	1,059,732	1,063,960	0.39
45 a 64	552,461	668,586	762,326	759,620	776,742	792,437	1.99
> 65 años	203,441	240,934	278,916	282,785	293,884	305,685	4.01
Total	3,150,305	3,543,366	3,698,836	3,650,602	3,679,623	3,708,008	0.71
Edad fértil	924,196	975,602	1,003,280	1,112,310	960,430	1,117,824	16.48

Fuente: CONAPO 2022

Tabla 12.

Población según condición de derechohabencia. Tamaulipas 2010 - 2022

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

Año	Población total	Con seguridad social	Porcentaje	Sin seguridad social	Porcentaje
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
2022	3,708,008	2,093,112	56.45	1,614,896	43.55

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

En el año 2022 la CONAPO proyectó 3,708,008 habitantes, de ellos 2,095,620 el 56.51 por ciento correspondían a población con seguridad social y 1,614,896 el 43.55 por ciento no disponían de seguridad social.

1.5 Análisis de alternativas.



CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE ALTERNATIVAS

Criterios de valoración

1. Menor costo de implementación.
2. Mayor financiamiento disponible.
3. Menor tiempo para obtención de resultados.
4. Aceptación por la población afectada.
5. Mayor viabilidad técnica del programa.
6. Mayor capacidad institucional.
7. Mayor impacto institucional.
8. Mejores resultados esperados.

Escala de puntos

1 PUNTO

2 PUNTOS

3 PUNTOS

4 PUNTOS

Nota: El número de puntos en la escala corresponde al número de alternativas identificadas.
 Nota 2: El 4 representa la mejor alternativa mientras que el 1 representa la peor.

MATRIZ DE ALTERNATIVAS				
CRITERIOS DE VALORACIÓN	Alternativa 1. Condiciones adecuadas de la infraestructura en salud	Alternativa 2. Suficientes RH y RM para la salud	Alternativa 3. Eficiente ejecución de los programas y servicios	Alternativa 4. Disminución en la carga de servicios al 2° y 3° nivel
1. Menor costo de implementación	2	1	3	4
2. Mayor financiamiento disponible	2	3	1	4
3. Menor tiempo para la obtención de resultados	2	1	3	4
4. Aceptación por la población afectada	3	4	2	1
5. Mayor viabilidad técnica del programa	1	2	4	3
6. Mayor capacidad institucional	2	1	4	2
7. Mayor impacto institucional	2	1	3	4
8. Mejores resultados esperados	1	2	3	3
TOTAL	15	15	23	27

Nota: La viabilidad de las alternativas se determina con base en el total puntos.

La prestación de servicios de salud es una actividad normada por la Constitución Mexicana, la Ley General de Salud, Plan Nacional de Desarrollo, Plan Sectorial de Salud, Normas Oficiales Mexicanas, Constitución Política del Estado de Tamaulipas, Plan Estatal de Desarrollo, Ley de Salud Estatal, Declaración Universal de Derechos Humanos y Tratados Internacionales, entre otras. Todas ellas orientan la aplicación y prioridades de las políticas y acciones de salud. En ese sentido, si bien en la matriz de alternativas se han utilizado los criterios de valoración sugeridos, el puntaje total se toma solo como referencia para poner especial atención en las alternativas mejor calificadas, sin que esto signifique que las demás puedan ser descartadas porque no son excluyentes. Es necesario trabajar en todas ellas para mantener la funcionalidad del PP E081.

Otra visión de este análisis sería considerar como alternativa 1 la prestación de los servicios de salud por parte del Estado y como alternativa 2 la prestación de los mismos bajo el modelo de prestación subrogada a prestadores privados. Se comenta solo para la discusión dado que no existen de momento las condiciones para que se haga tal cambio de paradigma.

1.6 Diseño del programa propuesto o con cambios sustanciales.

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:

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 endemias, epidemias y 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.

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.

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.

Diseñar y aplicar una política pública de prevención y atención de infecciones por VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

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.

Fortalecer los programas para la prevención, atención y erradicación de problemas psicoemocionales, especialmente para las víctimas de violencia.

Elaborar el diagnóstico y diseño de un plan integral y permanente para la prevención y atención del embarazo adolescente.

Elaborar un estudio de factibilidad para determinar la viabilidad y pertinencia de establecer la Ciudad de la Salud en Reynosa.

Rediseñar e implementar un programa emergente de atención a la salud mental, considerando a las enfermedades mentales como factores de riesgo que provocan discapacidad.

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).

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.

Infraestructura en los Servicios de Salud de Tamaulipas

Para la prestación de servicios de salud a la población sin seguridad social, la Secretaría de Salud de Tamaulipas cuenta con 299 centros de salud, 26 hospitales (incluye el HRAEV y los hospitales COVID) y 34 Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES), entre otras.

Tabla 13.

Infraestructura en Salud. Servicios de Salud de Tamaulipas 2022.

Tipo de Infraestructura	Cantidad
Centro de Salud Rural	118
Centro de Salud Urbano	178
Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA)	3
Hospital	20
Hospital COVID	6
Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES)	34
Clínica de Especialidades	13
Unidades Médicas Móviles	15
Otros establecimientos	32
Total	419

Fuente: CLUES 2022.

Tabla 14.

Infraestructura en Salud por Jurisdicción Sanitaria. Servicios de Salud de Tamaulipas 2022.

Tipo de Infraestructura	I Victoria	II Tampico	IV Matamoros	V Reynosa	V Nvo. Laredo	VI Mante	VII San Fdo.	VIII Jaumave	IX M. Alemán	X v. Hermoso	XI Padilla	XII Altamira	Total
Centro de Salud Rural	19	-	13	8	-	13	13	13	4	9	15	11	118
Centro de Salud Urbano	21	19	33	21	14	14	12	5	7	12	7	13	178
CESSA	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	3
Hospital	4	3	1	2	2	1	1	-	1	2	1	2	20
Hospital COVID	1	1	-	1	1	1	-	-	-	-	-	1	6
UNEMES	7	6	4	4	5	1	1	1	1	2	1	1	34
Clínica de Especialidades	2	1	2	2	3	1	-	-	1	1	-	-	13
Unidades Médicas Móviles	4	-	1	-	-	1	1	4	-	-	3	2	16
Otros establecimientos	8	2	3	4	2	3	2	2	1	1	1	2	31
Total	66	32	57	42	27	35	30	26	16	27	28	33	419

Fuente: CLUES 2022.

Recursos Humanos

En 2022, la Secretaría de Salud de Tamaulipas cuenta con una plantilla de 16,178 trabajadores que labora en las distintas unidades médicas que prestan servicios de salud a la población sin seguridad social.

Tabla 15.

Recursos Humanos por Tipo de Unidad Médica. Servicios de Salud de Tamaulipas 2022.

Tipo de Unidad Médica	Plazas Ocupadas
Centro de Salud Rural	326
Centro de Salud Urbano	3,296
Centro de Salud con Servicios Ampliados	198
Hospital	11,206
Hospital COVID	364
Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES)	512
Clínica de Especialidades	248
Unidades Médicas Móviles	28
Total	16,178

Fuente: SINERHIAS 2022.

Tabla 16.

Recursos Humanos por Tipo de Plaza. Servicios de Salud de Tamaulipas 2022.

Tipo De Plaza	Cantidad
Médicos Generales, Odontólogos y Especialistas	2,337
Médicos en Adiestramiento	1,367
Médicos en otras Actividades	192
Enfermeras en Contacto con el Paciente	5,787
Enfermeras en otras Actividades	190
Otro Personal Profesional (Incluye Pasantes)	877
Personal Técnico	1,005
Otro Personal	4,423
Total	16,178

Fuente: SINERHIAS 2022.

1.6.1 Modalidad del programa.

A continuación se describe la modalidad de gasto del Programa presupuestario de acuerdo con la clasificación programática vigente emitida por el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC). La modalidad seleccionada es consistente con la operatividad y las acciones de intervención que desarrollará el programa presupuestal E081.

Ramo/Sector: Ramo E / Secretaría de Salud

Modalidad:	E. Actividades del sector público, que realiza en forma directa, regular y continua, para satisfacer demandas de la sociedad, de interés general, atendiendo a las personas en sus diferentes esferas jurídicas, a través de la finalidad: ii) Funciones de Desarrollo Social	Denominación del programa:	E081 Servicios de Salud
-------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------

1.6.2 Diseño del programa.

El Gobierno del Estado incluye en sus programas presupuestarios, los objetivos y metas para el logro de mejores condiciones de salud, bienestar y vida, como es el caso del actual Programa de Servicios de Salud, el cual establece indicadores para dar cuenta del avance en la mejora de la salud en sus temas prioritarios establecidos en el programa sectorial de salud. El presente Programa en su Matriz de Indicadores de Resultado MIR incluye en total 21 indicadores que son base para la integración de los programas específicos que se detallan en los Lineamientos de Operación del Programa E081 Servicios de Salud publicados en el Periódico Oficial No. 156, Tomo CXLVI, publicado el 31 de diciembre de 2021 y disponible en: <https://po.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2021/12/cxlvii-156-301221F-ANEXO.pdf>

Los subprogramas que documentan los Lineamientos mencionados prestan servicios de salud a sus beneficiarios y no entregan productos económicos como propósito sustantivo de su quehacer. Cada subprograma tiene lineamientos propios de organización, operación, información, programación, control, evaluación, supervisión, entre otros, definidos en documentos institucionales emitidos por las áreas de la Secretaría de Salud Federal. Los programas de origen estatal presentan su información de manera directa. A continuación, se enlistan los programas incluidos en los Lineamientos; se presentan 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

En general, Programa Presupuestal E081, incluye en su cartera de servicios, los enmarcados en la Ley General de Salud del Estado en su artículo 3ro, materia de salubridad general que incluye:

- a) La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de los establecimientos de salud, destinados a la población en general.
- b) La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables.
- c) La atención de la madre, del infante aún desde el momento de su concepción.
- d) La prestación de servicios de planificación familiar.
- e) La atención a la salud mental.
- f) La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.
- g) La promoción de la formación de recursos humanos para la salud.
- h) La coordinación de la investigación para la salud y el control de éstas en seres humanos. Asimismo, el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres humanos.
- i) La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud.
- j) La educación para la salud.
- k) La orientación y vigilancia en materia de nutrición.
- l) La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.
- m) La salud ocupacional y el saneamiento básico.
- n) La prevención y el control de enfermedades transmisibles.
- o) La prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y accidentes.
- p) La asistencia social, prevención de la invalidez y la rehabilitación de los discapacitados.
- q) Participar con las autoridades federales en el desarrollo de los programas contra el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia.
- r) El control sanitario de publicidad de las actividades, productos y servicios a los que se refiere la Ley General de Salud.
- s) El control sanitario de los establecimientos que procesen alimentos, bebidas no alcohólicas y alcohólicas.
- t) Las demás que establezca la Ley General de Salud y otros ordenamientos legales aplicables.

Unidades Administrativas Responsables (UR) del programa

UR= Son las áreas de la dependencia que llevan a cabo la operatividad del programa (Dirección administrativa, Dirección de Planeación, etc.).

Clave UR	Nombre del área (UR)	Funciones de cada UR respecto al programa propuesto o con cambios sustanciales
1	Secretaría de Salud	Integra todos los Fondos Presupuestarios de la Secretaría de Salud, O.P.D. Servicios de Salud de Tamaulipas para asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud, de alta calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de la población, en promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica, salud pública, seguridad y protección social, control de riesgos sanitarios, desarrollo de los profesionales de la salud, participación activa de la población para desarrollar entornos y conductas saludables, con financiamiento equitativo, uso eficiente, honesto, y transparente de los recursos.

1.6.2.1 Previsiones para la integración y sistematización del padrón de beneficiarios.

No se cuenta con un padrón formal como corresponde y sucede en las demás instituciones de salud como el IMSS, ISSSTE y otras. Para el caso de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de salud no hay una política bien definida en este sentido.

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.

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, reguardo y depuración.

1.6.2.2 Matriz de Indicadores para Resultados.

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 2023 que se desglosa a continuación:

MIR para el ejercicio 2023

Nivel	Resumen narrativo	Nombre del Indicador	Método de calculo	Medios 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.	Total de años-persona vividos más allá de la edad exacta 0 (recién nacidos), dividido por el número de recién nacidos (100 000).	https://www.gob.mx/conapo/documentos/cuadernillos-estatales-de-las-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050-2082437idiom=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:	Total de personas sin seguridad social atendidas de primera vez en las unidades de salud en un periodo determinado/total de población sin seguridad social en el mismo tiempo determinado.	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.
Componentes	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	(Total de Comités de Salud Activos en un tiempo determinado / Total de Comités constituidos en el mismo periodo *100	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.
	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 la población sin seguridad social.	Cobertura con esquema completo de vacunación en población de responsabilidad de la Secretaría de Salud (menores de 8 años de	Total de menores de 8 años de edad con esquemas completos de vacunación en población responsabilidad de la Secretaría Salud en un periodo determinado / Población menor de 8 años de edad, responsabilidad de la Secretaría de Salud en el mismo periodo *100	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

Nivel	Resumen narrativo	Nombre del indicador	Método de calculo	Medios de verificación	Supuestos
		edad)			
	Atenciones de consulta de salud reproductiva son otorgadas 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)	Número de consultas prenatales otorgadas a mujeres embarazadas sin seguridad social en un periodo determinado / Número de consultas prenatales otorgadas de primera vez en población sin seguridad social en el mismo periodo	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.
	La población sin seguridad social del estado recibe atención médica especializada en la Red se 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.	(Camas censables en hospitales de los Servicios de Salud del Estado en un periodo determinado / Población sin seguridad social en el mismo periodo) * 1000	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.
	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.	(Número total de días estancia / número total de días cama) * 100	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 oportuna e y las unidades de primer nivel refieren a los pacientes para servicios especializados.
Actividades	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	(Total de visitas de equipos itinerantes realizadas / total de visitas de equipos itinerantes programadas) * 100	Sistema de Información Gerencial y Anexo 6 del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica	Los equipos multidisciplinarios se mantienen integrados y activos.

Nivel	Resumen narrativo	Nombre del Indicador	Método de calculo	Medios de verificación	Supuestos
	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.	(Total de licencias sanitarias emitidas para regular establecimientos de servicios de salud / Total de solicitudes de licencias sanitarias de establecimientos de servicios de salud) *100	Base de datos del Departamento de Autorizaciones de licencias Sanitarias. COEPRIS	Los dueños de los establecimientos cumplen con la normatividad sanitaria vigente
	Actividades para mantener al Estado sin casos de rabia humana, mediante acciones de prevención y control en humanos y animales.	Cobertura de vacunación antirrábica en población canina y gatuna de áreas urbanas	Número de perros y gatos vacunados en el periodo / Número de perros y gatos estimados para el mismo periodo*100	Sistema en Información en Salud (SIS) Sistema de Información Básica en Materia de Salud(SINBA)	La población lleva a los servicios de salud a vacunar a sus mascotas (perros y gatos).
	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.	Número de recién nacidos tamizados para detección oportuna de hipotiroidismo congénito / Total de recién nacidos *100	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.
	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 s. (Eje transversal para la igualdad entre hombres y mujeres)	Consultas y atenciones en población adolescente de 10 a 19 años de edad otorgadas en los Servicios Amigables para Adolescentes en un periodo determinado/Consultas y atenciones en población adolescente de 10 a 19 años de edad programadas en los Servicios Amigables para Adolescentes en el mismo periodo *100	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.

Nivel	Resumen narrativo	Nombre del Indicador	Método de calculo	Medios de verificación	Supuestos
	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.	(Número total de médicos generales y familiares en los servicios de salud en un tiempo determinado/Total de Población sin seguridad social en el mismo tiempo determinado)*1000	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.
	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 becarlos en Residencias Medicas	Total de campos ocupados por médicos residentes/ campos autorizados para médicos residentes *100	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 estudios.
	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)	(Total de mastografías de tamizaje realizadas en mujeres de 40 a 69 años, sin seguridad social en un área y periodo determinado) / Total de mastografías programadas a mujeres de 40 a 69 años, sin seguridad social en la misma área y periodo determinado) *100	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 mantiene en buenas condiciones.
	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)	(Total de citologías y de estudios de tamizaje de Virus del Papiloma Humano, realizadas en mujeres de 25 a 64 años, sin seguridad social en un área y periodo determinado) / Total de citologías y estudios de tamizaje de Virus del Papiloma Humano programadas a mujeres de 25 a 64 años, sin seguridad social en la misma área y periodo) *100	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.

Nivel	Resumen narrativo	Nombre del Indicador	Método de calculo	Medios de verificación	Supuestos
	Consultas médicas de métodos anticonceptivos permanentes, dispositivos intrauterinos y hormonales, son brindadas a la población en edad reproductiva responsabilidad de la Secretaría de Salud del Estado en unidades de primer y segundo nivel de atención para evitar embarazo no planeado.	Cobertura de Anticoncepción Post Evento Obstétrico.	Número de aceptantes de métodos anticonceptivos durante el post evento obstétrico y antes del egreso hospitalario + Número de aceptantes durante el puerperio en el primer nivel de atención / Total de eventos obstétricos atendidos en unidades médicas de la Secretaría de Salud. *100	Sistema en 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.
	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	Mujeres de 15 años o más unidas, de población de responsabilidad que se les aplicó herramienta de detección de violencia, en un periodo determinado / Mujeres unidas de 15 años o más de población de responsabilidad programadas para detección de violencia en el mismo periodo *100	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.
	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.	(Total de consultas médicas generales otorgadas en unidades de primer nivel a población sin seguridad social en un periodo determinado/ Total de consultas médicas programadas en unidades de primer nivel a población sin seguridad social en el mismo periodo.) *100	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 atención.
	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 enfermedad es crónicas no transmisibles en población de 20 años y más de responsabilidad.	Tamizaje de enfermedades crónicas en población de 20 años y más sin seguridad social, en un periodo determinado / Estudio de tamizaje de enfermedades crónicas en población de 20 años y más sin seguridad social, en el mismo periodo *100	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.

Nivel	Resumen narrativo	Nombre del Indicador	Método de calculo	Medios de verificación	Supuestos
	Acciones de atención médica ambulatoria son brindadas 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 los Servicios de Salud	Total de usuarios que respondieron con buen trato y digno en la consulta externa de los Servicios de Salud / Total de usuarios encuestados en la consulta externa de los Servicios de Salud en el periodo x 100	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.
	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.	(Total de unidades médicas de Primer y Segundo Nivel de Atención de los Servicios de Salud acreditadas para CAUSES / Total de unidades médicas de Primer Nivel y Segundo Nivel de Atención de los Servicios de Salud, sujetas a acreditación * 100	Informe de Resultados del Programa de Acreditación. Dirección de Calidad y Acreditación	La Infraestructura no sufre daños ocasionados por contingencias.
K185 Component e	Otorgamiento de servicios de salud a la población sin seguridad social, mediante infraestructura nueva o remodelada, para garantizar la cobertura y calidad con base al Modelo de Atención Integrada de los Servicios de Salud en Tamaulipas.	Porcentaje de avance proyectos	Porcentajes de avance de proyectos entre el porcentaje de presupuestos ejercidos *100	Informes internos de Secretaría de Obras Públicas y Subsecretaría de Planeación de los Servicios de Salud de Tamaulipas	Las propuestas del Plan Maestro de Infraestructura se aprueban y reciben recursos para su ejecución.

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.

Estimación de metas en el primer año de operación del programa para los indicadores definidos en la MIR

Nivel	Nombre del indicador	Meta estimada 2023
Fin	Esperanza de vida al nacimiento	76.89
Propósito	Cobertura de atención en población sin seguridad social	17%
Componentes	Porcentaje de comités de salud activos	100%
	Cobertura con esquema completo de vacunación en población de responsabilidad de la Secretaría de Salud (menores de 8 años de edad)	95%
	Promedio de consultas prenatales por embarazada:	5
	Camas censables por 1000 habitantes sin seguridad social.	0.92%
	Porcentaje de ocupación hospitalaria	35%
	Porcentaje de visitas de equipos itinerantes de salud	100%
	Cobertura de regulación sanitaria de establecimientos de servicios de salud.	100%
	Porcentaje de aplicación de vacuna antirrábica canina y felina	100%
	Porcentaje de recién nacidos tamizados para detección oportuna para hipotiroidismo	100%
	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)	100%
Actividades	Médicos generales y familiares por cada 1000 habitantes sin seguridad social.	0.66
	Porcentaje ocupacional de becarios en Residencias Médicas	100%
	Porcentaje de mujeres de 40 a 69 años con estudios de mastografías de tamizaje (Eje transversal para la igualdad entre hombres y mujeres)	100%
	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)	100%
	Cobertura de Anticoncepción Post Evento Obstétrico.	80%
	Porcentaje de detección de violencia en mujeres mayores de 15 años.	100%
	Porcentaje de consultas de medicina general en unidades de primer nivel.	100%

Nivel	Nombre del indicador	Meta estimada 2023
	Porcentaje de detección de enfermedades crónicas no transmisibles en población de 20 años y más de responsabilidad.	100%
	Porcentaje de satisfacción en trato adecuado y digno en los Servicios de Salud.	92%
	Porcentaje de acreditación de unidades médicas para otorgar servicios incluidos en el CAUSES.	98%
K185 Componente	Porcentaje de avance proyectos	100%

1.7 Análisis de similitudes o complementariedades

En México, la población está segmentada en dos grandes bloques: los que cuentan con algún tipo de seguridad social: Derechohabientes del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR y los que no cuentan con seguridad social: Población abierta que es responsabilidad del IMSS-Bienestar y los Servicios Estatales de Salud.

Queda claro entonces, que aunque cada una de estas instituciones tiene un propósito muy similar, que es el de otorgar servicios de salud, cada cual atiende a una población específica. En este sentido, toda la población del estado que no cuenta con seguridad social es susceptible de recibir servicios de salud en las unidades médicas de la Secretaría de Salud de Tamaulipas.

El Programa Presupuestal E081 tiene sustento en la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas, la cual establece en su Título Tercero de la Prestación de los Servicios de Salud, Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 15, que: "Conforme a las prioridades del Sistema Estatal de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, a la población abierta, preferentemente a los grupos en situación de vulnerabilidad".

Formato 2. Complementariedades y coincidencias entre programas.

Nombre del programa similar o complementario	Dependencia o Entidad que lo opera	Propósito	Población o área de enfoque objetivo	Cobertura	¿Presenta riesgo de similitud con el programa propuesto?	¿Complementa al programa propuesto?	Explicación
Servicio Médico IMSS Bienestar	de IMSS	Proporcionar servicios de salud.	A autoempleados, trabajadores del sector informal y desempleados.	Comunidades de Tamaulipas donde la Secretaría de Salud no cuenta con unidades propias. 113 unidades de primer nivel y cuatro del segundo nivel.	Sí	Sí	En 1973 se modificó la Ley del Seguro Social para facultar al IMSS a extender su acción a núcleos de población sin capacidad contributiva, de extrema pobreza y profunda marginación. Similar en cuanto a que proporcionan servicios de salud, pero no es complementario porque atienden población
Servicio Médico de IMSS	IMSS	Proporcionar servicios de salud y seguridad social.	Trabajadores derechohabientes del IMSS, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes.	54 unidades médicas en 30 municipios del Estado	Sí	No	

Nombre del programa similar o complementario	Dependencia o Entidad que lo opera	Propósito	Población o área de enfoque objetivo	Cobertura	¿Presenta riesgo de similitud con el programa propuesto?	¿Complementa al programa propuesto?	Explicación
Servicio Médico de ISSSTE	ISSSTE	Proporcionar servicios de salud y seguridad social.	Trabajadores al servicio del estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes.	35 unidades médicas en 29 municipios del Estado	Sí	No	objetivo diferente. Similar en cuanto a que proporcionan servicios de salud, pero no es complementario porque atienden población objetivo diferente.
Servicio Médico de SEDENA	SEDENA	Proporcionar servicios de salud y seguridad social.	Trabajadores Militares, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes.	4 unidades médicas en 3 municipios del Estado: Nuevo Laredo, Reynosa y Tampico.	Sí	No	Similar en cuanto a que proporcionan servicios de salud, pero no es complementario porque atienden población objetivo diferente.
Servicio Médico de SEMAR	SEMAR	Proporcionar servicios de salud y seguridad social.	Trabajadores de la Marina, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes.	2 unidades médicas en 2 municipios del Estado: Matamoros y Tampico.	Sí	No	Similar en cuanto a que proporcionan servicios de salud, pero no es complementario porque atienden población objetivo diferente.
Servicio Médico de PEMEX	PEMEX	Proporcionar servicios de salud y seguridad social.	Trabajadores al servicio de PEMEX, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes.	6 unidades médicas en 4 municipios del Estado: Altamira, Madero, Reynosa y Tampico.	Sí	No	Similar en cuanto a que proporcionan servicios de salud, pero no es complementario porque atienden población objetivo diferente.

1.8 Presupuesto.

Recursos presupuestarios ejercidos 2022 por capítulo del gasto

Capítulo	Aprobado	Ampliaciones y reducciones	Monto en pesos corrientes
1000 Servicios personales	6,128,145,430.47	696,682,600.06	6,824,828,030.53
2000 Materiales y suministros	213,678,466.00	1,064,554,491.35	1,278,232,957.35
3000 Servicios generales	188,740,974.96	1,045,420,854.26	1,234,161,828.79
4000 Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	2,861,619.00	22,747,532.23	25,609,151.23
5000 Bienes muebles, inmuebles e intangibles	55,920,537.00	-11,041,881.25	44,878,655.75
6000 Inversión pública		177,977,944.64	177,977,944.64
TOTAL	6,589,347,027.43	2,996,341,541.29	9,585,688,568.29

Fuente u origen de los recursos ejercidos 2022

Fuente de Recursos	Porcentaje respecto al presupuesto estimado
Fondos federales	53.00%
Programas federales	-
Convenios	-
Recurso estatal	41.19%
Ingresos propios	5.82%
Otros (especificar)	-
Total	100%

Tabla 17.

Desglose de los recursos ejercidos al cuarto trimestre 2022 por ramo y fondo.

Financiamiento	Ramo	Fondo	Aprobado	Ampl y Reducc	Gto Modificado
Estatal	28	ASE	-	562,040,342.61	562,040,342.61
Estatal	28	Proyectos Estatales	-	421,916,265.50	421,916,265.50
Estatal	28	Presupuesto Estatal	2,864,488,183.00	99,473,591.57	2,963,961,774.57
Estatal	28	Remanente 2021	31,748,872.00	-	-
	Total		2,896,237,055.00	1,051,681,327.68	3,947,918,382.68
Federal	12	27Fid_2089	-	177,977,944.64	177,977,944.64
Federal	12	AFASPE	-	53,696,905.81	53,696,905.81
Federal	12	COEPRIS	-	16,059,536.00	16,059,536.00
Federal	12	CONADIC	-	4,851,905.00	4,851,905.00
Federal	12	Prog. E023	-	1,735,000.00	1,735,000.00
Federal	12	FAM	-	242,718.63	242,718.63
Federal	12	INSABI	-	1,001,028,304.85	1,001,028,304.85
Federal	12	Reg. Y Vig.	-	2,306,697.50	2,306,697.50

Financiamiento	Ramo	Fondo	Aprobado	Ampl y Reducc	Gto Modificado
Federal	12	Residentes	-	107,426,511.68	107,426,511.68
Federal	12	SMSXXI	-	6,179,396.00	6,179,396.00
Federal	12	UNEMES	-	12,200,720.89	12,200,720.89
	Total		-	1,383,705,641.00	1,383,705,641.00
Federal	33	FASSA	3,693,109,973.00	2,894,664.56	3,696,004,637.56
Federal	33	Rend. FASSA	-	447,850.68	447,850.68
	Total		3,693,109,973.00	3,342,515.24	3,696,452,488.24
Propios	28	Convenios	-	520,937,581.41	520,937,581.41
Propios	28	Cuotas	-	36,674,474.96	36,674,474.96
	Total		-	557,612,056.37	557,612,056.37
	Total General		6,589,347,028.00	2,996,341,540.29	9,585,688,568.29

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.

Recursos presupuestarios aprobados para el ejercicio 2023

Capítulo	Monto en pesos corrientes
1000 Servicios personales	6,705,516,794.89
2000 Materiales y suministros	154,598,503.00
3000 Servicios generales	219,015,184.96
4000 Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	2,822,400.00
5000 Bienes muebles, inmuebles e intangibles	58,716,563.00
6000 Inversión pública	-
7000 Inversiones financieras y otras provisiones	-
8000 Participaciones y aportaciones	-
9000 Deuda pública	-
TOTAL	7,140,669,445.85

Fuente u origen de los recursos aprobados para el ejercicio 2023

Fuente de Recursos	Porcentaje respecto al presupuesto estimado
Fondos federales	54.98%
Programas federales	-
Convenios	-
Recurso estatal	45.02%
Ingresos propios	-
Otros (especificar)	-
Total	100%

Referencias

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; D.O.F. 18-11-2022.

Constitución Política del Estado de Tamaulipas, P.O.E. 27.01-21, reformas y adiciones

Ley General de Salud. D.O.F. 16-05-2022.

Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022. Tamaulipas, México: Gobierno del Estado de Tamaulipas, 2023.

Plan Estatal de Desarrollo 2022-2028. Preliminar. Tamaulipas, México: Gobierno del Estado de Tamaulipas, 2023.

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. México: Programa Sectorial de Salud 2020-2024, 2015.

Programa Nacional de Salud 2019-2024. Por un México sano: construyendo alianzas. Secretaría de Salud, s.f.

Programa Sectorial de Salud, Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. México: Gobierno de la República, s.f.

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.

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.

Estudios de la OCDE sobre los Sistemas. Resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones. México: OCDE, 2020.

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>>.

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>.

Informe sobre la salud de los mexicanos. Diagnóstico general de la salud poblacional. México: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2015. Lieja 7, Col. Juárez. Modelo de Atención Integral de Salud (MAI). 06696, México, D.F.: Secretaría de Salud, 2020.

Universalidad de los Servicios de Salud Propuesta de Funsalud. Primera edición 2012.

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. <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/>

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5592 de 2015. Actualización del Plan de Beneficios en Salud. 2020.

Ministerio de salud del Perú, Plan de Beneficios del PEAS. 209. <http://www.minsa.gob.pe/portada/aseguramiento/archivo/PEAS.pdf>

Céspedes, Juan Eduardo, Iván Jaramillo, Rafael Martínez 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. Volumen 2 (2), julio 2000.

Propuesta de crecimiento de Jurisdicciones Sanitarias 2020, Servicios de Salud de Tamaulipas.

Mancillas, M. (2021) Análisis estratégico y herramientas: Fundamentos de la planeación estratégica en La persona planeando como organización. México: Universidad Vizcaya en Línea: Diplomado de Gestión Estratégica Personal

Castellanos, R. (2015). Estrategia y planificación estratégica. Maracaibo, Venezuela: Ediciones Venezuela.

RAE (2018) Diccionario de la Real Academia Española. Madrid: RAE

Rivas, L. (2016). Dirección estratégica. México: Trillas