



Tamaulipas

2022-2028

DIAGNÓSTICO PROGRAMA E081

Servicios de Salud

2024



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

GLOSARIO

Acceso efectivo a los servicios de salud. Se refiere a la capacidad de todas las personas y comunidades para obtener servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad, sin discriminación alguna. Este concepto se puede abordar en varias dimensiones: Disponibilidad, capacidad y la existencia de barreras para la utilización de los servicios.

Atención a la salud (servicio de atención a la salud). Conjunto de acciones coordinadas de promoción y/o de educación para la salud, protección específica, detección, limitación del daño, atención médica de enfermedades y rehabilitación, que se desarrollan por interacción de diferentes grupos de profesionales y técnicos, con el fin de preservar la salud del individuo o recuperarla, en conjunto con la familia o la comunidad.

Atención de consulta ambulatoria. Servicio que se otorga a toda persona que acude a un establecimiento de salud, para consulta o tratamiento sin que sea hospitalizada.

Atención primaria a la salud (APS). Es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa. Este enfoque se centra en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. La APS comprende tres componentes interrelacionados: a) Servicios de salud coordinados y completos, b) Acciones y políticas multisectoriales y c) El Establecimiento de un diálogo con personas, familias y comunidades.

Cama censable. Su característica fundamental, es que genera un Egreso Hospitalario; ésta se encuentra en el servicio instalado en el área de hospitalización (para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente), incluye incubadoras para la atención a pacientes recién nacidos en estado patológico.

Cama no censable. Su característica fundamental, es que no genera un Egreso Hospitalario; es la cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito.

Cobertura universal de salud. Acceso equitativo de todas las personas a los servicios integrales y garantizados, que necesitan a lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras.

Comités de salud (locales). Son instancias de participación comunitaria que auxilian directamente a los equipos de salud itinerantes para la prestación de los servicios de salud. Los comités tienen la tarea de concertar apoyos logísticos para fortalecer la operación de los programas de salud y participar en el desarrollo de las acciones de prevención, promoción y atención médica que ofrecen los equipos de salud itinerante, así como participar en la vigilancia de las acciones desarrolladas.

Consulta externa. Atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en el domicilio de dicho paciente, que consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente.

Cuidados paliativos. Constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.

Derechohabiencia. Derecho que tienen las personas para recibir servicios, entre los que se encuentran la atención médica, que pueden ser provistos por instituciones de seguridad social dado que cumplen con lo establecido en las disposiciones jurídicas aplicables que rigen a dichas instituciones.

Detección. También conocidas como tamizajes o screenings, son acciones que se realizan a un individuo con el objeto de realizar una búsqueda intencionada de predisposición o presencia de alguna enfermedad. Estas se llevan a cabo a través de instrumentos o pruebas, tales como cuestionarios, toma de muestras, exámenes o signos que permitan su identificación temprana. Pueden constituir un elemento fundamental para establecer acciones preventivas o la confirmación de un diagnóstico.

Días estancia. Número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al servicio de hospitalización y hasta su egreso; se obtiene restando a la fecha de egreso la de ingreso. Cuando el paciente ingresa y egresa en la misma fecha, ocupando una cama censable, se cuenta como un día estancia. Se contabiliza cero días de estancia cuando el paciente es atendido exclusivamente en los servicios de corta estancia, dado que en estos servicios ha utilizado una cama no censable.

Egreso hospitalario. Evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos entre diferentes servicios dentro del mismo hospital.

Endémico. Se define como la aparición constante de una enfermedad en un área geográfica o grupo de población, aunque también puede referirse a una alta prevalencia crónica de una enfermedad en dicha área o grupo.

Enfermedades no transmisibles (ENT). También conocidas como enfermedades crónicas, son un grupo de condiciones que no son causadas principalmente por una infección aguda. Suelen ser de larga duración y resultan en consecuencias para la salud a largo plazo, a menudo creando una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Las principales ENT incluyen: Cánceres, Enfermedades cardiovasculares, Diabetes y Enfermedades pulmonares crónicas. Otras condiciones importantes también se consideran ENTs, incluyendo las lesiones y trastornos de salud mental. Son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Muchas ENT se

pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo comunes, tales como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y comer alimentos poco saludables.

Enfermedades transmisibles. También conocidas como enfermedades infecciosas, son aquellas que se transmiten de un individuo a otro, de animales a personas, o a través de objetos contaminados. Son causadas por microorganismos, como bacterias, virus, hongos y parásitos. Pueden propagarse de diversas formas, incluyendo el contacto directo, gotas respiratorias, alimentos o agua contaminados, vectores como mosquitos, o incluso mediante transfusiones de sangre. Algunos ejemplos de enfermedades transmisibles incluyen resfriados, gripe, VIH/SIDA, tuberculosis, malaria y COVID-19.

Esperanza de vida. Es un indicador que mide el promedio de años que se esperaría que una persona viva, basado en el nivel de mortalidad de un determinado grupo de población. Este indicador es utilizado en la medición del índice de desarrollo humano (IDH), que es realizado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Esquema completo de vacunación. Es un plan que establece las vacunas que deben ser aplicadas a una persona y en qué momento de su vida deben ser administradas. Este esquema se basa en la edad, el estado de salud y otros factores relevantes. Su objetivo es proteger a las personas contra diversas enfermedades infecciosas que pueden ser prevenidas mediante la vacunación

Grupos etarios. Se refiere a la clasificación de las personas en diferentes categorías de edad con el fin de analizar y abordar de manera específica las necesidades de salud de cada grupo. Estas categorías pueden variar dependiendo del contexto y los objetivos de estudio, pero generalmente se dividen en grupos como lactantes, infancia, adolescencia, adultez y vejez.

Grupos programáticos de edad. Estos grupos pueden no coincidir exactamente con los grupos etarios estándar y pueden variar dependiendo del programa o política específica. Dividir a la población por grupos programáticos de edad tiene varios propósitos importantes: Permite proporcionar atención de salud personalizada y específica, facilita la implementación de esquemas de prevención, tratamiento y control adecuados, ayuda en el análisis, investigación, planeación y evaluación de las características y efectos de la política sobre la salud en el país y contribuye a mejorar la calidad de la atención.

Indicador. Cifra o dato que se acepta convencionalmente para medir o comparar los resultados obtenidos en la ejecución de un proyecto, proceso o programa. Permite dimensionar características de tipo cuantitativo o cualitativo.

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR). Herramienta que permite alinear los objetivos de los programas y las políticas públicas, con los objetivos estratégicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los cuales a su vez deben ser congruentes con los objetivos estratégicos del Plan Nacional de Desarrollo y los programas derivados de éste, de conformidad con las disposiciones que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en la materia.

Modelo de Atención a la Salud, MAS Bienestar. Es un modelo de salud centrado en las personas y las comunidades. Tiene como objetivo central garantizar por el Estado la protección a la salud, 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.

Morbilidad. Término utilizado en epidemiología y estadística para referirse a la proporción de individuos que contraen una enfermedad específica en un lugar y margen de tiempo determinados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad como "toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar".

Mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad se refiere al número y causa de defunciones producidas en un lugar y un intervalo de tiempo.

Periodo perinatal. Etapa que inicia a las 22 semanas de gestación y termina 7 días después del nacimiento.

Población afiliada o afiliados.- Personas que tienen el carácter de afiliados y/o derechohabientes y/o beneficiarios y/o pacientes de los servicios de salud que presten las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Población objetivo. Se refiere a la población o área que el programa pretende atender en un periodo dado de tiempo, pudiendo corresponder a la totalidad de la población potencial o a una parte de ella.

Población derechohabiente. Personas con derecho a recibir prestaciones en especie y/o en dinero conforme a lo establecido por las disposiciones jurídicas aplicables que rigen cada institución de seguridad social. Incluye asegurados directos o cotizantes, pensionados, jubilados y sus beneficiarios.

Primer Nivel de Atención. Unidades de atención que constituyen la entrada a los servicios de salud (Ej. Centros de Salud); están orientadas primordialmente a la promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento temprano y control de las enfermedades de mayor prevalencia.

Población no derechohabiente (Sin seguridad social, población abierta). Personas que pueden recibir la atención a la salud a través de la asistencia social, instituciones públicas, esquemas y/o programas como: IMSS-Bienestar, DIF y Servicios Estatales de Salud, entre otros de similares características.

Promoción de la salud. Estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

Segundo Nivel de Atención. 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.

Tasa de mortalidad. Es un indicador demográfico que refleja la proporción de defunciones registradas con respecto a la cantidad total de individuos que habitan en una población, ciudad o país durante un año. Generalmente se expresa en términos porcentuales o como el número de defunciones por cada mil habitantes de una población, ciudad o país en un año determinado.

Tasa de natalidad. Frecuencia con que ocurren los nacimientos en una población. Se calcula dividiendo el número de nacimientos vivos, sucedidas en un periodo, generalmente de un año, entre la población total estimada a mitad del periodo (población media). El resultado se expresa por cada 1,000 habitantes.

Tercer Nivel de Atención. Se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología.

Transición epidemiológica. Cambios a largo plazo en los patrones de muerte, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población específica y que, por lo general, se presentan junto con transformaciones demográficas, sociales y económicas más amplias.

Sistema Nacional de Salud. Conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como estatal y local, y las personas morales o físicas de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección de la salud.

Índice

1.1 Antecedentes.....	9
1.2 Identificación, definición y descripción del problema o necesidad.	11
1.2.1. Definición del problema o necesidad.	11
1.2.2. Estado actual del problema o necesidad.	11
1.2.3 Evolución del problema o necesidad.	20
1.2.4 Experiencias de atención.....	25
1.2.5 Árbol del problema.....	27
1.3 Objetivos	28
1.3.1 Árbol de objetivos	28
1.3.2 Determinación de los objetivos del programa.	29
1.3.3 Aportación del programa a objetivos de planeación superior.	30
1.4 Cobertura	34
1.4.1 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque potencial.....	34
1.4.2 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque objetivo.....	37
1.4.3 Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo.....	38
1.4.4 Frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo.....	39
1.5 Análisis de alternativas.....	41
1.6 Diseño del programa propuesto o con cambios sustanciales.....	43
1.6.1 Modalidad del programa.....	47
1.6.2 Diseño del programa.....	47
1.6.2.1 Previsiones para la integración y sistematización del padrón de beneficiarios.	49
1.6.2.2 Matriz de Indicadores para Resultados.	49
1.7 Análisis de similitudes o complementariedades	54
Referencias.....	58

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 Atención a la Salud para el Bienestar (MAS Bienestar), 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.

El problema que atiende el Programa E081 son los daños a la salud (morbilidad y mortalidad) de la población que no cuenta con afiliación o derechohabiencia alguna a cualquiera de las instituciones públicas del sector salud. Por definición, quienes cumplen en nuestro Estado con estos criterios, son considerados población beneficiaria de los Servicios de Salud de Tamaulipas.

La prestación de servicios de salud a la población toma como base el Diagnóstico Estatal de Salud 2023; documento en el cual se plasma la situación actual de las condiciones de salud de la población, la infraestructura física y organizacional de los servicios y la operación de los programas; así como el uso metodológico para identificación de problemas, definición de prioridades y orientación en la toma de decisiones fundamentadas para el desarrollo de proyectos y programas ordenados para impulsar las estrategias y líneas de acción del Plan Estatal de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud.

1.2.2. Estado actual del problema o necesidad.

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 el rápido crecimiento de las enfermedades en la población vulnerable, tal es el caso de la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial sistémica, tumores y emergencias sanitarias.

En lo referente 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, entre otros.

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 colelitiasis 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%.

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 período 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.

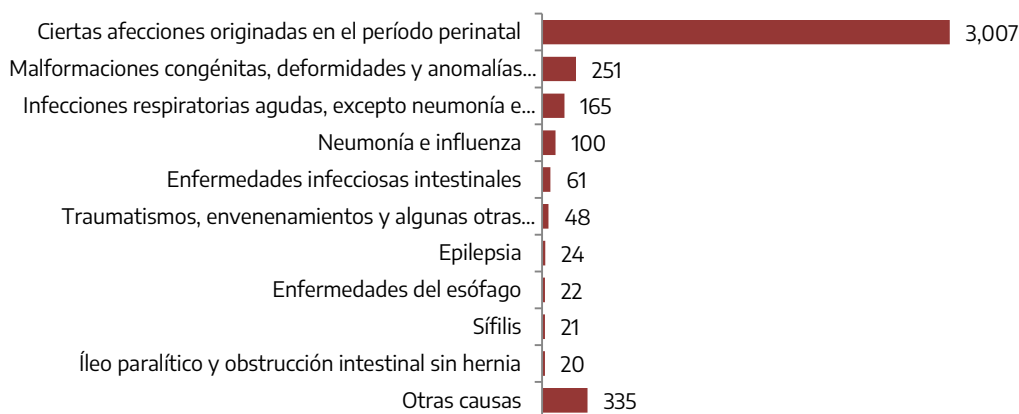
Tabla 2. Principales Causas de Morbilidad General por Grupo Quinquenal. Tamaulipas 2022.

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, 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, 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%
4 163 Ciertas afecciones originadas en el periodo 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	7,138	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%

Fuente: CUBOS SAHE 2022

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%.

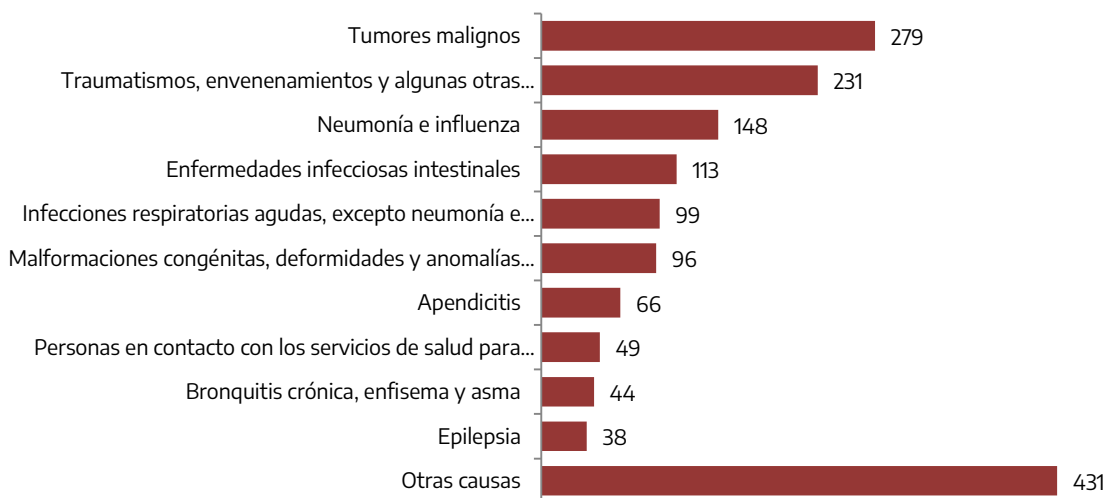
Gráfica 1. Morbilidad menores de 1 año. Tamaulipas 2022.



Fuente: CUBOS SAHE 2022

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%.

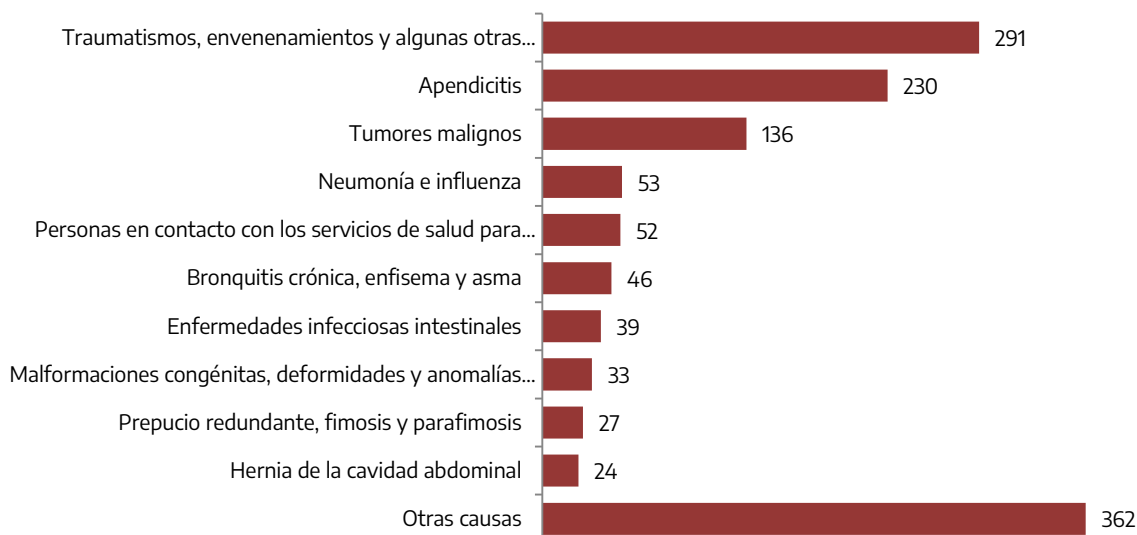
Gráfica 2. Morbilidad de 1 a 4 años. Tamaulipas 2022.



Fuente: CUBOS SAHE 2022

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%.

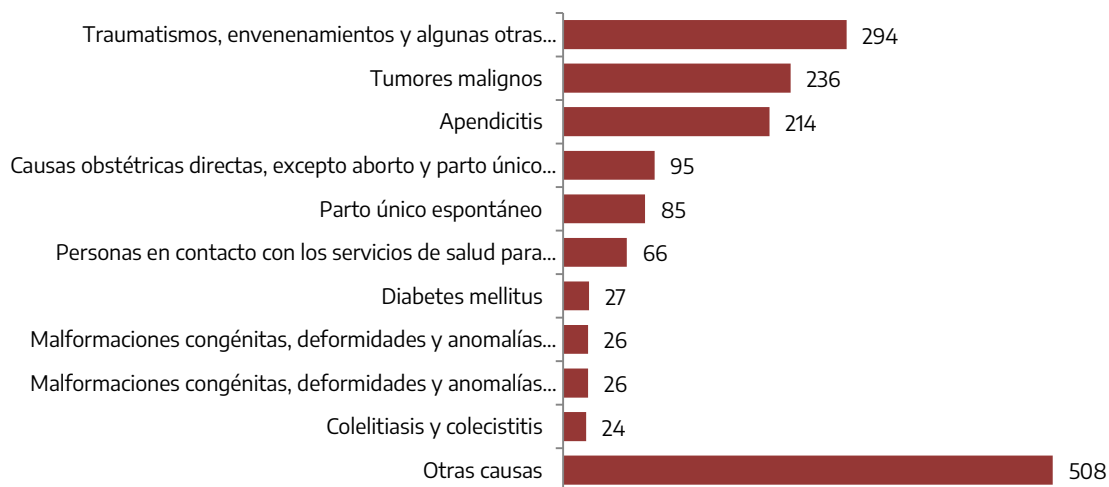
Gráfica 3. Morbilidad de 5 a 9 años. Tamaulipas 2022.



Fuente: CUBOS SAHE 2022

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%.

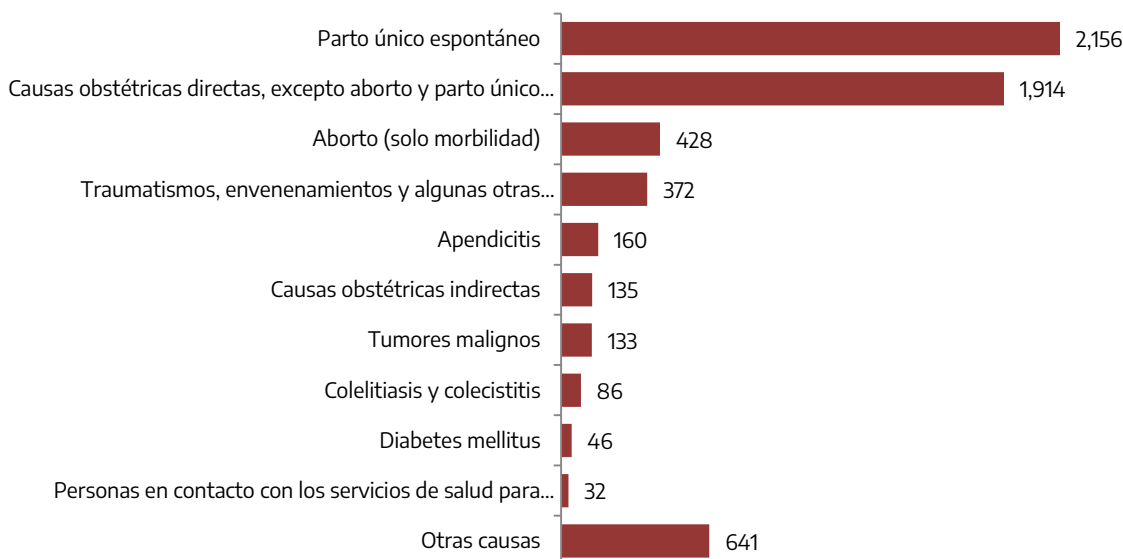
Gráfica 4. Morbilidad de 10 a 14 años. Tamaulipas 2022.



Fuente: CUBOS SAHE 2022

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%.

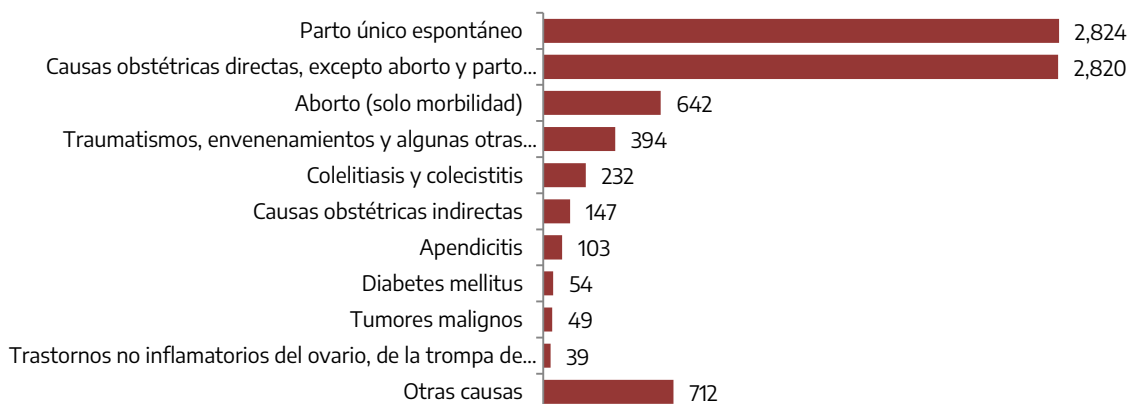
Gráfica 5. Morbilidad de 15 a 19 años. Tamaulipas 2022.



Fuente: CUBOS SAHE 2022

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%.

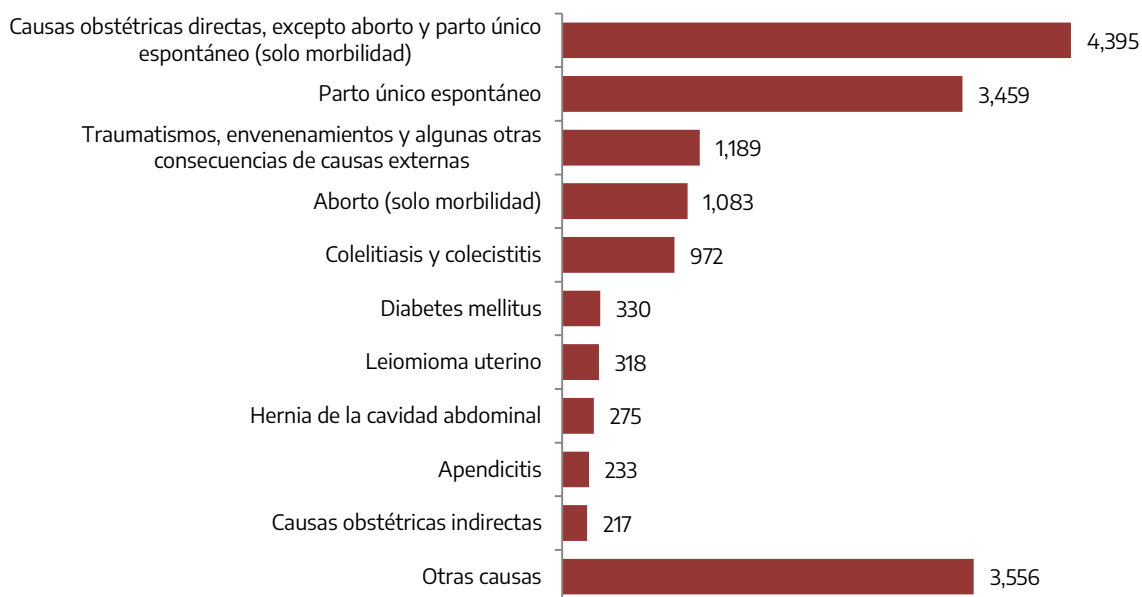
Gráfica 6. Morbilidad de 20 a 24 años. Tamaulipas 2022.



Fuente: CUBOS SAHE 2022

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%.

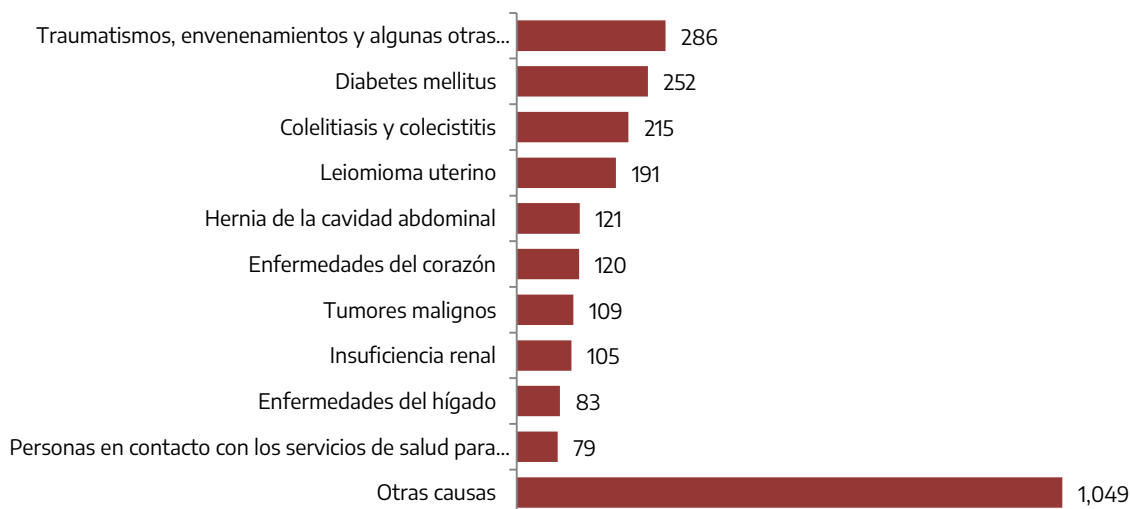
Gráfica 7. Morbilidad de 25 a 44 años. Tamaulipas 2022.



Fuente: CUBOS SAHE 2022

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%.

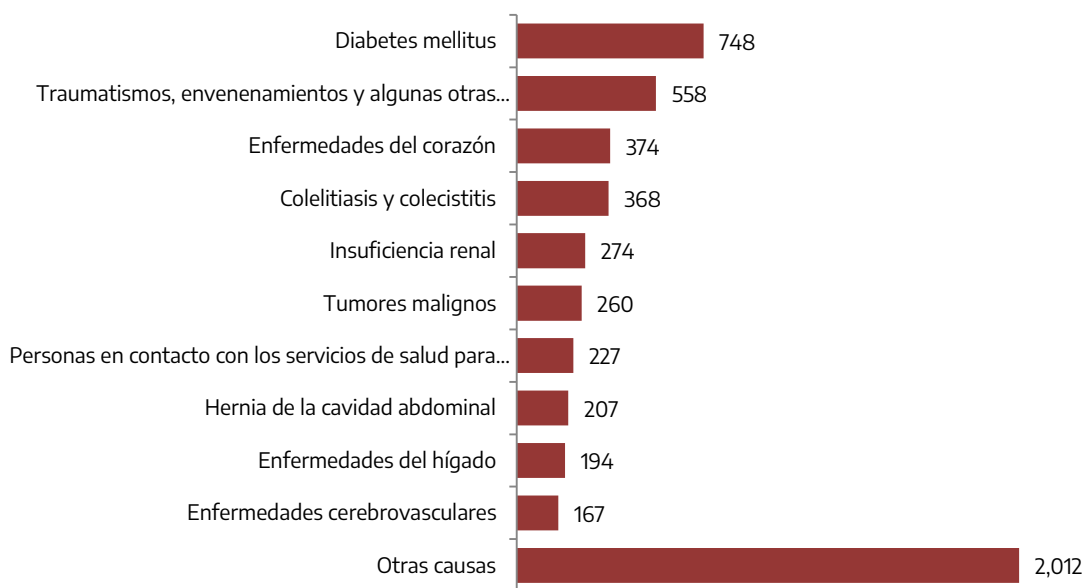
Gráfica 8. Morbilidad de 45 a 49 años. Tamaulipas 2022.



Fuente: CUBOS SAHE 2022

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%.

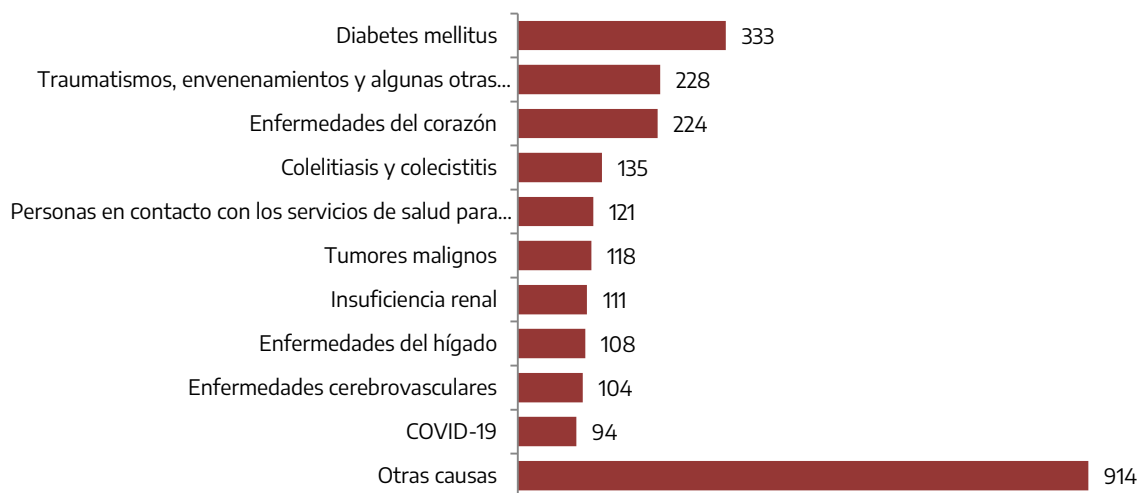
Gráfica 9. Morbilidad de 50 a 59 años. Tamaulipas 2022.



Fuente: CUBOS SAHE 2022

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%.

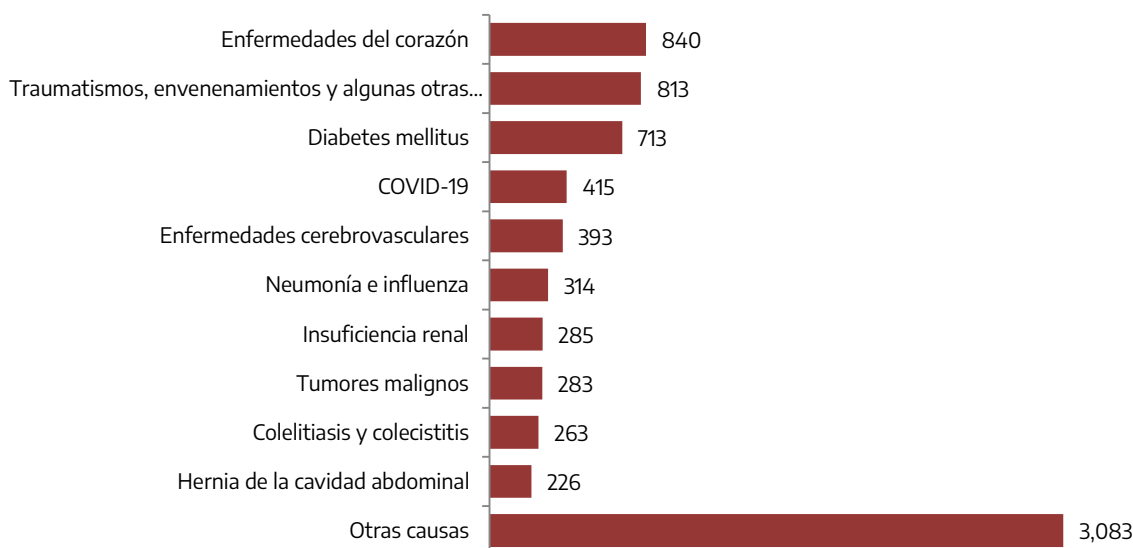
Gráfica 10. Morbilidad de 60 a 64 años. Tamaulipas 2022.



Fuente: CUBOS SAHE 2022

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%.

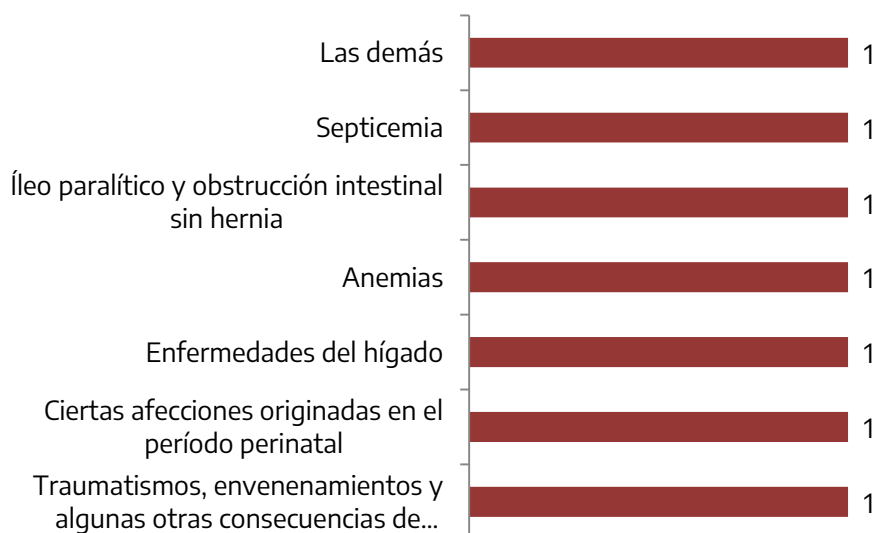
Gráfica 11. Morbilidad de 65 años y más. Tamaulipas 2022.



Fuente: CUBOS SAHE 2022

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).

Gráfica 12. Morbilidad en edad no especificada. Tamaulipas 2022.



Fuente: CUBOS SAHE 2022

Mortalidad General

En Tamaulipas durante el 2022 se registraron un total de 24,952 defunciones, con una tasa de 67.29 por cada 10,000 mil habitantes. Siendo las diez primeras causas de mayor frecuencia las enfermedades del corazón con 6,374 seguido por diabetes mellitus con 3,613, tumores malignos con 2,772 COVID-19 de 1,356, le continúa enfermedades del hígado con 1,179, enfermedades cerebrovasculares 1,021, accidentes 1,017, neumonía e influenza 983, insuficiencia renal con 643 y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas con 462.

Tabla 3. Principales Causas de Mortalidad. Tamaulipas 2022.

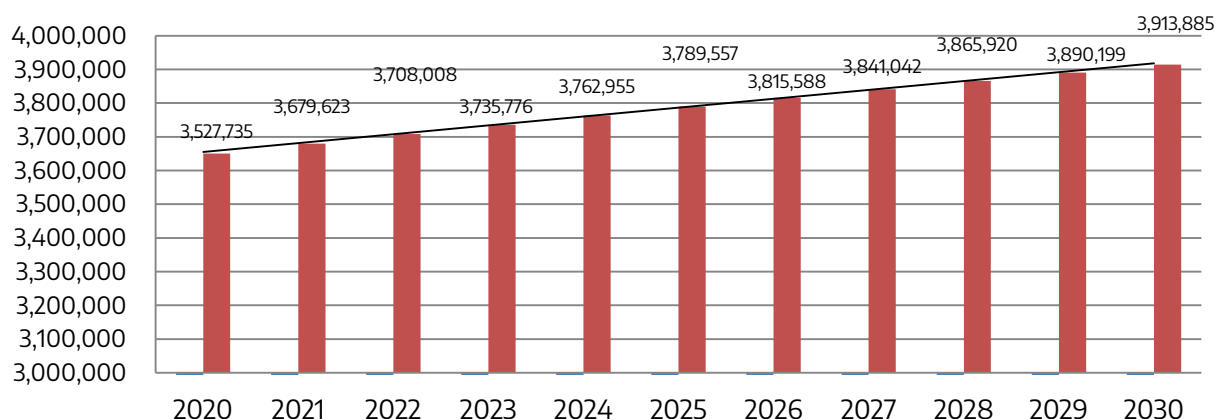
Número	Grupo	Defunciones
1	Enfermedades del corazón	6,374
2	Diabetes mellitus	3,613
3	Tumores malignos	2,772
4	COVID-19	1,356
5	Enfermedades del hígado	1,179
6	Enfermedades cerebrovasculares	1,021
7	Accidentes	1,017
8	Neumonía e influenza	983
9	Insuficiencia renal	643
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	462

Fuente: CUBOS SINBA SEED 2022.

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.

Gráfica 13. Tendencia del crecimiento de la población. Tamaulipas 2020-2030



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

Esperanza de vida.

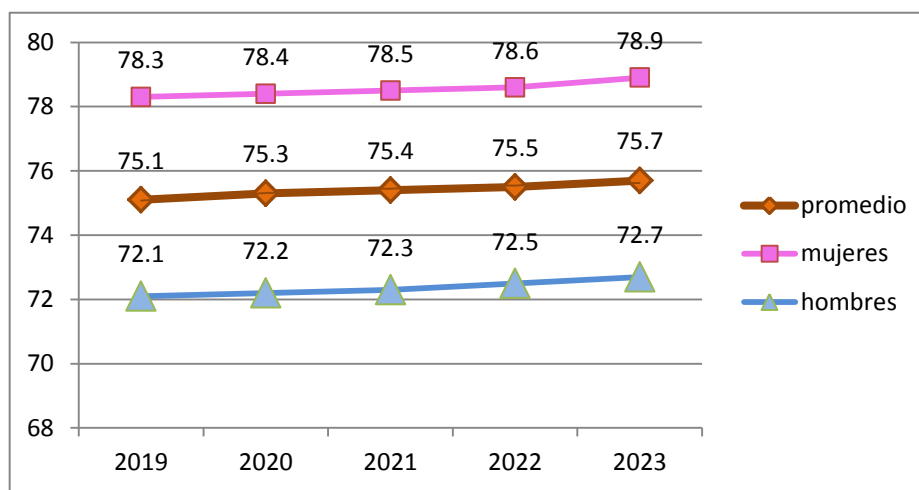
El aumento en la esperanza de vida está directamente relacionado con el aumento de la demanda de atención de enfermedades crónicas como las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, diabetes, trastornos de la visión y la audición,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

Gráfica 14. Esperanza de vida al nacimiento. Tamaulipas 2019-2023



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 2023, muestra un incremento del 3.17%. Algunos grupos etarios muestran decrecimiento, como los menores de un año con el -2.06%, los de 1 a 4 años -2.49% y

los de 5 a 14 años decrecen el -1.84%. Otros grupos etarios como el de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años crece el 0.98% y la población de 25 a 44 años, el 1.59%. El mayor crecimiento se observa en la población mayor de 65 años con el 16.81%.

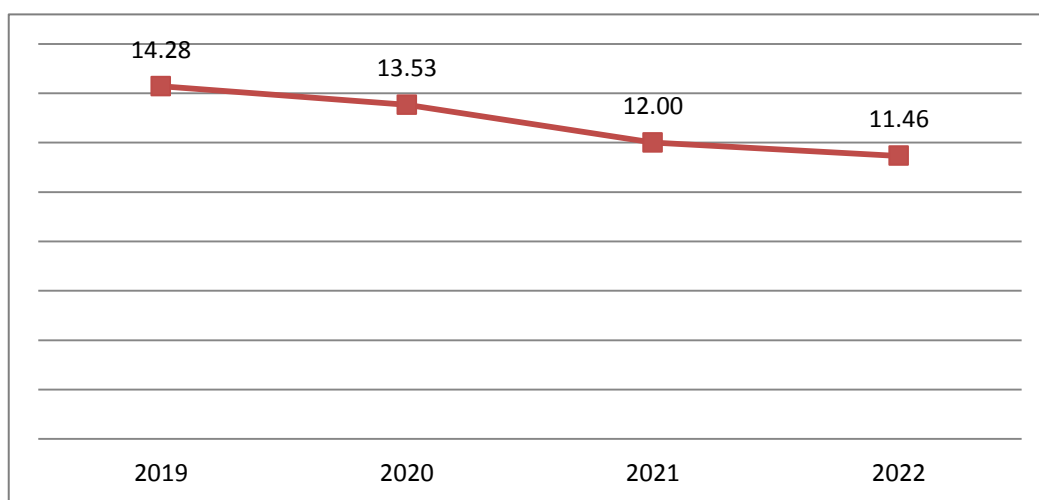
Tabla 4. Crecimiento de la población por grupos específicos de edad. Tamaulipas 2019-2023.

Grupo etario	2019	2020	2021	2022	2023	% Variación de 2019 a 2023
< 1 año	62,682	62,295	61,956	61,654	61,386	-2.06%
1-4 años	251,264	249,582	247,932	246,375	245,001	-2.49%
5 a 14	633,433	630,841	628,012	625,004	621,739	-1.84%
15 a 24	608,223	609,755	611,365	612,893	614,223	0.98%
25 a 44	1,051,723	1,055,724	1,059,732	1,063,960	1,068,465	1.59%
45 a 64	741,204	759,620	776,742	792,437	806,788	8.84%
> 65 años	272,381	282,785	293,884	305,685	318,174	16.81%
Total	3,620,910	3,650,602	3,679,623	3,708,008	3,735,776	3.17%

Fuente: CONAPO – DGIS, 2023.

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.

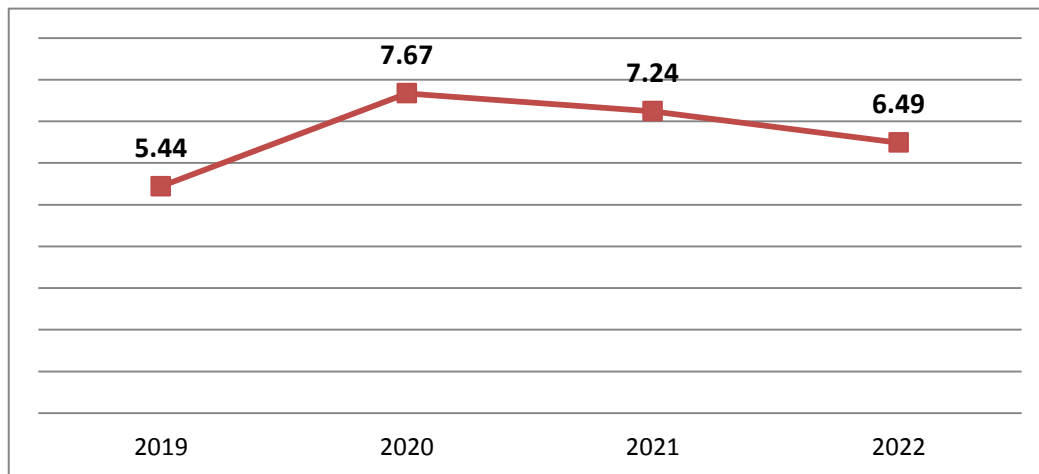
Gráfica 15. Tasa de mortalidad. Tamaulipas 2019-2022



Fuente: CUBOS SINBA SEED 2022.

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.

Gráfica 16. Tasa de natalidad. Tamaulipas 2019-2022



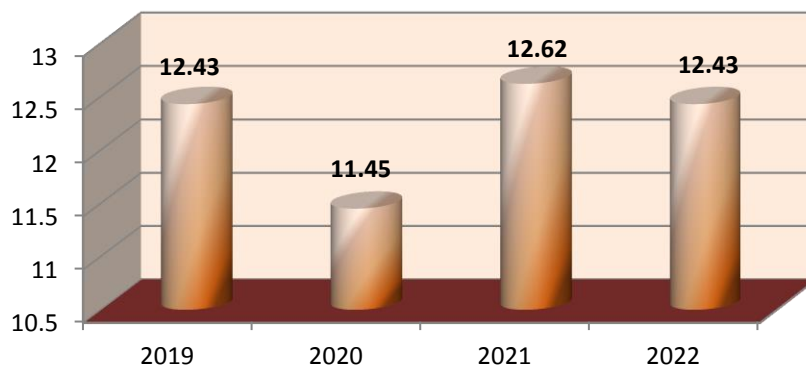
Fuente: CUBOS SINAC, 2022.

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.

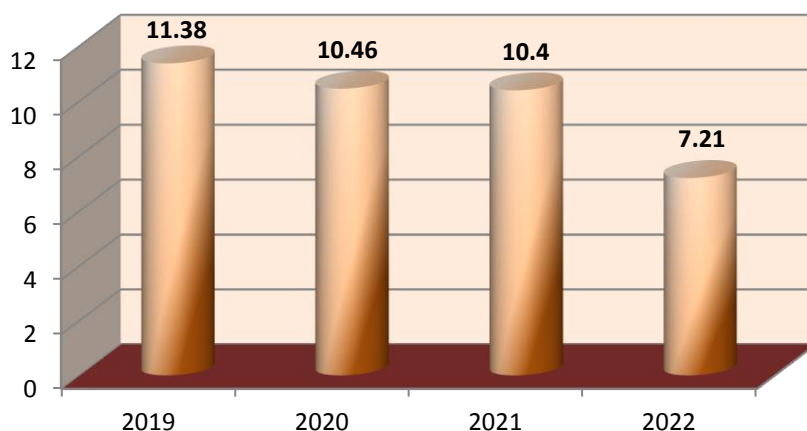
Gráfica 17. Mortalidad en menores de 1 año. Tamaulipas 2019-2022



Fuente: B.D. CUBOS DGIS 2019-2022. Nota: Tasa por cada 1000 nacidos vivos

Mortalidad de adolescentes y jóvenes.

Gráfica 18. Mortalidad en personas de 15-24 años. Tamaulipas 2019-2022



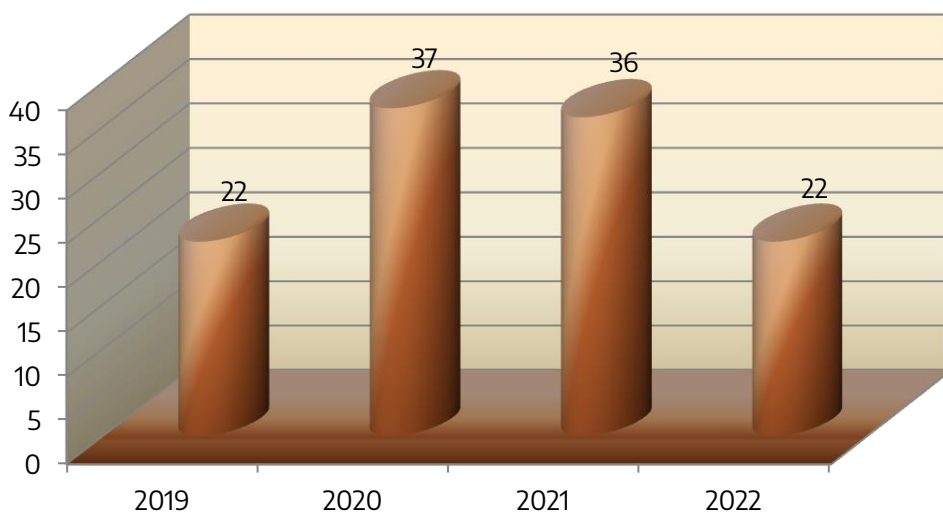
Fuente: B.D. Cierres 2019 -2021 Fuente 2022: B.D. Preliminar CUBOS DGIS

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.

En el 2022, la mortalidad materna fue de 22 casos, igualando el número de casos previos a la pandemia COVID-19, cuyos efectos fueron significativamente notorios en 2020 y 2021.

Gráfica 19. Muerte Materna. Tamaulipas 2019-2022



Fuente: B.D. CUBOS DGIS 2019-2022

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.

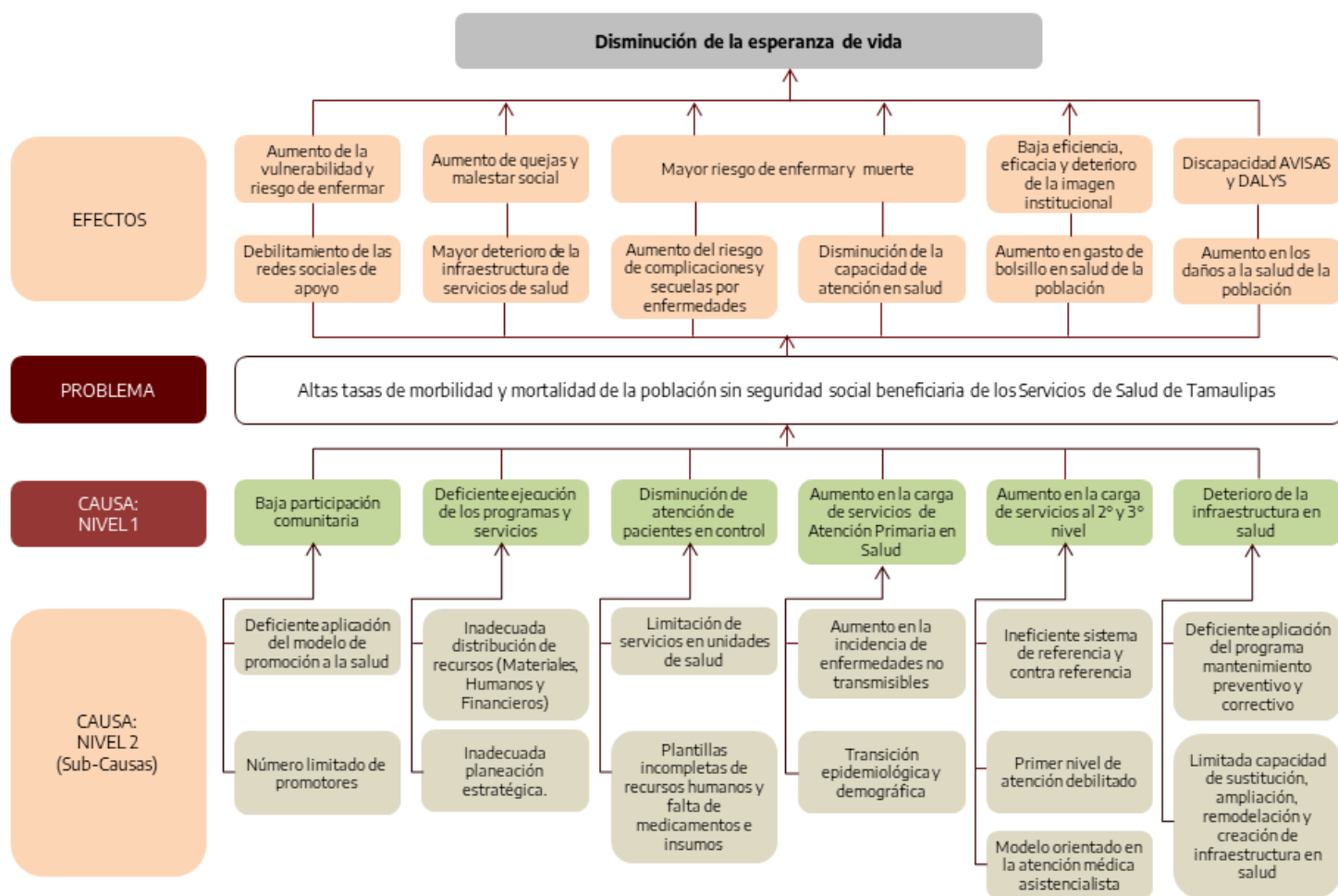
En Perú, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud brinda prestaciones en salud de carácter promocional, preventivo, recuperativo y de rehabilitación, orientadas al manejo de las condiciones sanitarias priorizadas para el proceso de Aseguramiento Universal en Salud. En Uruguay, el Plan Integral de Atención 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.

Figura 1. Árbol del problema

Dependencia o Entidad: *Secretaría de Salud de Tamaulipas*

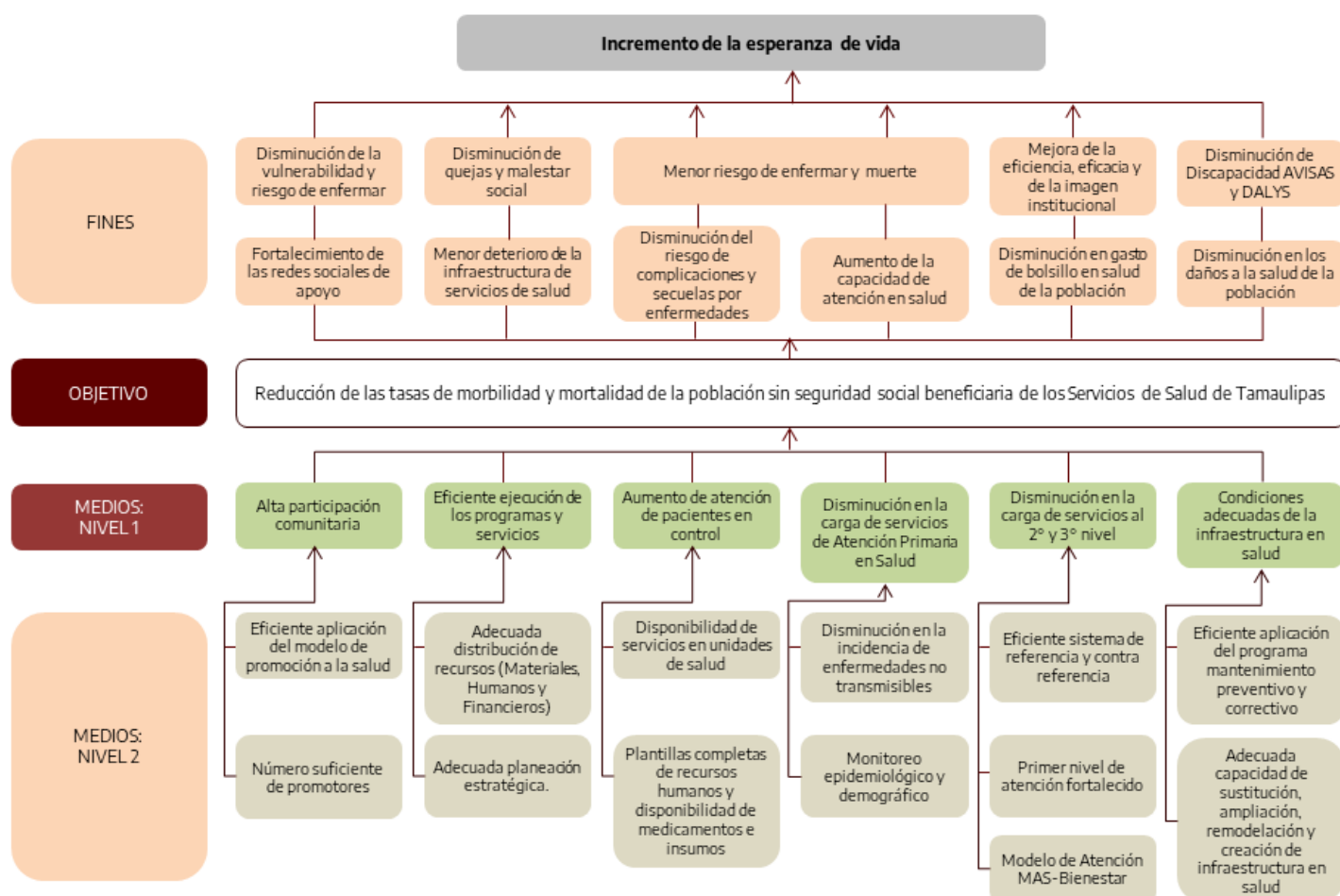


1.3 Objetivos

1.3.1 Árbol de objetivos

Figura 2. 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

Desarrollar un sistema de salud universal de calidad, con el uso eficiente y transparente de los recursos, que cubra las necesidades y expectativas de la población tamaulipeca, fortalezca la prevención y promoción de la salud, atención médica y, acciones de control de riesgos sanitarios, con la participación activa de los profesionales de la salud y la población, para fomentar entornos y conductas saludables.

Objetivos Específicos

- 1) 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 el trato digno.

- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) Reforzar los sistemas de detección temprana, control y mitigación de enfermedades transmisibles y no transmisibles para garantizar la atención y protección oportuna a través de mecanismos de monitoreo y supervisión.
- 5) 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.
- 6) Organizar programas de actualización dirigidos al personal de enfermería para atender las necesidades reales de la población.

1.3.3 Aportación del programa a objetivos de planeación superior.

Plan Estatal de Desarrollo 2022-2028

El PP E081 se encuentra alineado al PED 2023-2028 y, este a su vez al Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, considerando los Ejes Generales de Gobierno al servicio del pueblo, Política social para el bienestar y Progreso económico inclusivo y sostenible, que establecen las directrices de la planeación estatal en los diferentes sectores de relevancia para la sociedad tamaulipeca.

Figura 3. Estructura del Plan Estatal de Desarrollo 2023-2024



Fuente: Plan Estatal de Desarrollo Tamaulipas 2023-2028.

Eje de Política social para el bienestar

Propiciar el desarrollo integral para el desarrollo de la población tamaulipeca implica que todas las familias cuenten con oportunidades y apoyo en la construcción del bienestar, por lo cual es crucial establecer políticas orientadas a garantizar los derechos básicos de las y los tamaulipecos que mejoren su calidad de vida. Para contribuir a dicho fin, este eje incluye temáticas referentes a bienestar social, niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas mayores, personas con discapacidad, salud, cultura, activación física y deporte, vivienda, educación, así como ciencia y tecnología.

Por medio de las acciones establecidas en el eje Política social para el bienestar, se coadyuva al logro del compromiso del Ejecutivo Federal en relación a construir un país con bienestar a través del otorgamiento de los apoyos de los programas sociales bajo la política de “primero los pobres”, con acciones para atender a los grupos vulnerables en la entidad; garantizando el derecho a la educación y a la salud para todas y todos los tamaulipecos; incentivando la activación física y el deporte entre la sociedad; impulsando la cultura sin ningún tipo de exclusión para la generación de paz y bienestar; y promoviendo el acceso de la población a la vivienda digna.

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:

Con base en 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.

Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) constituyen un llamamiento universal a la acción para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y mejorar las vidas y las perspectivas de las personas en todo el mundo. En 2015, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron 17 Objetivos como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la cual se establece un plan para alcanzar los Objetivos en 15 años.

Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos

3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles

3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar

3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol

3.6 Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo

3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos

3.9 Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo

3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda

3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos

3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo

3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

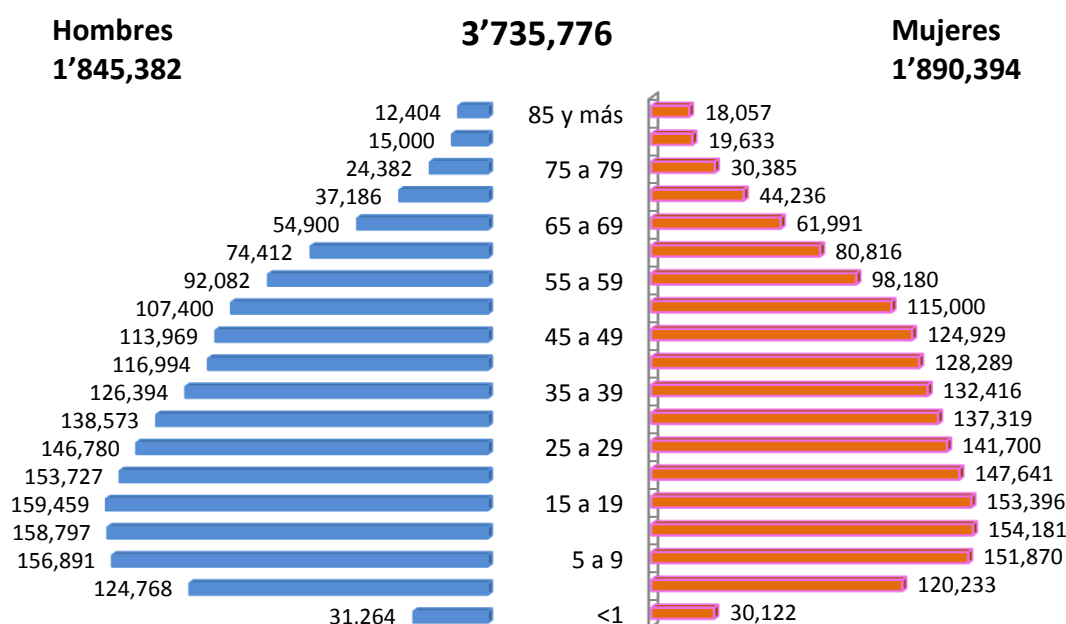
1.4 Cobertura

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

Con base en la definición del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), se determinó que la población potencial de los Servicios de Salud de Tamaulipas son 1,624,363 personas que no cuentan con derechohabiencia alguna, catalogadas como “sin seguridad social”. Esta cifra incluye la población sin seguridad social atendida por el Programa IMSS Bienestar.

Para el año 2023 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:

Gráfica 20. Población total. Tamaulipas 2023.



Fuente: CONAPO – DGIS, 2023.

El índice de marginación en Tamaulipas es de 20.997 (CONAPO, 2020), 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%.

Tabla 5. Población total, indicadores socioeconómicos, índice de 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 part. sin drenaje ni alcantarilla	% 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
	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	22.206	Muy bajo	0.82	29
02	Baja California	3 769 020	1.83	24.68	0.20	0.58	2.10	1.91	14.59	8.46	73.55	21.380	Bajo	0.79	24
03	Baja California Sur	798 447	2.34	23.98	0.42	0.96	5.39	5.06	18.60	10.28	45.49	21.473	Bajo	0.79	26
04	Campeche	928 363	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	3 146 771	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	2.46	1.80	10.68	12.39	36.09	57.64	85.57	11.999	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	66.70	20.015	Medio	0.74	18
09	CDMX	9 209 944	1.43	17.64	0.05	0.05	1.24	0.63	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	16.21	32.50	69.26	18.473	Alto	0.68	12
11	Guanajuato	6 166 934	5.29	33.53	1.93	0.38	2.91	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	6.62	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	66.00	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	1 235 456	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	46.79	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	2 368 467	3.48	23.63	1.66	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	3.56	28.86	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	19.871	Medio	0.73	17
30	Veracruz	8 062 579	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	1.06	1.41	26.17	23.32	69.68	17.512	Alto	0.64	5
32	Zacatecas	1 622 138	3.76	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 6. Jurisdicciones Sanitarias. Tamaulipas 2023.

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 Rio 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.

Tabla 7. Población potencial y objetivo.

Definición de la población o área de enfoque potencial	Conjunto de la población que presenta el problema central que el Programa atiende. (CONEVAL).
Cuantificación de la población o área de enfoque potencial	1,624,363 (Incluye IMSS-Bienestar)
Definición de la población o área de enfoque objetivo	Población Tamaulipeca sin seguridad social atendida por los Servicios de Salud de Tamaulipas.
Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo	1,607,119 personas. Fuente: CONAPO 2023.
Estimación de la población a atender en el primer año de operación	<p>100% de la población objetivo: 1,607,119 personas.</p> <p>3,881,436 Atenciones de consulta externa 1,040,362 Acciones de detección 415,247 Acciones de planificación familiar 699,808 Atenciones de salud bucal 233,697 Atenciones de salud mental</p> <p>(Estimación con base en datos de CUBOS SIS, CONSOLIDADO SINBA 2022)</p>

Fuente: CUBOS SIS, Consolidado SINBA 2022. CONAPO 2023.

Tabla 8. 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.

Fuente: Elaboración propia con información de la SST.

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 del CONAPO 2023, tiene un estimado de 1,624,363 habitantes sin seguridad social.

Tabla 9. Población según institución de derechohabiencia. Tamaulipas 2023.

Institución	Población	Porcentaje
Con derechohabiencia	2,111,413	56.52%
IMSS	1,573,634	42.12
ISSSTE	391,744	10.48
PEMEX, SEDENA, SEMAR	109,103	2.92
Sin definir	36,932	0.98
Sin derechohabiencia	*1,624,363	43.48%
TOTAL	3,735,776	100.00 %

Fuente: CONAPO. Proyecciones de la Población 2010-2030. SS. DGIS. *Incluye IMSS Bienestar.

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

A continuación, se presentan los datos de población del 2023, según condición de derechohabiencia y desagregados por Jurisdicciones Sanitarias.

Tabla 10. Población según derechohabiencia y jurisdicción sanitaria. Tamaulipas 2023.

Jurisdicción Sanitaria	Sin derechohabiencia	Con derechohabiencia	Total
I. Victoria	211,509	239,508	451,017
II. Tampico	192,462	379,388	571,850
III. Matamoros	228,177	327,675	555,852

Jurisdicción Sanitaria	Sin derechohabiencia	Con derechohabiencia	Total
IV. Reynosa	249,614	454,317	703,931
V. Nuevo Laredo	170,647	257,683	428,330
VI. Mante	82,864	111,514	194,378
VII. San Fernando	54,685	16,218	70,903
VIII. Jaumave	48,833	14,285	63,118
IX. Miguel Alemán	51,555	20,885	72,440
X. Valle Hermoso	108,139	97,677	205,816
XI. Padilla	54,727	19,978	74,705
XII. Altamira	171,344	172,092	343,436
Ajuste	-193	+193	-
Estado	*1,624,363	2,111,413	3,735,776

Fuente: CONAPO. Proyecciones de la Población 2010-2030. SS. DGIS. *Incluye IMSS Bienestar.

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 2023, distribuida por sexo y grupo etario.

Tabla 11. Población Sin Seguridad Social por sexo y grupos programáticos de edad. Tamaulipas 2023.

Grupos programáticos de edad	Hombres	Mujeres	Total
Menores de 1 año	15,736	15,135	30,871
1 a 4 años	61,097	58,534	119,631
5 a 14	149,580	147,013	296,593
15 a 24	156,131	149,547	305,678
25 a 44	237,738	233,199	470,937
45 a 64	148,453	142,183	290,636
> 65 años	50,402	59,615	110,017
Total	819,137	805,226	*1,624,363

Fuente: CONAPO 2023. *Incluye IMSS Bienestar.

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 derechohabiencia se estima en la Dirección General de Información en Salud usando como base la información generada por el CONAPO, además de la información de los Censos de Población y Vivienda. La publicación tiene como base el

numeral 8.2.9 de la NOM-035-SSA3-2012 y se genera por grupos de edad quinquenal 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 12. Crecimiento de la población por grupos etarios programáticos. Tamaulipas 2019-2023.

Grupo etario	2019	2020	2021	2022	2023	% Variación con el año anterior
< 1 año	61.435	62,295	61,956	61,654	61,386	-0.43
1-4 años	243.892	249,582	247,932	246,375	245,001	-0.55
5 a 14	626.282	630,841	628,012	625,004	621,739	-0.52
15 a 24	621.722	609,755	611,365	612,893	614,223	0.21
25 a 44	1.104.263	1,055,724	1,059,732	1,063,960	1,068,465	0.42
45 a 64	762.326	759,620	776,742	792,437	806,788	1.81
> 65 años	278.916	282,785	293,884	305,685	318,174	4.08
Total	3.698.836	3,650,602	3,679,623	3,708,008	3,735,776	0.74
Edad fértil	1.003.280	1,112,310	960,430	1,117,824	1,119,871	0.18

Fuente: CONAPO 2023

Tabla 13. Población según condición de derechohabiencia. Tamaulipas 2010-2023.

Año	Población total	Con seguridad social	Porcentaje	Sin seguridad social	Porcentaje
2010	3,334,664	1,826,962	54.79	1,507,702	45.21
2011	3,376,515	1,851,692	54.84	1,524,823	45.16
2012	3,419,338	1,877,041	54.89	1,542,297	45.11
2013	3,461,336	1,905,725	55.06	1,555,611	44.94
2014	3,502,721	1,926,756	55.01	1,575,965	44.99
2015	3,543,366	1,951,212	55.07	1,592,154	44.93
2016	3,583,295	1,976,023	55.15	1,607,271	44.85
2017	3,622,605	1,999,766	55.2	1,622,839	44.8
2018	3,661,162	2,023,132	55.26	1,638,030	44.74
2019	3,620,910	2,036,199	56.23	1,584,711	43.77
2020	3,650,602	2,055,487	56.30	1,595,105	43.70
2021	3,679,623	2,074,481	56.37	1,605,142	43.63
2022	3,708,008	2,093,112	56.45	1,614,896	43.55
2023	3,735,776	2,111,413	56.51	*1,624,363	43.49

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

En el año 2023 el CONAPO proyectó 3,735,776 habitantes, de ellos 2,111,413 el 56.51 por ciento correspondían a población con seguridad social y 1,624,363 el 43.49 por ciento no disponían de seguridad social.

1.5 Análisis de alternativas.

Figura 4. Árbol de alternativas

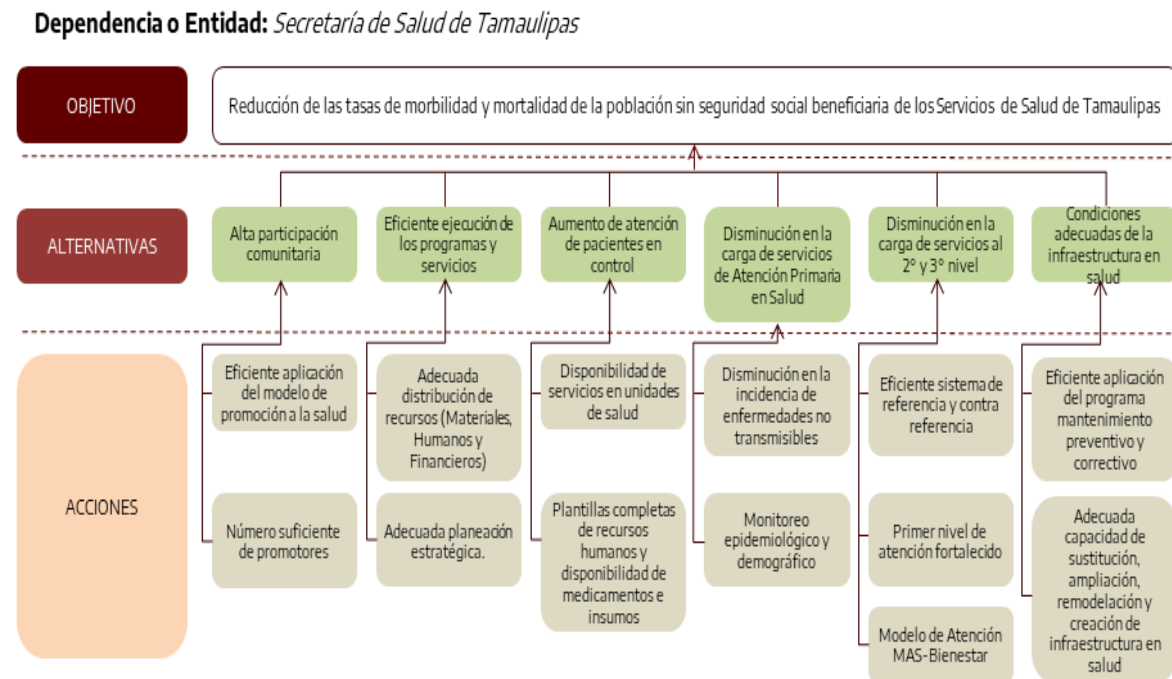


Figura 5. Criterios para la selección de alternativas

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.



Nota: El número de puntos en la escala corresponde al número de alternativas identificadas.

Nota 2: El 6 representa la mejor alternativa mientras que el 1 representa la peor.

Tabla 14. Matriz de Alternativas

CRITERIOS DE VALORACIÓN	Alternativa 1. Alta participación comunitaria	Alternativa 2. Eficiente ejecución de los programas y servicios	Alternativa 3. Aumento de atención de pacientes en control	Alternativa 4. Suficientes RH y RM para la salud	Alternativa 5. Disminución en la carga de servicios al 2° y 3° nivel	Alternativa 6. Condiciones adecuadas de la infraestructura en salud
1. Menor costo de implementación	5	6	4	3	1	2
2. Mayor financiamiento disponible	3	4	1	6	2	5
3. Menor tiempo para la obtención de resultados	3	5	2	6	1	4
4. Aceptación por la población afectada	2	5	1	4	3	6
5. Mayor viabilidad técnica del programa	4	6	3	2	1	5
6. Mayor capacidad institucional	5	6	4	1	3	2
7. Mayor impacto institucional	1	5	2	6	4	3
8. Mejores resultados esperados	5	4	6	3	1	2
TOTAL	28	41	23	31	16	29

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

Fuente: Elaboración propia con información de la SST.

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, por mencionar algunos: Fondo de AFASPE, FASSA y programa de Atención a la salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral (U013) que 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 de estos fondos van encaminadas a mejorar la atención y prevención de los problemas de salubridad más importantes en el estado, al ser concurrentes es factible compartir un mismo diagnóstico, como en este caso el E081 Servicios de Salud.

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 281 centros de salud, 22 hospitales (incluye el HRAEV) y 34 Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES), entre otras.

Tabla 15. Infraestructura en Salud. Servicios de Salud de Tamaulipas 2023.

Tipo de Infraestructura	Cantidad
Centro de Salud Rural	99
Centro de Salud Urbano	179
Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA)	3
Hospital	22
Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES)	34
Clínica de Especialidades	12
Unidades Médicas Móviles	15
Otros establecimientos	39
Total	403

Fuente: CLUES 2023.

Tabla 16. Infraestructura en Salud por Jurisdicción Sanitaria. Servicios de Salud de Tamaulipas 2023.

Tipo de Infraestructura	I Victoria	II Tampico	IV Matamoros	V Reynosa	V Nvo. Laredo	VI Mante	VII San Fdo.	VIII Jaumave	IX M. Alemán	XV. Hermoso	XI Padilla	XII Altamira	Total
Centro de Salud Rural	18	-	7	8	-	12	9	10	3	9	13	10	99
Centro de Salud Urbano	21	19	33	21	15	14	12	5	7	12	7	13	179
CESSA	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	3
Hospital	5	4	1	2	2	1	1	-	1	2	1	2	22
UNEMES	7	6	4	4	5	1	1	1	1	2	1	1	34
Clínica de Especialidades	2	1	2	2	3	1	-	-	-	1	-	-	12
Unidades Médicas Móviles	3	-	1	-	-	1	1	4	-	-	3	2	15
Otros establecimientos	9	2	3	4	2	5	4	3	1	3	1	2	39
Total	65	32	51	41	27	35	28	24	14	29	26	31	403

Fuente: CLUES 2023.

Recursos Humanos

En 2023, la Secretaría de Salud de Tamaulipas cuenta con una plantilla de 16,139 trabajadores que labora en las distintas unidades médicas que prestan servicios de salud a la población sin seguridad social.

Tabla 17. Recursos Humanos por Tipo de Unidad Médica. Servicios de Salud de Tamaulipas 2023.

Tipo de Unidad Médica	Plazas Ocupadas
Centro de Salud Rural	331
Centro de Salud Urbano	3,268
Centro de Salud con Servicios Ampliados	195
Hospital	10,957
Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES)	483
Clínica de Especialidades	249
Unidades Médicas Móviles	22
Otros establecimientos de salud.	634
Total	16,139

Fuente: SINERHIAS 2022 e Informe de Junta de Gobierno 1er Semestre 2023.

Tabla 18. Recursos Humanos por Tipo de Plaza. Servicios de Salud de Tamaulipas 2023.

Tipo De Plaza	Cantidad
Médicos Generales, Odontólogos y Especialistas	2,164
Médicos en Adiestramiento	1,593
Médicos en otras Actividades	191
Enfermeras en Contacto con el Paciente	5,358
Enfermeras en otras Actividades	161
Otro Personal Profesional (Incluye Pasantes)	837
Personal Técnico	922
Otro Personal	4,913
Total	16,139

Fuente: SINERHIAS 2022 e Informe de Junta de Gobierno 1er Semestre 2023.

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.

Tabla 19. 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

Fuente: Elaboración propia con información de la SST.

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/cxlv-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:

- Promoción de la salud. Entorno y Comunidades Saludables
- Emisión de Licencias Sanitarias. COEPRIS
- Vacunación Universal
- Tamiz Metabólico en Recién Nacidos
- Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente
- 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.

Tabla 20. 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.

Fuente: Elaboración propia con información de la SST.

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.

De conformidad con lo dispuesto en los “Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Presupuestarios de la Administración Pública Estatal y el Sistema Estatal de Evaluación del Desempeño”, publicados en el Periódico Oficial del Estado el 19 de enero del

2022, en su Capítulo II artículo NOVENO dice: “Las Dependencias y Entidades deberán elaborar la matriz de indicadores de cada programa presupuestario, con base en la metodología de marco lógico, para las etapas de planeación, programación y presupuestación, en el marco del proceso presupuestario correspondiente a cada ejercicio fiscal, a través de los lineamientos y criterios específicos que emita la Secretaría y para efectos de la información que se deberá generar para el Sistema Estatal de Evaluación del Desempeño”

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 la elaboración se contempló su alineación al PED 2023-2028, con perspectiva de género, incluyendo indicadores bajo ese eje transversal para la igualdad entre hombres y mujeres; así mismo al ser concurrente con las fuentes de financiamiento del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), así como del programa de Atención a la salud y medicamentos gratuitos para la población sin seguridad social laboral (U013), por lo que es factible compartir la misma matriz de indicadores en el ámbito estatal; logrando la propuesta de MIR para 2024 que se desglosa a continuación:

Tabla 21. MIR para el ejercicio 2024

Nivel jerárquico	Resumen narrativo	Indicador Nombre	Fórmula	Medio de verificación	Supuestos
Fin	Contribuir a incrementar la esperanza de vida de la población Tamaulipeca sin seguridad social, mediante el uso eficiente y transparente de los recursos, que cubra las necesidades y expectativas de los tamaulipecos, fortalezca la prevención y promoción de la salud, atención médica y, acciones de control de riesgos sanitarios, con la participación activa de los profesionales de la salud y la población, para fomentar entornos y conductas saludables.	Promedio de años que una persona espera vivir (Esperanza de vida).	No aplica. Para mayor información respecto al método de cálculo, dirigirse a la liga del INEGI: https://www.inegi.org.mx/app/bienestar/#grafica .	Indicadores de Bienestar por entidad federativa: https://www.inegi.org.mx/app/bienestar/#grafica .	Se mantienen las condiciones de salubridad sin la presencia de eventos epidemiológicos no controlables en el entorno.
Propósito	Los Servicios de Salud de Tamaulipas contribuye al incremento de la esperanza de vida y la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad de la población sin seguridad social del Estado, al brindar acceso oportuno y de calidad a servicios de atención médica, medidas de prevención y fomento a los estilos de vida	Porcentaje de 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	Subsistema de prestación de servicios (SIS). Dirección General de Información en Salud. SSA, se actualiza mensualmente. Estimaciones de población con y sin seguridad social de la Dirección General de Información en Salud.	La población sin seguridad social decide asistirse en las Unidades de la Secretaría de Salud.

Nivel jerárquico	Resumen narrativo	Indicador Nombre	Fórmula	Medio de verificación	Supuestos
	saludable.		tiempo determinado por 100.	SSA. CONAPO, se actualiza anualmente.	
Componente 1	Servicios de promoción y protección de la salud son otorgados a los tamaulipecos sin seguridad social, mediante vínculos formales con la comunidad, con la integración y organización de comités de salud para fomentar la corresponsabilidad social y participación para lograr conductas y entornos saludables y toma de decisiones.	Porcentaje de comités de salud activos.	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. Se actualiza mensualmente.	Los usuarios voluntarios quieren integrarse y mantenerse activos en los comités de salud.
Componente 2	Servicios de prevención y protección contra enfermedades prevenibles por vacunación, son otorgados con el suministro de inmunógenos para alcanzar la cobertura completa de vacunas, en la población sin seguridad social.	Porcentaje de cobertura con esquema completo de vacunación en población de responsabilidad de la Secretaría de Salud (menores de 8 años de edad).	Total de menores de 8 años de edad con esquemas completos de vacunación en población de responsabilidad de la Secretaría de 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. Se actualiza mensualmente.	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.
Componente 3	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.	Razón 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. Se actualiza mensualmente.	Las mujeres embarazadas sin seguridad social deciden asistir a unidades médicas de la Secretaría de Salud a consulta médica durante su embarazo.

Nivel jerárquico	Resumen narrativo	Indicador Nombre	Fórmula	Medio de verificación	Supuestos
Componente 4	Consultas de atención médica especializada son brindadas a la población sin seguridad social del estado, mediante la infraestructura de la red de servicios hospitalarios de segundo y tercer nivel de atención de manera oportuna, integral, accesible y con calidad.	Razón de 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. Se actualiza mensualmente.	La capacidad instalada hospitalaria, se mantiene funcional, conservada y con recursos adecuados y suficientes.
	Atención hospitalaria de manera oportuna, integral, accesible y con calidad, son otorgados a la población sin seguridad social del Estado.	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. Se actualiza mensualmente.	La población sin seguridad social demanda atención hospitalaria oportunamente y las unidades de primer nivel refieren a los pacientes para servicios especializados.
Actividades	Prevención y protección de los riesgos a la salud que afectan a la población del Estado, mediante acciones regulación sanitaria de establecimientos de servicios de salud.	Cobertura de regulación sanitaria de establecimientos de servicios de salud.	Prevención y protección de los riesgos a la salud que afectan a la población del Estado, mediante acciones regulación sanitaria de establecimientos de servicios de salud.	Base de datos del Departamento de Autorizaciones de licencias Sanitarias. COEPRIS. Se actualiza mensualmente.	Los dueños de los establecimientos cumplen con la normatividad sanitaria vigente.
	Consulta y atenciones son otorgadas para prevención de la población de 10 a 19 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 otorgadas en los Servicios Amigables para Adolescentes. (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. Se actualiza mensualmente.	Las jóvenes adolescentes acuden a los servicios amigables para su atención.

Nivel jerárquico	Resumen narrativo	Indicador Nombre	Fórmula	Medio de verificación	Supuestos
	Formación de médicos especialistas para mantener la cobertura de atención en el segundo y tercer nivel de atención de los Servicios de Salud del Estado.	Porcentaje ocupacional de plazas en Residencias Médicas.	Total de plazas ocupadas por médicos residentes / Plazas autorizadas para médicos residentes *100.	Dirección de Educación en Salud de la Secretaría de Salud de Tamaulipas. Informe de Becarios. Se actualiza mensualmente.	Los médicos residentes no se enfrentan a contingencias personales que afecten la continuidad de sus estudios.
	Detección de 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 detección de citología cervical y estudio de Virus del Papiloma Humano (Eje transversal para la igualdad entre hombres y mujeres).	Detección de 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.	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.
	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 en la población sin seguridad social.	Consulta externa en unidades de primer nivel de atención a población sin seguridad social son otorgados con oportunidad, calidad y accesibilidad.	Subsistema de prestación de servicios (SIS), Dirección General de Información en Salud. SSA. Se actualiza mensualmente.	La población sin seguridad social acude a las Unidades Médicas de Primer Nivel de los Servicios de Salud para recibir atención.
	Sesión de atención médica de calidad son brindados a la población tamaulipeca sin seguridad social en la red de servicios de primer nivel de atención.	Porcentaje de satisfacción en trato adecuado y digno en 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 * 100.	Sistema de la encuesta de satisfacción, trato adecuado y digno. SESTAD. SS. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, DGCE. Se actualiza mensualmente.	Los usuarios de atención médica deciden participar en el monitoreo de satisfacción.
K185 Componente	Otorgamiento de servicios de salud a la población sin seguridad social, mediante infraestructura nueva o re modelada, para garantizar la cobertura y calidad con base al Modelo de Atención Integrada de los Servicios de Salud en Tamaulipas.	Porcentaje de avance proyectos.	Total de avance de proyectos de infraestructura física en el periodo evaluado / Total de meta programado del proyecto de infraestructura en el periodo * 100.	Informes internos de Secretaría de Obras Públicas y Subsecretaría de Planeación de la Secretaría de Salud de Tamaulipas. Se actualiza mensualmente.	Las propuestas del Plan Maestro de Infraestructura se aprueban y reciben recursos para su ejecución.

Fuente: Elaboración propia con información de la SST.

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”.

Tabla 22. 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 de IMSS Bienestar	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.
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	Similar en cuanto a que proporcionan servicios de salud, pero no es complementario porque atienden población objetivo

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
							diferente.
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	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.

Fuente: Elaboración propia con información de la SST.

1.8 Presupuesto.

Tabla 23. Recursos presupuestarios ejercidos 2023* por capítulo del gasto

Capítulo	Aprobado	Ampliaciones y reducciones	Monto en pesos corrientes
1000 Servicios personales	6,695,738,287.00	607,913,565.00	7,303,651,852.00
2000 Materiales y suministros	167,970,153.00	572,014,159.00	739,984,312.00
3000 Servicios generales	234,910,665.00	806,501,749.00	1,041,412,414.00
4000 Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	2,863,580.00	324,577.00	3,188,157.00
5000 Bienes muebles, inmuebles e intangibles	58,716,563.00	-5,773,686.00	52,942,877.00
6000 Inversión pública	-	116,836,200.00	116,836,200.00
9000 Deuda Publica	0	792,102,509.00	792,102,509.00
TOTAL	7,160,199,248.00	2,889,919,073.00	10,050,118,321.00

Fuente: Elaboración propia con información de la SST. *Preliminar al 2º trimestre.

Tabla 24. Fuente u origen de los recursos ejercidos 2023*

Fuente de Recursos	Porcentaje respecto al presupuesto estimado
Fondos federales	52.8%
Programas federales	-
Convenios	-
Recurso estatal	36.6%
Ingresos propios	2.7%
Otros (Deuda Pública)	7.9%
Total	100%

Fuente: Elaboración propia con información de la SST. *Preliminar al 2º trimestre.

Tabla 25. Desglose de los recursos ejercidos 2023* por ramo y fondo.

Financiamiento	Ramo	Fondo	Aprobado	Ampl y Reducc	Gto Modificado
Estatul	28	ASE	-	425,916,254.85	425,916,254.85
Estatul	28	Proyectos Estatales	14,616,000.00	758,931.46	15,374,931.46
Estatul	28	Presupuesto Estatal	3,214,760,019.00	22,000,000.00	3,236,760,019.00
Estatul	28	Remanente 2022	4,913,802.00	-	4,913,802.00
Estatul	28	Aprovechamientos	-	501,598.00	501,598.00
	Total		3,234,289,821.00	449,176,784.31	3,683,466,605.31
Federal	12	27Fid_2089	-	116,836,199.87	116,836,199.87
Federal	12	CONADIC	-	4,572,481.00	4,572,481.00
Federal	12	FONSABI	-	37,793,343.25	37,793,343.25
Federal	12	FAM	-	11,158,024.62	11,158,024.62
Federal	12	INSABI	-	1,145,330,649.14	1,145,330,649.14
Federal	12	Residentes	-	63,501,338.12	63,501,338.12

Financiamiento	Ramo	Fondo	Aprobado	Ampl y Reducc	Gto Modificado
Federal	12	UNEMES	-	413,289.24	413,289.24
Federal	12	Rendimientos	-	1,416,737.69	1,416,737.69
Total			-	1,381,022,062.93	1,381,022,062.93
Federal	33	FASSA	3,925,909,427.00	-	3,925,909,427.00
Total			3,925,909,427.00	-	3,925,909,427.00
Propios	28	Convenios	-	239,577,725.71	239,577,725.71
Propios	28	Cuotas	-	28,039,990.75	28,039,990.75
Total			-	267,617,716.46	267,617,716.46
Adefas	-	-	-	792,102,509.00	792,102,509.00
Total General			7,160,199,248.00	2,889,919,072.70	10,050,118,320.70

Fuente: Elaboración propia con información de la SST. *Preliminar al 2º trimestre.

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.

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.

Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar. D.O.F. 25-10-202.

Reglas de Operación del Programa IMSS-BIENESTAR para el ejercicio fiscal 2023. D.O.F. 28-12-202.

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