

DIAGNÓSTICO PROGRAMA E081 - K185

Servicios de Salud



2019
26

Índice

1. Antecedentes.	6
2. Identificación, definición y descripción del problema o necesidad.	8
2.1 Definición del problema o necesidad.	8
2.2 Causas y efectos del Problema o necesidad.	8
2.3 Estado actual del problema o necesidad.	10
Morbilidad sujeta a vigilancia epidemiológica. Estadística Sectorial.	12
2.4 Evolución del problema o necesidad.	14
3. Cobertura.	28
3.1 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque de referencia.	29
3.2 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque potencial.	29
3.3 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque objetivo.	32
3.3.1 Criterios de focalización.	33
3.3.2 Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo.	35
3.4 Metas de Cobertura.	37
3.5 Frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo.	38
4. Análisis causa-efecto.	39
4.1 Árbol del problema.	39
4.2 Árbol de objetivos.	40
5. Análisis de alternativas.	41
6. Análisis de los involucrados.	44
7. Objetivos	46
7.1 Determinación de los objetivos del programa.	46
7.1.1 Objetivo General.	46
7.1.2 Objetivos específicos.	46
7.2 Aportación del programa a objetivos de planeación superior.	46



7.2.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).....	46
7.2.2 Plan Nacional de Desarrollo (PND)	48
7.2.3 Plan Estatal de Desarrollo (PED)	51
7.2.4 Programas Sectoriales, Institucionales, Regionales y Especiales derivados del PED.	52
7.2.5 Misión y Visión.	52
7.2.6 Normatividad Aplicable al Programa presupuestario.....	53
8. Diseño del programa propuesto o con cambios sustanciales.....	55
8.1 Modalidad del programa.....	57
8.2 Diseño del programa.	58
8.3 Previsiones para la integración y sistematización del padrón de beneficiarios o registros administrativos.	60
8.4 Matriz de Indicadores para Resultados.	60
9. Acciones Relevantes y Principales Logros del Programa Presupuestario. .	76
10. Procesos	78
11. Perspectiva de Género, juventudes, niñas, niños y adolescentes, y población en situación de vulnerabilidad.....	83
12. Análisis de similitudes o complementariedades. ¡Error! Marcador no definido.	
13. Presupuesto.....	89
14. Actualización del Diagnóstico	94
15. Referencias.	95

Índice de Tablas e Ilustraciones.

Tabla 1. Descripción del problema por afectaciones diferenciadas en determinados grupos poblacionales.	10
Tabla 2. Principales 20 Causas de Morbilidad General. Tamaulipas 2024.	12
Tabla 3. Principales 20 Causas de Morbilidad por Grupo Epidemiológico. Tamaulipas 2024.....	13
Tabla 4. Esperanza de vida al nacimiento. Nacional 2020-2030.	15



Tabla 5. Crecimiento de la población por grupos específicos de edad. Tamaulipas 2021-2025.....	17
Tabla 6. Nacimientos. Tamaulipas 2021-2025.....	18
Tabla 7. Principales Causas de Mortalidad por 10,000 hab. Tamaulipas 2023.	19
Tabla 8. Mortalidad General. Tamaulipas 2021-2025.	19
Tabla 9. Mortalidad en menores de 1 año. Tamaulipas 2021-2025.	20
Tabla 10. Mortalidad Adolescentes y Jóvenes. Tamaulipas 2021-2025.	21
Tabla 11. Muertes Maternas. Tamaulipas 2021-2023.	22
Tabla 12. Población o área de enfoque potencial.	29
Tabla 13. Población total, indicadores socioeconómicos, índice de grado de marginación por entidad federativa, 2020.	30
Tabla 14. Distritos de Salud. Tamaulipas 2025.	32
Tabla 15. Municipios de Tamaulipas con mayor porcentaje de población sin seguridad social (2025).	35
Tabla 16. Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo.	35
Tabla 17. Población según institución de derechohabencia. Tamaulipas 2025.....	35
Tabla 18. Población según derechohabencia y distrito de salud. Tamaulipas 2025.	36
Tabla 19. Población Sin Seguridad Social por sexo y grupos programáticos de edad. Tamaulipas 2025.	36
Tabla 20. Metas de Cobertura.	38
Tabla 21. Conversión de Medios a Alternativas.	41
Tabla 22. Criterios para la selección de Alternativas.	42
Tabla 23. Matriz de Alternativas.....	42
Tabla 24. Selección de alternativas.....	43
Tabla 25. Matriz de Actores.	45
Tabla 26. Alineación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.	47
Tabla 27. Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo.	48
Tabla 28. Alineación con el Plan Estatal de Desarrollo (PED).	51
Tabla 29. Alineación con el Programa Sectorial...	52
Tabla 30. Infraestructura en Salud. Servicios de Salud de Tamaulipas 2024.	56
Tabla 31. Infraestructura en Salud por Distrito de Salud. Servicios de Salud de Tamaulipas 2024.	56
Tabla 32. Recursos Humanos por Tipo de Unidad Médica. Servicios de Salud de Tamaulipas 2024.	57
Tabla 33. Recursos Humanos por Tipo de Plaza. Servicios de Salud de Tamaulipas 2024.....	57



Tabla 34. Modalidad y Ramo del Pp.	58
Tabla 35. Unidades Responsables (UR) del programa.	60
Tabla 36. Matriz de Indicadores para Resultados (MIR 2025).	62
Tabla 37. Matriz de Indicadores para Resultados (Propuesta MIR 2026).	67
Tabla 38. Estimación de metas del programa para los indicadores definidos en la MIR 2025.	75
Tabla 39. Análisis de similitudes o complementariedades.	87
Tabla 40. Presupuesto estimado por capítulo del Gasto para operar el ejercicio fiscal actual. (2025).	89
Tabla 41. Presupuesto por capítulo del gasto al cierre del ejercicio fiscal inmediato anterior. (2024).	90
Tabla 42. Fuente u origen de los recursos del ejercicio fiscal inmediato anterior.	91
Tabla 43. Presupuesto Histórico por Momentos contables.	91
Ilustración 1. Cobertura y poblaciones.	28
Ilustración 2. Mapa de Involucrados.	44
Ilustración 3. Presupuesto por capítulos del Gasto.	90
Ilustración 4. Presupuesto histórico ejercido en los últimos 5 años.	91

1. Antecedentes.

El Programa Presupuestario E081, orientado a la prestación de servicios de salud, se inscribe en el marco del Sistema Nacional de Planeación Democrática establecido en el artículo 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM, 2025) y del Presupuesto basado en Resultados regulado en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH, 2025), que alinea la planeación, programación y presupuestación al logro de resultados. Desde su creación, el programa ha sido un instrumento clave para financiar el acceso a servicios de salud en las entidades federativas, principalmente a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) conforme a lo establecido en la Ley de Coordinación Fiscal (LCF, 2024).

En el ámbito estatal, el E081 ha operado históricamente bajo la Secretaría de Salud de Tamaulipas (SST), que anteriormente combinaba funciones de rectoría y operación de servicios médicos. No obstante, a partir de 2023 se consolidó un cambio institucional profundo (México, Poder Ejecutivo Federal, 2023): la provisión de servicios se transfirió al OPD IMSS-Bienestar (México, Poder Ejecutivo Federal, 2022) y las funciones preventivas al Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP) (Secretaría de Salud, 2023a), quedando la SST como autoridad exclusivamente rectora, con atribuciones para normar, coordinar y evaluar la política de salud en el estado. En este sentido, la separación de funciones se encuentra en etapa de implementación gradual, con trabajos de armonización normativa, ajustes programático-presupuestarios y formalización de instrumentos de coordinación interinstitucional, hasta su plena consolidación.

El panorama epidemiológico del país y del estado contextualiza la pertinencia del E081. México ha transitado de un perfil dominado por enfermedades transmisibles (tuberculosis, diarrea, infecciones respiratorias) hacia uno en el que predominan las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Este proceso de transición epidemiológica se vincula a factores como el envejecimiento poblacional, la urbanización acelerada y los cambios en estilos de vida (Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud [DGIS], 2024c).

Según fuentes oficiales, con base en la ENSANUT, aproximadamente 75 % de la población adulta presenta sobrepeso u obesidad (41 % en mujeres y 33 % en hombres) (Gobierno del Estado de Tamaulipas, 2025a; Secretaría de Salud & Instituto Nacional de Salud Pública, 2024), lo que subraya la relevancia de estos factores de riesgo en el estado. En ese contexto, el sobrepeso y la obesidad son determinantes clave para el desarrollo de diabetes tipo 2, hipertensión y otras enfermedades asociadas (Secretaría de Salud, DGIS, 2024b).

A pesar de estos cambios, las enfermedades transmisibles no han sido erradicadas. En zonas rurales y marginadas persisten brotes de dengue, tuberculosis e

infecciones gastrointestinales, lo que refleja desigualdades territoriales y sociales (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología [DGE], 2024). Asimismo, la mortalidad infantil ha disminuido gracias a la vacunación y mejoras en salud materno-infantil, aunque aún se registran muertes prevenibles (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). Entre adolescentes y jóvenes, la violencia y los accidentes son causas relevantes de mortalidad, lo que refuerza la necesidad de articular políticas intersectoriales de prevención (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2024).

En este contexto, la población mexicana se divide en dos grandes bloques: quienes cuentan con algún tipo de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR) y quienes carecen de ella. El primer grupo recibe atención mediante sus propias instituciones financiadas con aportaciones tripartitas. El segundo —desempleados, autoempleados y trabajadores informales— depende de la Secretaría de Salud, los servicios estatales, IMSS-Bienestar y, en menor medida, del sector privado para quienes tienen capacidad de pago. En Tamaulipas, este grupo asciende a 1.6 millones de personas sin seguridad social (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2024; Secretaría de Salud, DGIS, 2024a).

El árbol de problemas elaborado para este diagnóstico identifica como problema central las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad en la población tamaulipeca, derivadas de deficiencias en la capacidad rectora de la SST para garantizar políticas integrales, sostenibles y con financiamiento estratégico. A su vez, el árbol de objetivos plantea la reducción de la morbilidad y mortalidad a través del fortalecimiento de la rectoría estatal en salud.

El Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar) constituye el marco operativo actual, cuyo objetivo central es garantizar el acceso efectivo y universal a servicios de salud de calidad, gratuitos y priorizados para la población más vulnerable. Este modelo demanda que la Secretaría de Salud de Tamaulipas fortalezca su capacidad de rectoría, asegurando gobernanza sectorial, planeación estratégica, sistemas de información integrados y vigilancia sanitaria efectiva (IMSS-Bienestar, 2024).

El PP E081 se sustenta en el marco constitucional y legal vigente (CPEUM, LGS, LFPRH, LCF-FASSA, Ley de Salud del Estado, PED, PND/sectorial y NOM aplicables), que garantizan el derecho a la protección de la salud, la concurrencia federación–estado y la gestión del gasto bajo PbR/SED. La descripción normativa detallada se presenta en el apartado 7.2.6 Normatividad aplicable.

.

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

2.1 Definición del problema o necesidad.

La población sin seguridad social del Estado de Tamaulipas presenta elevadas tasas de morbilidad y mortalidad.

Destaca que en Tamaulipas 1.6 millones de personas carecen de seguridad social (CONAPO 2024; (Secretaría de Salud, DGIS, 2024a), lo que reafirma la necesidad de fortalecer la capacidad rectora de la SST para garantizar acceso equitativo, universal y sostenible a los servicios de salud.

2.2 Causas y efectos del Problema o necesidad.

Causas estructurales y coyunturales:

- **Institucionales y normativas:** La transición de funciones hacia el OPD IMSS-Bienestar (DOF, 31/08/2022) y el Servicio Nacional de Salud Pública (DOF, 29/05/2023) dejó a la SST con funciones exclusivamente rectoras. Sin embargo, la capacidad institucional para normar, coordinar y evaluar no se ha consolidado (Diagnóstico Ampliado FASSA, 2025). Existen vacíos en la articulación de programas estatales con el Plan Nacional de Desarrollo 2025–2030 y el Plan Estatal de Desarrollo de Tamaulipas 2025–2030.

- **Económicas:** El financiamiento de los servicios de salud en Tamaulipas depende en gran medida de las transferencias federales vía el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). De acuerdo con la Cuenta Pública estatal, el presupuesto aprobado del FASSA pasó de 3,312 mdp en 2020 a 4,230 mdp en 2024. Sin embargo, en 2024 el presupuesto modificado y ejercido se redujo a 2,384 mdp, lo que representa una caída de casi 44 % respecto a lo aprobado. Esta reducción afecta la planeación financiera y pone en riesgo la sostenibilidad de los servicios para la población sin seguridad social. (Gobierno de Tamaulipas, Cuenta Pública 2020–2024, transparencia.tamaulipas.gob.mx). La alta proporción de población sin seguridad social (1.6 millones de personas, CONAPO/DGIS, 2024) presiona la cobertura y genera demanda insatisfecha.

- **Sociales y culturales:** Los estilos de vida poco saludables representan un factor crítico. En Tamaulipas, 75 % de la población adulta presenta sobrepeso u obesidad (41 % en mujeres y 33 % en hombres), según datos estatales (Gobierno de Tamaulipas, 2025). De acuerdo con el CONEVAL (2022), la carencia por acceso a los servicios de salud fue más alta en zonas rurales (54.8 %) que en urbanas (33.9 %), y mayor en los hogares de menores ingresos —66.7 % en el decil I frente a 18.4 % en el decil X—, lo que refleja rezagos en las acciones preventivas y en las oportunidades de detección temprana de enfermedades crónicas.

- **Geográficas:** Dispersión poblacional; 343 mil 899 habitantes viven en localidades menores a 2,500 habitantes (INEGI, 2020), con limitaciones de acceso físico a servicios médicos. La condición fronteriza y la movilidad migratoria agregan presión a los servicios de salud.
- **Tecnológicas y de información:** Fragmentación de los sistemas de información en salud: registros incompletos o no interoperables entre federación, IMSS-Bienestar y SST (Evaluación FASSA, 2021). Limitada vigilancia epidemiológica digital y escaso uso de analítica de datos.

Efectos diferenciados:

- **Corto plazo.** Se registró transmisión activa de dengue en 2023, con circulación documentada al cierre del año (SE-52) y seguimiento oficial en el “Panorama epidemiológico de dengue 2023” (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2023; Secretaría de Salud, 2023b). Para tuberculosis, los Boletines Epidemiológicos de 2022 reportan casos acumulados y carga sostenida (Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2022). Adicionalmente, persisten brechas de acceso más marcadas en zonas rurales y hogares de menores ingresos, lo que presiona la oportunidad de atención en el primer nivel (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2022).
- **Mediano plazo.** La alta prevalencia de sobrepeso y obesidad eleva la carga de diabetes mellitus e hipertensión arterial, causas relevantes de morbilidad y mortalidad en México; los resultados recientes de ENSANUT Continua confirman prevalencias elevadas de exceso de peso en adultos, y las estadísticas vitales muestran el peso de las ECNT en la mortalidad (Secretaría de Salud & Instituto Nacional de Salud Pública, 2024; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2024). La disponibilidad limitada de especialistas y la saturación de servicios generan demoras y dificultades de referencia, de acuerdo con el marco programático y de políticas públicas del sector (Secretaría de Salud, 2025).
- **Largo plazo.** Las brechas en recursos humanos y en el acceso efectivo comprometen la sostenibilidad del sistema estatal, incrementan el gasto de bolsillo y afectan la productividad por ECNT; a nivel regional, la OPS documenta la carga predominante de ECNT y el desafío para los sistemas de salud, mientras que el ODS 3 exige reducir mortalidad evitable y ampliar cobertura de servicios esenciales (Organización Panamericana de la Salud, 2024; Organización de las Naciones Unidas, 2015).

2.3 Estado actual del problema o necesidad.

A continuación, se presenta una síntesis de los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad frente a la problemática identificada. El objetivo es dimensionar la magnitud y distribución del fenómeno, destacando la localización geográfica y las diferencias por edad, condición étnico-cultural, discapacidad, ámbito de residencia y condición de acceso a la seguridad social. La selección y cuantificación de los grupos se basa en estadísticas oficiales y fuentes recientes, a fin de sustentar hipótesis claras sobre posibles causas y consecuencias que orienten el diseño del programa.

La tabla siguiente organiza, para cada grupo, su definición operativa, la cuantificación empleada en el diagnóstico y una afectación diferenciada formulada en términos breves y verificables. Este insumo permite visualizar brechas y rezagos entre grupos y servirá de base para priorizar acciones, metas y mecanismos de seguimiento en apartados posteriores del documento.

Tabla 1. Descripción del problema por afectaciones diferenciadas en determinados grupos poblacionales.

Grupo Poblacional	Definición	Cuantificación	Afectación diferenciada del grupo respecto a la problemática
Niños	Personas entre 0 a <12 años	689,789	Mayor riesgo de rezagos en vacunación, desnutrición y morbilidad prevenible; barreras de acceso por dependencia del cuidador.
Jóvenes	Personas entre 12 a 29 años	1,028,023	Alta exposición a lesiones y violencia, ITS/VIH y salud mental; menor uso de servicios preventivos.
Personas adultas mayores	Personas mayores a 60 años.	387,836	Mayor carga de ECNT (diabetes, HTA), fragilidad y dependencia funcional; requiere servicios continuos y cuidados de largo plazo.
Pueblos y comunidades indígenas	Hablantes de lengua indígena	22,126	Barreras lingüísticas y culturales que reducen oportunidad y calidad de la atención; menor continuidad terapéutica.
	No hablantes de lengua indígena en hogares, donde el jefe o jefa habla lengua	58,844	Mayor dispersión y distancia a unidades; menor cobertura de prevención.

Grupo Poblacional	Definición	Cuantificación	Afectación diferenciada del grupo respecto a la problemática
	indígena		
	Personas auto adscritas como indígenas	218,720	Discriminación estructural y menor acceso a protección social en salud.
Personas afroamericanas	Son afroamericanos o afrodescendientes las personas que se identifican como tales.	42,333	Posibles brechas por discriminación y menor acceso a servicios integrales.
Personas con discapacidad	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.	577,731	Barreras físicas y de comunicación; menor detección oportuna y continuidad.
Población rural	Personas que habitan comunidades rurales de acuerdo con la definición del Instituto Nacional de Estadística y Geografía: una población se considera rural cuando tiene menos de 2,500 habitantes.	343,899	Mayor dispersión geográfica, menos oferta de servicios y referencias tardías.
Población sin seguridad social.	Personas sin derechohabiencia de cualquier grupo de edad.	1,599,589*	Mayor riesgo financiero y de diferir la atención; menor acceso a servicios continuos.

Fuente: INEGI, 2020; CONAPO*, 2025.

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 sujeta a vigilancia epidemiológica. Estadística Sectorial.

En este apartado se incluye la estadística de las Principales 20 Causas de Morbilidad General sujetas a vigilancia epidemiológica, que representan el 96.16% de la demanda de atención médica. Incluye a todas las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud en nuestro Estado.

Destacaron tres diagnósticos principales que en su conjunto representaron el 68.55% de todas las atenciones: en primer lugar, las infecciones respiratorias agudas; le siguieron las infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas; y, en tercer lugar, las infecciones de vías urinarias.

Tabla 2. *Principales 20 Causas de Morbilidad General. Tamaulipas 2024.*

#	Causa	Casos	%
1	Infecciones respiratorias agudas	702,272	45.38%
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal	208,308	13.46%

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 44 años	45 a 49 años	50 a 59 años	60 a 64 años	65 y más años	Edad no esp.	Total	%
Obesidad	55	341	842	1,384	1,266	2,174	7,501	3,517	4,353	2,033	1,577	22	25,065	1.62%
Diabetes mellitus tipo 2	N.A.	N.A.	N.A.	43	75	376	3,677	3,797	6,076	3,587	5,492	330	23,453	1.52%
Vulvovaginitis	5	56	89	210	1,511	3,478	7,977	2,977	2,630	1,120	603	139	20,795	1.34%
Asma	213	1,096	2,044	1,438	1,329	970	1,734	1,241	1,349	684	581	6	12,685	0.82%
Accidentes de transporte en vehículos con motor	59	350	581	643	1,322	1,582	4,262	904	1,301	453	660	8	12,125	0.78%
Candidiasis urogenital	N.A.	N.A.	N.A.	56	323	872	2,645	1,363	1,784	1,398	583	19	9,043	0.58%
Insuficiencia venosa periférica	0	2	3	0	19	109	1,294	914	1,912	1,055	2,001	175	7,484	0.48%
Dengue no grave	18	89	363	815	695	627	1,586	316	347	132	206	0	5,194	0.34%
Neumonías y bronconeumonías	312	527	381	176	151	183	729	275	565	380	1,187	28	4,894	0.32%
Mordeduras por perro	7	200	407	418	428	412	984	316	482	240	365	3	4,262	0.28%
Hiperplasia de la próstata	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	57	162	741	832	2,381	53	4,226	0.27%
Total 20 principales causas	37,380	116,210	130,638	105,033	101,243	132,032	306,201	142,887	185,990	104,093	123,712	2,596	1,488,015	96.16%
Otras causas	1,030	2,979	3,852	3,060	4,000	5,662	14,217	4,977	7,359	3,955	8,285	96	59,472	3.84%
Total	38,410	119,189	134,490	108,093	105,243	137,694	320,418	147,864	193,349	108,048	131,997	2,692	1,547,487	100.00%

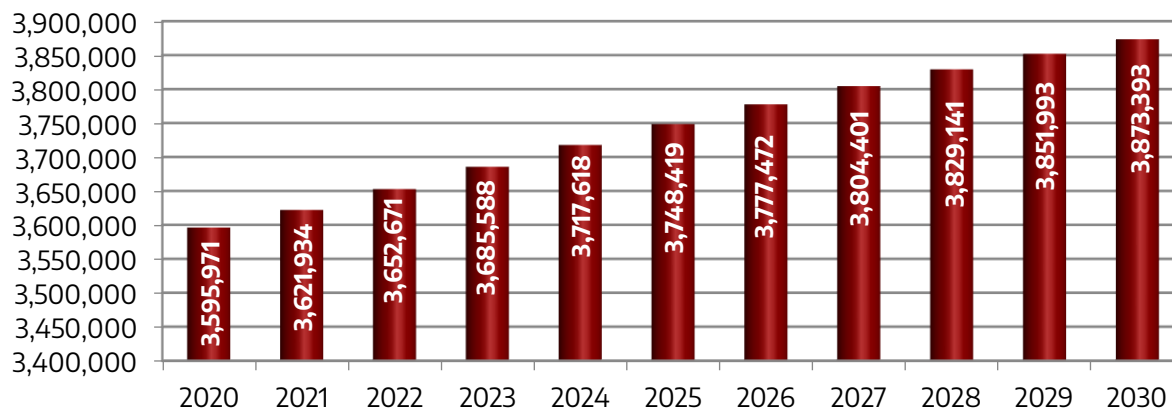
Fuente: Anuario de Morbilidad 1984-2024. Disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/>

Podemos observar que los principales diagnósticos que acumulan el mayor número de casos corresponden a enfermedades infecciosas y son concurrentes en todos los grupos de edad. Algunas enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, aunque están presentes en la mayoría de los grupos de edad, aparecen y tienden a incrementarse a partir del grupo de 10 años de edad y mayores.

2.4 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 873 mil 393 habitantes, es decir habrá 124,974 nuevos habitantes con respecto al año 2025, de los cuales 54,989, el 44%, no contarán con seguridad social. Para atender la demanda de servicios se requerirán recursos adicionales: 18 núcleos básicos (los cuales se componen de consultorio, 1 médico, 2 enfermeras, otro personal), además de 55 camas hospitalarias, equipamiento médico, insumos y otros gastos de operación.

Gráfica 1. *Tendencia del crecimiento de la población. Tamaulipas 2020-2030.*



Fuente: CONAPO. B.D. de la Conciliación Demográfica 1950 a 2019 y Proyecciones de la población de México 2020 a 2070.

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 la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (enfermedades cardiovasculares), cáncer, trastornos respiratorios crónicos, trastornos de la visión y la audición, entre otros.

El promedio de esperanza de vida al nacimiento de la población en Tamaulipas pasará de 75.66 años en 2023 a 76.04 en 2025; 73.01 años en los hombres y 79.31 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 que el aumento en las tasas de mortalidad por homicidios es un factor que influye en la disminución de la esperanza de vida.

De acuerdo a las proyecciones de CONAPO, el promedio de esperanza de vida en Tamaulipas, se mantiene en el periodo de 2020 a 2030, por encima del promedio nacional. Para 2030, se tiene proyectado que los hombres sigan teniendo una menor esperanza de vida que las mujeres.

Tabla 4. *Esperanza de vida al nacimiento. Nacional 2020-2030.*

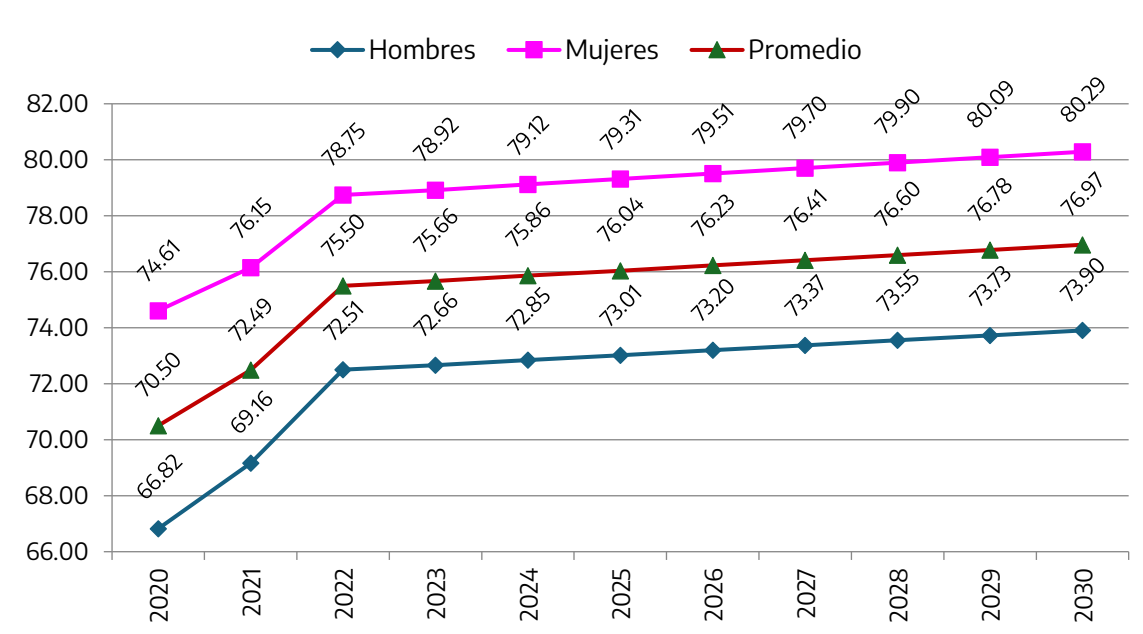
	Entidad	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
1	Nuevo León	71.57	71.08	77.41	77.56	77.73	77.89	78.07	78.23	78.40	78.57	78.74
2	B. C. Sur	72.52	69.61	76.85	77.00	77.18	77.34	77.52	77.69	77.86	78.03	78.20



	Entidad	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
3	Coahuila	69.90	72.77	76.75	76.90	77.08	77.25	77.43	77.59	77.77	77.94	78.11
4	Aguascalientes	70.09	71.42	76.50	76.65	76.84	77.01	77.19	77.36	77.54	77.71	77.89
5	CDMX	69.19	70.33	76.48	76.63	76.81	76.98	77.16	77.33	77.51	77.68	77.85
6	Sonora	69.94	71.10	76.42	76.57	76.76	76.93	77.11	77.28	77.46	77.63	77.81
7	Chihuahua	69.55	72.39	76.29	76.44	76.63	76.80	76.98	77.16	77.34	77.51	77.68
8	Baja California	68.92	71.22	76.23	76.38	76.57	76.74	76.92	77.10	77.28	77.45	77.63
9	Querétaro	70.44	67.79	75.92	76.08	76.27	76.44	76.62	76.80	76.98	77.16	77.34
10	Colima	72.13	69.66	75.81	75.97	76.16	76.33	76.52	76.70	76.89	77.07	77.25
11	Sinaloa	70.21	71.10	75.76	75.92	76.11	76.29	76.48	76.65	76.84	77.02	77.20
12	Jalisco	71.24	69.39	75.66	75.82	76.02	76.19	76.39	76.57	76.75	76.93	77.12
13	Quintana Roo	68.62	68.26	75.64	75.80	75.99	76.17	76.36	76.54	76.73	76.91	77.09
14	Tamaulipas	70.50	72.49	75.50	75.66	75.86	76.04	76.23	76.41	76.60	76.78	76.97
15	Nayarit	71.56	70.15	75.25	75.42	75.62	75.80	75.99	76.18	76.37	76.55	76.74
16	Durango	69.84	71.00	75.16	75.33	75.52	75.70	75.90	76.08	76.27	76.46	76.64
-	Rep. Mexicana	68.91	68.76	75.17	75.32	75.50	75.67	75.86	76.04	76.23	76.41	76.60
17	San Luis Potosí	68.43	68.00	74.90	75.07	75.27	75.45	75.66	75.84	76.04	76.23	76.42
18	México	66.65	66.83	74.75	74.92	75.12	75.31	75.51	75.70	75.89	76.08	76.28
19	Yucatán	70.73	69.37	74.63	74.80	75.01	75.20	75.40	75.59	75.79	75.98	76.18
20	Guanajuato	68.33	67.59	74.54	74.71	74.91	75.10	75.31	75.50	75.70	75.89	76.08
21	Campeche	67.96	68.17	74.11	74.28	74.50	74.69	74.90	75.09	75.30	75.50	75.70
22	Zacatecas	67.69	67.05	73.99	74.16	74.37	74.57	74.78	74.97	75.18	75.37	75.57
23	Morelos	68.39	66.12	73.95	74.12	74.34	74.53	74.74	74.94	75.14	75.34	75.54
24	Tlaxcala	65.18	65.18	73.79	73.97	74.18	74.38	74.59	74.78	74.99	75.19	75.39
25	Michoacán	69.38	66.53	73.74	73.92	74.13	74.32	74.54	74.73	74.94	75.14	75.34
26	Puebla	67.31	65.32	73.51	73.69	73.91	74.10	74.32	74.52	74.73	74.93	75.14
27	Hidalgo	68.17	67.08	73.49	73.67	73.89	74.09	74.31	74.51	74.72	74.92	75.13
28	Tabasco	66.98	69.18	73.40	73.58	73.80	74.00	74.21	74.42	74.63	74.83	75.04
29	Veracruz	69.33	68.91	73.33	73.51	73.73	73.93	74.14	74.35	74.56	74.76	74.97
30	Oaxaca	68.85	66.95	72.89	73.07	73.30	73.50	73.73	73.93	74.15	74.36	74.57
31	Guerrero	69.09	69.41	72.69	72.88	73.11	73.31	73.54	73.75	73.97	74.18	74.40
32	Chiapas	67.91	67.69	72.58	72.76	72.99	73.20	73.43	73.64	73.86	74.07	74.29

Fuente: CONAPO. Esperanza de vida al nacer, 1950-2070

Gráfica 2. *Esperanza de vida al nacimiento. Tamaulipas 2020-2030.*



Fuente: CONAPO. Esperanza de vida al nacer, 1950-2070

Natalidad

El crecimiento, según estimaciones de CONAPO, de la población por grupos específicos de edad entre los años 2021 y 2025, muestra un incremento del 3.49%. Algunos grupos etarios muestran decrecimiento, como los menores de un año con el -4.14%, los de 1 a 4 años -4.57% y los de 5 a 14 años decrecen el -5.56%. Otros grupos etarios como el de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años crece el 1.05% y la población de 25 a 44 años, el 4.36%. El mayor crecimiento se observa en la población de 45 a 64 años con 8.69% y la población mayor de 65 años con el 19.30%.

Tabla 5. *Crecimiento de la población por grupos específicos de edad. Tamaulipas 2021-2025.*

Grupo etario	2021	2022	2023	2024	2025	% Variación de 2021 a 2025
< 1 año	55,623	54,783	53,949	53,553	53,318	-4.14%
1-4 años	222,963	219,645	217,083	214,826	212,764	-4.57%
5 a 14	620,161	613,572	605,276	595,706	585,652	-5.56%
15 a 24	619,470	621,614	623,699	625,249	625,960	1.05%
25 a 44	1,063,613	1,073,797	1,085,334	1,097,614	1,110,008	4.36%

Grupo etario	2021	2022	2023	2024	2025	% Variación de 2021 a 2025
45 a 64	754,883	772,332	789,694	805,679	820,459	8.69%
> 65 años	285,221	296,928	310,553	324,991	340,258	19.30%
Total	3,621,934	3,652,671	3,685,588	3,717,618	3,748,419	3.49%

Fuente: CONAPO. B.D. de la Conciliación Demográfica 1950 a 2019 y Proyecciones de la población de México 2020 a 2070.

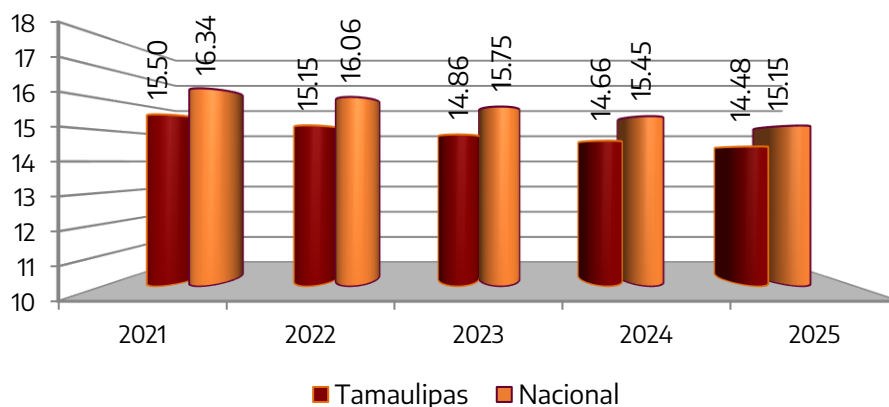
En el 2021 se registraron en el Estado un total de 56,151 nacidos vivos, con una tasa de 15.50 nacimientos por cada mil habitantes. A nivel nacional, se reportaron 2,107,021 nacimientos con una tasa de 16.34. Las tasas proyectadas por CONAPO para 2025 muestran una tasa estatal y nacional de 14.48 y 15.15 nacimientos por cada 1000 habitantes respectivamente.

Tabla 6. *Nacimientos. Tamaulipas 2021-2025.*

Nacimientos	2021	2022	2023	2024	2025
Tamaulipas	56,151	55,345	54,767	54,505	54,266
Nacional	2,107,021	2,087,096	2,065,728	2,043,204	2,019,907

Fuente: CONAPO. Tasas Específicas de Fecundidad y Nacimientos, 1950-2070.

Gráfica 3. *Tasa de natalidad. 2021-2025.*



Fuente: CONAPO. Tasas Específicas de Fecundidad y Nacimientos, 1950-2070.

Se puede observar que la tasa de natalidad ha estado presentando un decrecimiento constante en los últimos cinco años, tanto en el Estado de Tamaulipas como a nivel Nacional. Se espera esta misma tendencia en los próximos años. De esta forma, a pesar de que globalmente la población sigue creciendo, año con año lo hace cada vez a un ritmo menor.

Mortalidad general

En Tamaulipas durante el 2023 se registraron un total de 21,010 defunciones, con una tasa de 57.01 por cada 10,000 mil habitantes. Siendo las diez primeras causas de mayor frecuencia las enfermedades del corazón con 5,493 casos, seguido por diabetes mellitus con 2,968, tumores malignos con 2,655, accidentes con 1,051, enfermedades cerebrovasculares 937, enfermedades del hígado con 923, neumonía e influenza 692, insuficiencia renal con 496, agresiones y homicidios con 484 casos y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas con 396 casos.

Tabla 7. *Principales Causas de Mortalidad por 10,000 hab. Tamaulipas 2023.*

Número	Grupo	Defunciones	Tasa
1	Enfermedades del corazón	5,493	14.90
2	Diabetes mellitus	2,968	8.05
3	Tumores malignos	2,655	7.20
4	Accidentes	1,051	2.85
5	Enfermedades cerebrovasculares	937	2.54
6	Enfermedades del hígado	923	2.50
7	Neumonía e influenza	692	1.88
8	Insuficiencia renal	496	1.35
9	Agresiones (homicidios)	484	1.31
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	396	1.07
-	Otras causas	4,915	13.34
Total		21,010	57.01

Fuente: CUBOS SINBA SEED 2023. Fecha de consulta: octubre 2 de 2025.

Según estimaciones de CONAPO, en 2025 las defunciones alcanzarán la cifra de 23,420. Las altas cifras de mortalidad que se presentaron en 2021 están asociadas a los efectos de la pandemia de COVID-19.

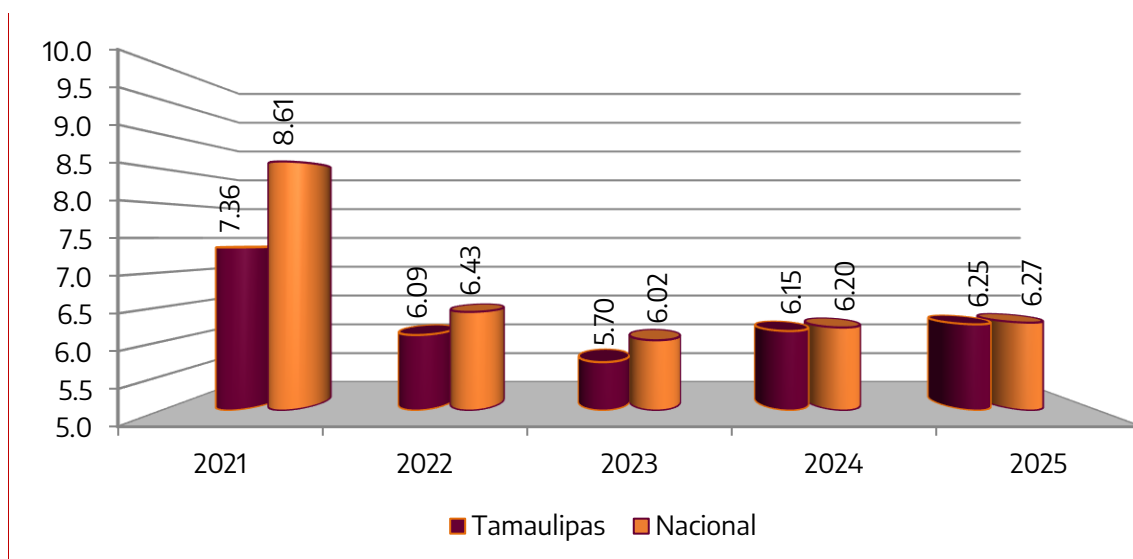
Tabla 8. *Mortalidad General. Tamaulipas 2021-2025.*

Defunciones	2021	2022	2023		2024*	2025*
Tamaulipas	26,661	22,259	21,010		22,869	23,420
Nacional	1,110,122	835,433	788,830		820,400	836,585

Fuente: CUBOS SINBA SEED 2021-2023. *Proyecciones CONAPO. Defunciones, 1950-2070.

Traducidos estos números a tasas de defunción por cada 1000 habitantes se puede observar que la tasa de mortalidad en Tamaulipas, en el periodo de 2021 a 2025, es menor a la tasa nacional. En la gráfica resaltan como las tasas de mortalidad más elevadas las obtenidas en nuestro Estado en el 2021 con 7.36 y la tasa nacional con 8.61, lo cual es reflejo de los estragos causados por la pandemia en ese año y el anterior.

Gráfica 4. Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes. 2021-2025.



Fuente: CUBOS SINBA SEED 2021-2023. *CONAPO. B.D. de la Conciliación Demográfica 1950 a 2019 y Proyecciones de la población de México 2020 a 2070.

Mortalidad infantil.

La mortalidad infantil se refiere al grupo de edad de menores de un año. Es un indicador que refleja las condiciones de vida de la población y permite establecer comparaciones en el ámbito estatal, nacional e internacional.

Tabla 9. Mortalidad en menores de 1 año. Tamaulipas 2021-2025.

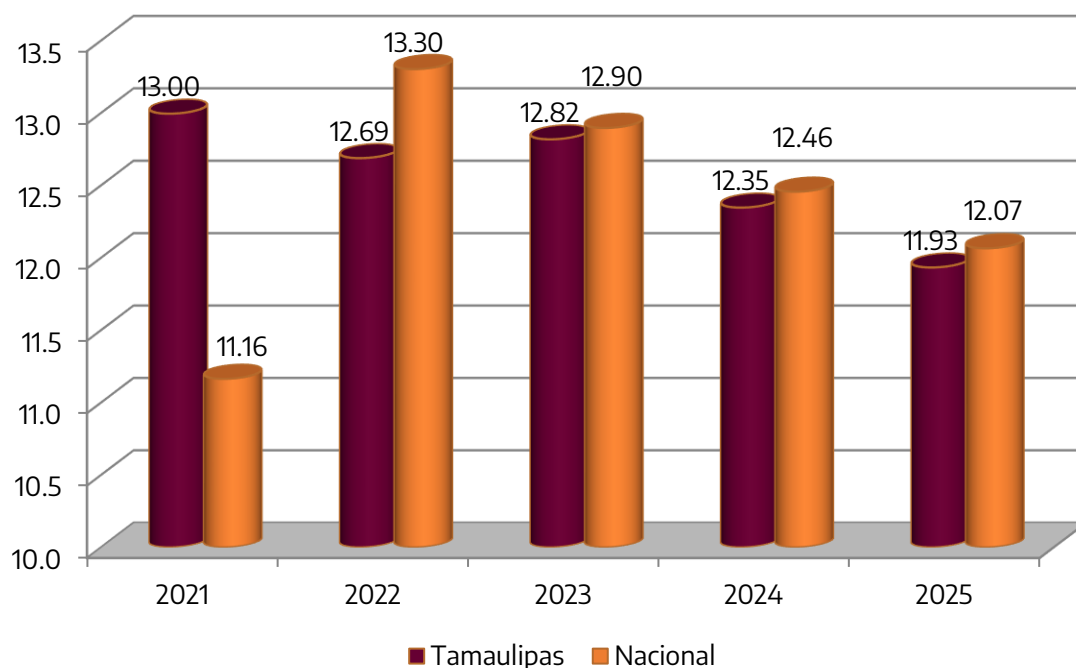
Mortalidad Infantil	2021	2022	2023	2024*	2025*
Tamaulipas	574	550	608	589	570
Nacional	19,319	19,610	19,345	23,281	22,320

Fuente: CUBOS SINBA SEED 2021-2023. * CONAPO. Defunciones, 1950-2070.

En el año 2021, se registraron en Tamaulipas 574 defunciones de menores de un año y 19,319 a nivel nacional. De acuerdo a las proyecciones de CONAPO, la mortalidad infantil ha iniciado una tendencia decreciente a partir de 2023, tanto a nivel estatal como nacional.

Estas cifras, expresadas en tasas de mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos, ponen a Tamaulipas por debajo de la media nacional, con excepción de las defunciones presentadas en 2021.

Gráfica 5. *Tasa de Mortalidad en menores de 1 año. Tamaulipas 2021-2025.*



Fuente: SINBA – DGIS – Indicadores nacionales 2021-2023. *CONAPO. B.D. de la Conciliación Demográfica 1950 a 2019 y Proyecciones de la población de México 2020 a 2070. Nota: Tasa por cada 1000 nacidos vivos.

Mortalidad de adolescentes y jóvenes.

Tabla 10. *Mortalidad Adolescentes y Jóvenes. Tamaulipas 2021-2025.*

Mortalidad 15-24 años	2021	2022	2023	2024*	2025*
Tamaulipas	576	450	524	838	835
Nacional	25,932	24,243	23,790	30,737	30,436

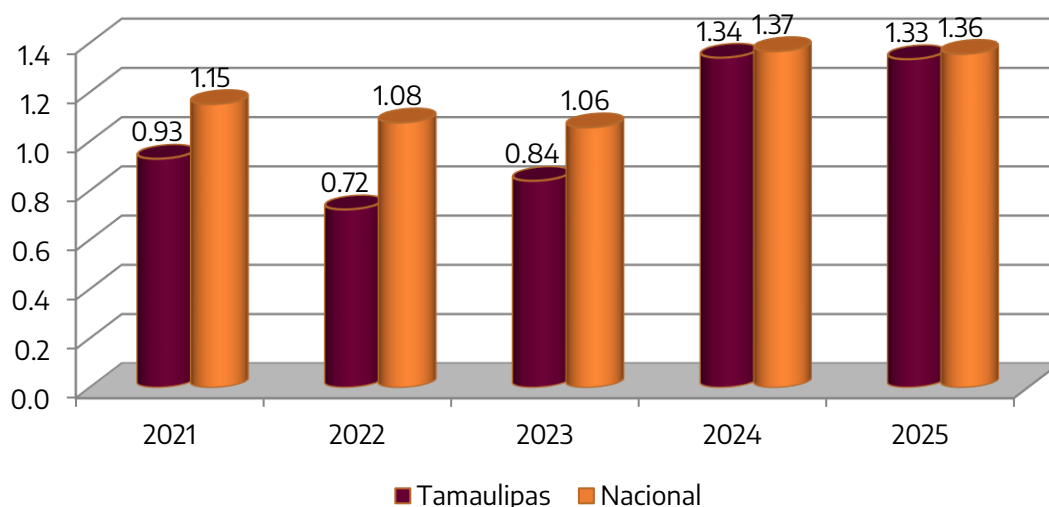
Fuente: CUBOS SINBA SEED 2021-2023. * CONAPO. Defunciones, 1950-2070.

La mortalidad en el grupo de las y los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, en el 2021 fue de 576 defunciones registradas. A nivel nacional se tuvieron, en este mismo año y grupo de edad, un total de 25,932 defunciones.

Los datos para el periodo 2021-2023 fueron obtenidos del SEED (Sistema Estadístico de Defunciones) de la Secretaría de Salud, que aún no cuenta con cifras para años posteriores, razón por la cual se complementó la información con las proyecciones CONAPO para los años 2024 y 2025. Si bien las cifras difieren de manera abrupta debido a cuestiones metodológicas expresadas por CONAPO, lo interesante es que ambas fuentes coinciden en revelar una tendencia a la disminución de la mortalidad en este grupo de edad.

Al convertir estas defunciones en tasas de mortalidad por cada 1,000 jóvenes de 15 a 24 años, podemos observar que la mortalidad en Tamaulipas, de este grupo etario, está por debajo de la media nacional.

Gráfica 6. *Tasa de Mortalidad personas de 15-24 años. Tamaulipas 2021-2025.*



Fuente: SINBA – DGIS – Indicadores nacionales 2021-2023. *CONAPO. B.D. de la Conciliación Demográfica 1950 a 2019 y Proyecciones de la población de México 2020 a 2070.

Mortalidad materna.

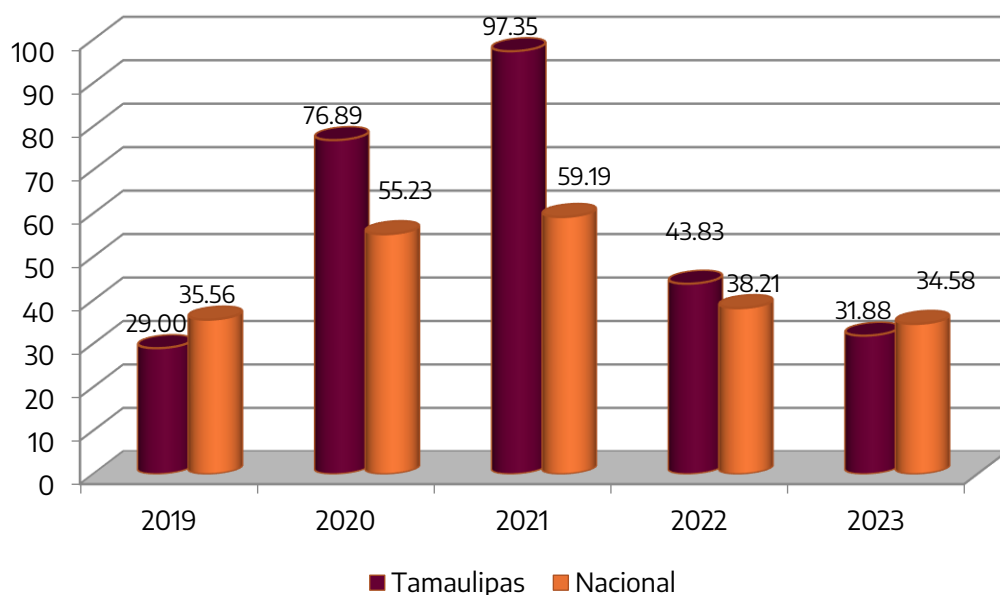
En el 2019, se tuvieron en Tamaulipas 18 casos de mortalidad materna. Durante la pandemia las muertes maternas se incrementaron considerablemente alcanzando el mayor número de defunciones 2021 con 44 casos. Esta misma tendencia se observó a nivel nacional. Las últimas cifras disponibles, correspondientes al año 2023, muestran una considerable disminución.

Tabla 11. *Muertes Maternas. Tamaulipas 2021-2023.*

Muertes maternas	2019	2020	2021	2022	2023
Tamaulipas	18	39	44	19	13
Nacional	874	1,191	1,271	883	774

Fuente: B.D. CUBOS DGIS 2019-2023

Gráfica 7. Razón de Muerte Materna. Tamaulipas 2019-2023.



Fuente: B.D. CUBOS DGIS 2019-2023. Fecha de consulta: Octubre 2 de 2025.

2.5 Experiencias de atención.

A nivel global, existen 3 principales modelos de sistemas de protección social en salud:

1. Sistema universal: El Estado garantiza acceso gratuito o asequible a todos los ciudadanos (ejemplo: Reino Unido con el National Health Service, NHS).
2. Sistema basado en seguros:
 - Público: Fondos recaudados a través de impuestos o contribuciones obligatorias (ejemplo: Alemania, Japón).
 - Privado: Los individuos pagan primas directamente a aseguradoras privadas (ejemplo: antes predominante en EE. UU.).
3. Sistemas mixtos: Combina financiamiento público con seguros privados o programas de apoyo focalizados (ejemplo: México con el Seguro Popular y ahora INSABI).

La **cobertura universal de salud** (CUS) implica garantizar que todas las personas tengan acceso equitativo a servicios de salud de calidad sin enfrentar dificultades financieras. Para alcanzarla, **los países suelen combinar varios modelos de protección social** en salud según sus contextos socioeconómicos. Las combinaciones más comunes incluyen:

1. Sistema Público-Privado Mixto

- Ejemplo: Chile, Países Bajos.
- Combina un sistema público financiado por impuestos o contribuciones con seguros privados regulados.
- Ventajas: Amplía la oferta de servicios y permite opciones según capacidad de pago.
- Desafíos: Puede generar inequidades si el sector privado ofrece mejor calidad.

2. Aseguramiento Universal con Regímenes Contributivo y Subsidiado

- Ejemplo: Colombia, Perú.
- El régimen contributivo cubre a trabajadores formales mediante cotizaciones, mientras que el régimen subsidiado cubre a la población vulnerable financiado por el Estado.
- Ventajas: Asegura financiamiento sostenido y protección para los más pobres.
- Desafíos: Requiere administración eficiente y financiamiento estable para evitar brechas.

3. Sistema Único con Acceso Gratuito

- Ejemplo: Reino Unido (NHS), Cuba.
- Servicios financiados enteramente por impuestos generales, con acceso gratuito en el punto de uso.
- Ventajas: Equidad y simplicidad administrativa.
- Desafíos: Alto costo fiscal y riesgo de saturación si la demanda supera la oferta.

4. Seguro Social Nacional Obligatorio

- Ejemplo: Alemania, Japón, Corea del Sur.
- Todos los ciudadanos están obligados a inscribirse en seguros sociales financiados por trabajadores, empleadores y subsidios estatales.
- Ventajas: Cobertura amplia con contribución equitativa según ingresos.
- Desafíos: Puede excluir a poblaciones informales o desempleadas si no hay subsidios adecuados.

5. Sistemas Comunitarios o de Microseguros

- Ejemplo: Rwanda, Ghana.

- Grupos comunitarios administran fondos locales de aseguramiento médico, combinados con aportes estatales.
- Ventajas: Amplía cobertura en áreas rurales y para poblaciones vulnerables.
- Desafíos: Limitado por recursos locales y capacidades administrativas.

6. Combinación de Modelos Públicos Financiados por Impuestos y Aseguramiento Privado Voluntario

- Ejemplo: Australia, Canadá.
- Sistema público universal financiado por impuestos para servicios esenciales, complementado por seguros privados voluntarios para servicios adicionales.
- Ventajas: Garantiza un piso mínimo de servicios y ofrece opciones para quien puede pagar.
- Desafíos: Puede depender demasiado de la capacidad estatal de regulación.

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 gratuitamente 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.

En México, el sistema de protección social en salud es mixto, con componentes públicos, privados y de aseguramiento social, diseñados para cubrir a diferentes segmentos de la población mediante la coexistencia de diversos subsistemas de atención a la salud, que atienden a diferentes poblaciones en función de su condición laboral, capacidad de pago o nivel socioeconómico. Estos subsistemas incluyen:

Instituciones públicas de seguridad social (contributivas)

- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social): para personas trabajadoras del sector privado y sus beneficiarios; incluye modalidades voluntarias.
- ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado): para personas trabajadoras al servicio del Estado (dependencias y entidades federales y, en algunos casos, entes locales incorporados) y sus beneficiarios.

- PEMEX, SEDENA y SEMAR: sistemas propios de atención para su personal y derechohabientes.

Sistema público para población sin seguridad social (no contributivo)

- IMSS-Bienestar (OPD Servicios de Salud IMSS-Bienestar): desde 2023 asume gradualmente la provisión de servicios para población sin seguridad social; sustituyó al INSABI (que a su vez reemplazó al Seguro Popular en 2020).
- Servicios estatales de salud / Secretarías de Salud estatales: según la entidad, operan unidades propias o coordinan con IMSS-Bienestar; además conservan funciones de rectoría, regulación, vigilancia sanitaria y promoción de la salud.

Sector privado

- Clínicas, hospitales y aseguradoras que atienden mediante pago directo o seguros privados.

Organizaciones sociales, comunitarias y medicina tradicional

- Asociaciones civiles, instituciones religiosas y proveedores de medicina tradicional y complementaria.

Esta segmentación ha repercutido en la fragmentación del Sistema Nacional de Salud. La fragmentación se refiere a la falta de coordinación e integración entre los diferentes subsistemas, lo que genera duplicidad de servicios, ineficiencias y desigualdad en el acceso y calidad de atención. Las principales características de esta fragmentación son:

a) Diferencias en los derechos y servicios:

- Cada institución ofrece diferentes paquetes de servicios, medicamentos y tratamientos, lo que crea desigualdad en el acceso a la atención.
- Los recursos y la calidad de los servicios varían significativamente entre instituciones y regiones.

b) Falta de interoperabilidad:

- Los sistemas de información entre las instituciones no están integrados, lo que dificulta la transferencia de pacientes o el intercambio de datos médicos.

c) Inversiones y financiamiento separados:

- Cada subsistema tiene su propio presupuesto y financiamiento, lo que a menudo resulta en uso ineficiente de recursos.

d) Barreras geográficas y administrativas:

- Las personas pueden enfrentar dificultades para acceder a servicios fuera de su subsistema asignado, especialmente en zonas rurales o marginadas.

En su conjunto, las consecuencias de la segmentación y fragmentación son:

- Inequidad: Grupos vulnerables, como las personas sin seguridad social, suelen recibir servicios de menor calidad.



- Desperdicio de recursos: La duplicidad de esfuerzos genera costos elevados y falta de eficacia.
- Acceso desigual: Las barreras administrativas y la falta de coordinación limitan la continuidad de la atención.
- Cobertura insuficiente: Aunque existe un marco de cobertura universal, en la práctica, las diferencias en acceso y calidad persisten.

La unificación y coordinación de los subsistemas, además de una mejor planeación financiera, son retos críticos para mejorar la eficiencia y equidad en el sistema de salud mexicano.

Las políticas y estrategias actuales del sistema de salud mexicano se encuentran enfocadas en lograr la cobertura universal de salud tomando como base el **reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental** que debe ser desligado de la esfera laboral.

3. Cobertura.

Ilustración 1. Cobertura y poblaciones.



3.1 Identificación y caracterización de la población o área de enfoque de referencia.

La población de referencia para el E081 es la totalidad de residentes en Tamaulipas al año 2025 que equivale a 3,748,419 habitantes, con y sin derechohabencia, de conformidad con las proyecciones de CONAPO. Esta población constituye el universo sobre el que la Secretaría de Salud de Tamaulipas ejerce sus funciones de rectoría.

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

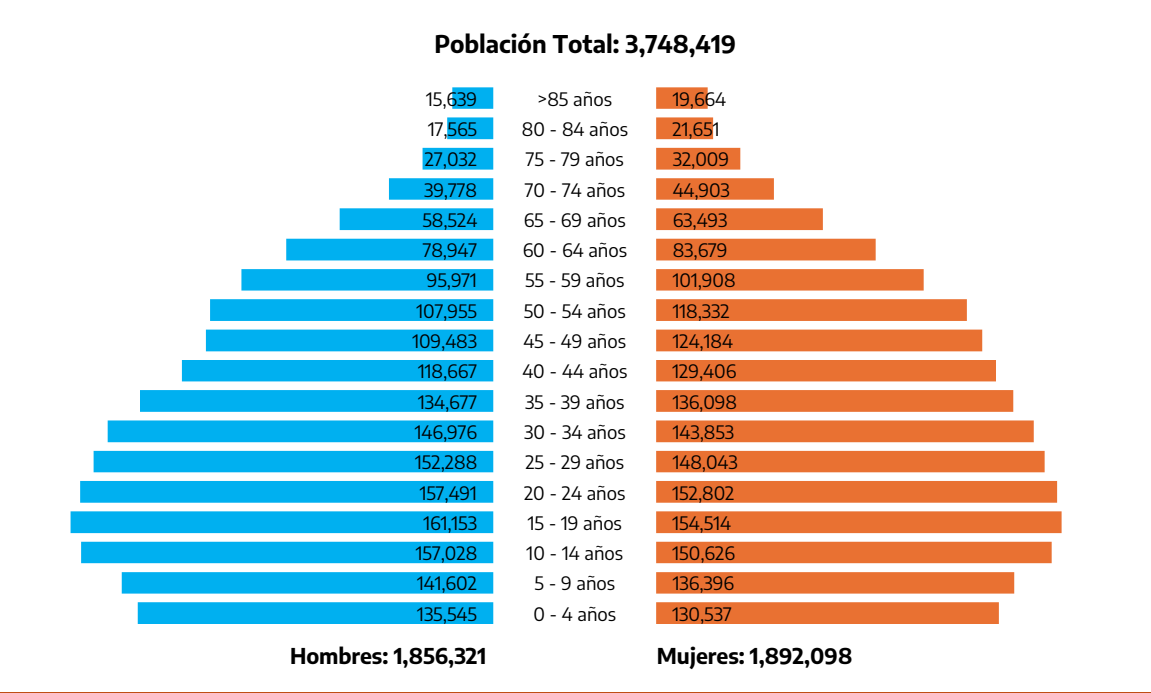
Tabla 12. *Población o área de enfoque potencial.*

Definición de la población o área de enfoque potencial	Se integra por todas las personas residentes en Tamaulipas sin seguridad social (todas las edades y sexos, en ámbitos urbano y rural), susceptibles de requerir y recibir atención en la red pública estatal. Incluye a quienes actualmente son atendidos por OPD Servicios de Salud IMSS-Bienestar o por el Programa IMSS-Bienestar (no OPD), y constituye el universo elegible para acciones de acceso, oportunidad y continuidad de la atención.
Cuantificación de la población o área de enfoque potencial	1,599,589

Fuente: CUBOS DGIS, 2024; CONAPO, 2025.

La estructura de la población por grupo quinquenal de edad y sexo de acuerdo a CONAPO (2025), se distribuye conforme a la pirámide de población siguiente:

Gráfica 8. Pirámide de Población. Tamaulipas 2025.



Fuente: CONAPO 2024. Reconstrucción y proyecciones de la población de los municipios de México 1990-2040

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 13. 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 particulares sin drenaje ni alcantarillado	% 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 ranking 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



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	% 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
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 atención médica tiene cobertura estatal (cuarenta y tres municipios) a través de una organización regional conformada por 12 Distritos de Salud, 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 distritales. Para el Estado, los Distritos de Salud están integrados de la siguiente forma:

Tabla 14. *Distritos de Salud. Tamaulipas 2025.*

No.	Distrito de Salud	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.

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

Para el presente programa con enfoque de prestación de servicios de salud, la población objetivo se integra por las personas residentes en Tamaulipas sin seguridad social que no están adscritas al Programa IMSS-Bienestar. Esta delimitación garantiza que el universo reportado sea efectivamente atendible, evitando doble conteo con otras instituciones.

Localización geográfica. La población objetivo se distribuye en todo el estado y se desagregará a nivel municipal y de localidad. La priorización territorial considerará densidad de población objetivo, rezago social y ruralidad, tiempos/distancias a unidades y carga de enfermedad.

Características socioeconómicas y demográficas. Incluye todas las edades y sexos, con mayor concentración en hogares de bajo ingreso, ocupación informal y ámbitos rurales o periurbanos con barreras de acceso (transporte, costo y horarios). Presenta mayor probabilidad de rezagos en prevención y continuidad de la atención, lo que incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad por causas prevenibles.

Criterios de inclusión/exclusión.

- **Incluye:** personas residentes en el estado, susceptibles de recibir la prestación de servicios de salud (personas sin seguridad social).
- **Excluye:** personas adscritas al Programa IMSS-Bienestar y a otros subsistemas con derechohabencia (IMSS ordinario, ISSSTE, etc.).

3.3.1 Criterios de focalización.

Criterios geográficos:

Para asegurar que la intervención pública alcance con efectividad a quienes más lo necesitan, se adoptará una estrategia de focalización basada en criterios cuantitativos y cualitativos, sustentados en datos oficiales al cierre del año 2024. A continuación, se describen los criterios de priorización:

- **Localidades con déficit en cobertura de servicios de salud:** Algunos municipios presentan situaciones críticas de déficit de cobertura médica. Ejemplos concretos: San Nicolás, Cruillas, Palmillas y Mainero, donde hay de uno a tres médicos generales para toda la población local. Estas localidades tienen baja población, gran dispersión geográfica, y cuentan con una capacidad institucional médica reducida (infraestructura, personal), carecen de médicos o de unidades médicas con personal suficiente, o sus habitantes no cuentan con algún tipo de seguridad social, lo que limita el acceso a la salud. De acuerdo al INEGI, en el año 2024 el 37.9 % de la población de Tamaulipas presentó carencia por acceso a la seguridad social, cifra que se ubicó 10.2 puntos porcentuales por debajo del promedio nacional, mientras que el 25.1 % de la población de Tamaulipas presentó carencia por acceso a los servicios de salud, cifra que se ubicó 9.1 puntos porcentuales por debajo del promedio nacional.
- **Zonas rurales:** Las zonas rurales presentan disparidades mayores que las urbanas, con índices de pobreza sustancialmente más altos, mayor dificultad de acceso a servicios, mayor carencia de infraestructura sanitaria, transporte, comunicación, etc. De acuerdo al INEGI, en Tamaulipas en el año 2024 el 30.8% de la población en el ámbito rural se encontraba en situación de pobreza, mientras que en el ámbito Urbano era 19%. Además, el 4.3 % de la población de Tamaulipas, presentó en el mismo año carencia por calidad y espacios de la vivienda, cifra que se ubicó 3.6 puntos porcentuales por debajo del promedio nacional.
- **Regiones y municipios con mayores niveles de pobreza o marginación:** Según la Medición Multidimensional de la Pobreza (INEGI, 2024), el porcentaje de población en pobreza multidimensional en Tamaulipas en ese año fue de 20.2%, con pobreza extrema del 1.5%; mientras que el 9.7 % de la población de Tamaulipas presentó carencia por acceso a la alimentación

nutritiva y de calidad, cifra que se ubicó 4.7 puntos porcentuales por debajo del promedio nacional.

Criterios sociodemográficos:

- ***Población en situación de pobreza y pobreza extrema:*** Se prioriza a quienes viven en pobreza multidimensional y, especialmente, extrema.
- ***Población rural:*** Personas que viven en ejidos, rancherías, comunidades alejadas. Por su dispersión, falta de infraestructura, y altas barreras de acceso, ellos enfrentan mayores obstáculos para atención médica.
- ***Personas sin seguridad social:*** Un alto porcentaje de la población carece de seguridad social, lo que limita el acceso a servicios de salud formales.
- ***Grupos con barreras adicionales:*** Incluye personas mayores, personas con discapacidad, mujeres embarazadas o en edad reproductiva, pueblos originarios.

Criterios de vulnerabilidad o condiciones específicas:

- ***Carencia en servicios de salud y seguridad social:*** En 2024 la carencia por acceso a los servicios de salud estaba alrededor del 25.1%, mejorando desde 2022 cuando era de 27.9%. La seguridad social continuaba siendo una de las carencias más altas.
- ***Acceso a servicios básicos en vivienda, alimentación nutritiva, calidad de vivienda:*** Aunque ha habido mejoría, aún hay población con carencias en estos rubros, lo que incrementa el riesgo para su salud.
- ***Desigualdades territoriales:*** Zonas fronterizas, municipios alejados, localidades con difícil acceso, donde la dispersión poblacional y la baja infraestructura merman los servicios.

Características estructurales de la población sin seguridad social.

- ***Alta informalidad laboral:*** un número significativo de personas trabaja sin prestaciones de ley, lo que implica ausencia de afiliación al seguro social.
- ***Población rural, comunidades dispersas:*** peor acceso a infraestructura de salud, mayor distancia y menor densidad de servicios. Las localidades rurales son claramente más vulnerables.
- ***Grupos sociales con barreras adicionales:*** personas de bajos ingresos, hogares en pobreza moderada o extrema, población que vive con múltiples carencias (salud, educación, vivienda).

Tabla 15. *Municipios de Tamaulipas con mayor porcentaje de población sin seguridad social (2025).*

Municipio	Población total	Pobación sin seguridad social	% Pobación sin seguridad social
San Nicolás	900	827	91.89
Miquihuana	4,010	3,678	91.72
Bustamante	7,667	7,030	91.69
Casas	4,127	3,409	82.60
Cruillas	1,549	1,274	82.25
Abasolo	9,370	7,697	82.15
Palmillas	2,248	1,846	82.12
Méndez	4,614	3,786	82.05
Villagrán	5,071	4,156	81.96
Burgos	4,230	3,464	81.89
San Carlos	6,976	5,712	81.88

Fuente: CUBOS DGIS, 22024, Proyecciones de población CONAPO 2024.

3.3.2 Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo.

Tabla 16. *Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo.*

Cuantificación de la población o área de enfoque objetivo	1,354,612 personas (2025).
--	----------------------------

Fuente: B.D. CUBOS DGIS, 2024 con proyecciones de CONAPO, 2024.

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”.

Tabla 17. *Población según institución de derechohabiencia. Tamaulipas 2025.*

Institución	Población	Porcentaje
Con derechohabiencia	2,148,830	57.32%
IMSS	1,804,531	48.14
ISSSTE	253,832	6.77
PEMEX, SEDENA, SEMAR	90,467	2.41
Sin derechohabiencia	1,599,589	42.67%
Programa IMSS Bienestar	16,927	0.45
SST (Servicios de Salud IMSS-Bienestar)	1,582,662	42.22
TOTAL	3,748,419	100.00 %

Fuente: CUBOS DGIS, 2024; Proyecciones de población CONAPO 2024; INEGI, 2020.

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: el Programa IMSS-Bienestar, y los Servicios Estatales de Salud, SST.

A continuación, se presentan los datos de población del 2024, según condición de derechohabiencia y desagregados por Distrito de Salud.

Tabla 18. *Población según derechohabiencia y distrito de salud. Tamaulipas 2025.*

Distrito de Salud	Sin derechohabiencia	Con derechohabiencia	Total
I. Victoria	184,246	238,782	423,028
II. Tampico	194,677	319,521	514,198
III. Matamoros	230,716	351,498	582,214
IV. Reynosa	313,188	465,759	778,947
V. Nuevo Laredo	182,975	276,046	459,021
VI. Mante	71,992	97,647	169,639
VII. San Fernando	44,097	15,922	60,019
VIII. Jaumave	40,820	18,357	59,177
IX. Miguel Alemán	41,197	31,340	72,537
X. Valle Hermoso	91,261	113,177	204,438
XI. Padilla	43,419	17,595	61,014
XII. Altamira	161,001	203,186	364,187
Estado	1,599,589	2,148,830	3,748,419

Fuente: CUBOS DGIS, 202024, Proyecciones de población CONAPO 2024.

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 2025, distribuida por sexo y grupo etario.

Tabla 19. *Población Sin Seguridad Social por sexo y grupos programáticos de edad. Tamaulipas 2025.*

Grupos programáticos de edad	Hombres	Mujeres	Total
0 a 4 años	66,119	63,294	95,236
5 a 14	139,923	136,245	262,501
15 a 24	155,302	149,468	271,806
25 a 44	245,161	237,667	475,099
45 a 64	147,812	142,506	355,073
> 65 años	54,906	61,186	150,374
Total	809,223	790,366	1,599,589

Fuente: CUBOS DGIS, 202024, Proyecciones de población CONAPO 2024.

3.4 Metas de Cobertura.

Contexto. La cobertura que se reporta en este documento se calcula con base en el enfoque de prestación de servicios de salud (atención a población sin seguridad social a cargo del OPD Servicios de Salud IMSS-Bienestar y del Programa IMSS-Bienestar, según corresponda). Este enfoque refleja la operación vigente y permite medir resultados asistenciales y brechas de acceso en el corto plazo.

Transición en curso. Paralelamente, el sistema estatal atraviesa un proceso de cambios estructurales que separa y redefine funciones de:

- Rectoría (normar, coordinar, evaluar calidad y resultados);
- Operación de servicios de salud (OPD Servicios de Salud IMSS-Bienestar);
- Programas preventivos y funciones de salud pública (a través del Servicio Nacional de Salud Pública, SNSP).

Implicación para la cobertura. Conforme se consolide esta separación de funciones, la metodología de cálculo de cobertura se actualizará para:

- 1) Diferenciar universos y denominadores por bloque:
 - a) Rectoría/Salud pública (sectorial): universo estatal (toda la población).
 - b) Prestación (focal): población sin seguridad social atendible por el OPD Servicios de Salud IMSS Bienestar (excluyendo explícitamente el padrón del Programa IMSS-Bienestar).
 - c) Temáticos (p. ej., dengue): población en riesgo por criterios técnicos (vigilancia/entomología).
- 2) Atribuir con precisión los numeradores (atenciones, coberturas, oportunidad, calidad) a la entidad competente (rectoría, OPD o SNSP) y al bloque correspondiente, evitando doble conteo.
- 3) Incorporar indicadores de calidad y seguridad del paciente bajo rectoría (homologación de lineamientos, supervisión y cumplimiento), además de los clásicos de acceso y producción asistencial.

Estrategia temporal. Mientras se completa la transición:

- Se mantiene el enfoque de prestación para los indicadores operativos (cobertura de atención, oportunidad, continuidad), con sus denominadores vigentes.
- Se reportan en paralelo indicadores sectoriales de rectoría (p. ej., % de lineamientos de calidad actualizados y aplicados, % de unidades con supervisión vigente), con universo estatal como denominador.

- En los informes subsecuentes, se documentarán los cambios de definiciones (universos, fuentes, fórmulas) y se recalibrarán series si es necesario para asegurar comparabilidad.

Tabla 20. *Metas de Cobertura.*

	Año t*	Año t+1	Año t+2	Año t+3
Población objetivo	1,354,612	1,354,612	1,354,612	1,354,612
Meta total de cobertura (personas)	243,830	298,015	352,199	406,384
Mujeres 51%	124,353	151,988	179,621	207,256
Hombres 49%	119,477	146,027	172,578	199,128
Meta % total de cobertura (%)	18%	22%	26%	30%

Fuente: Elaboración propia con datos de la SST. Año base*

Conclusión. La cobertura que hoy se publica es coherente con la operación asistencial vigente; no obstante, en cuanto se consolide la separación de funciones (rectoría–operación–prevención/SNSP), la metodología y los denominadores de cobertura se ajustarán para reflejar el nuevo arreglo institucional, fortaleciendo la calidad, la comparabilidad y la atribución de resultados.

3.5 Frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo.

La principal fuente de información son las proyecciones de población publicadas por la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Esta institución 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.

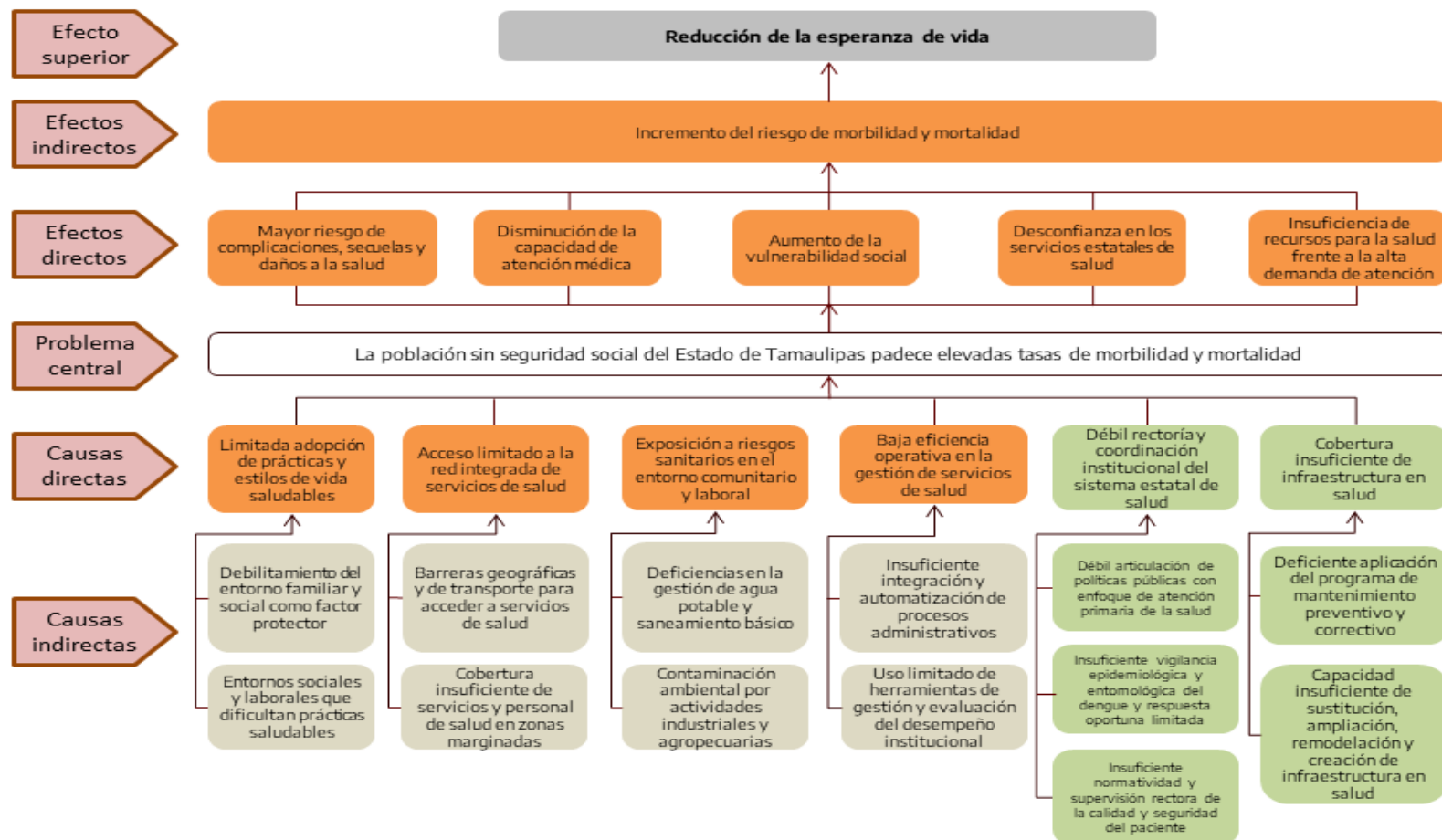
Para toda información poblacional que requiera ser desglosada por condición de derechohabencia se utilizan, adicionalmente, estimadores de los Censos de Población y Vivienda.

- La frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo es anual.

4. Análisis causa-efecto.

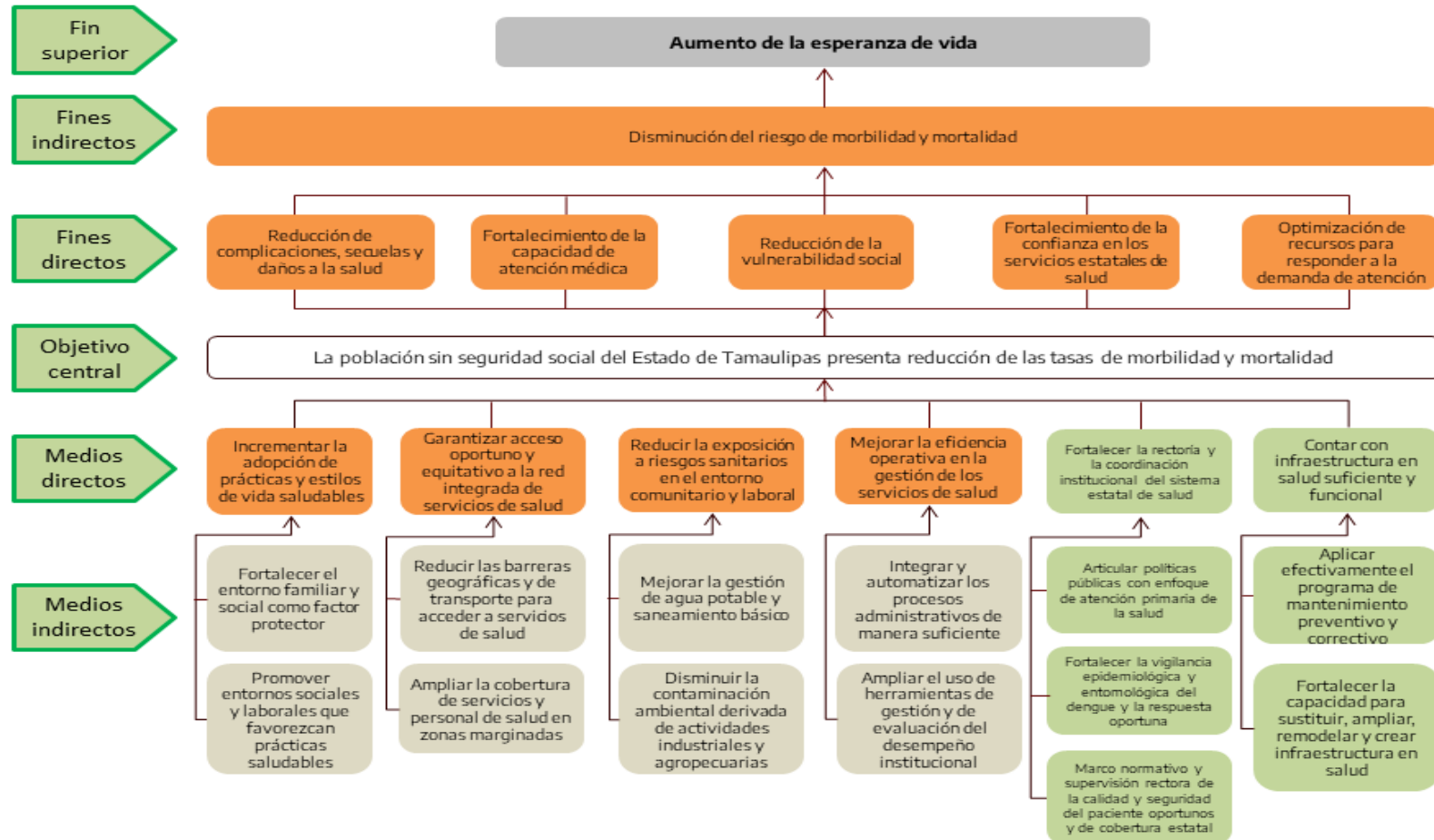
4.1 Árbol del problema.

Dependencia o Entidad: *Secretaría de Salud de Tamaulipas*



4.2 Árbol de objetivos.

Dependencia o Entidad: *Secretaría de Salud de Tamaulipas*



5. Análisis de alternativas.

Se identificaron y valoraron alternativas de intervención derivadas del Árbol de Objetivos, siguiendo la Metodología de Marco Lógico (MML). La selección privilegia eficiencia y eficacia, considerando factibilidad de implementación (técnica, financiera, institucional), análisis de riesgos y coherencia con la MIR E081 2026.

Tabla 21. *Conversión de Medios a Alternativas.*

Medios	Alternativa	Acciones
Mejorar la eficiencia operativa en la gestión de los servicios de salud	Transformación operativa y gestión clínica	1) Implementar ECE y agenda de citas en 1er nivel. 2) Uso de herramientas de gestión y evaluación del desempeño (tableros/indicadores).
Fortalecer la rectoría, calidad y coordinación sectorial	Rectoría, calidad y coordinación sectorial	1) Unificar y actualizar lineamientos (APS/Rutas) de aplicación estatal. 2) Supervisión de calidad y seguridad del paciente. 3) Coordinación interinstitucional para vigilancia y control del dengue.
Reducir riesgos a la salud por entornos y prácticas inseguras	Fortalecimiento de promoción y protección comunitaria	1) Activación de comités de salud y corresponsabilidad social. 2) Detecciones y vacunación focalizadas en población sin SS, con apoyo comunitario.
Garantizar capacidad física para la atención	Consolidación de infraestructura prioritaria (Plan Maestro)	1) Proyectos ejecutivos validados. 2) Gestión de recursos y ejecución de obra con seguimiento físico-financiero.

Alcance de la Tabla 21. La conversión de medios a alternativas integra y prioriza aquellos medios del Árbol de Objetivos que, por su naturaleza, compiten por recursos y permiten una valoración comparativa (costo, plazo, impacto, factibilidad). Para evitar fragmentación, se consolidaron medios solapados o transversales en 4 paquetes de intervención (alternativas) y se dejaron fuera de la matriz comparativa aquellos componentes que son obligaciones operativas continuas (no “alternativas” en sentido estricto), los cuales se mantienen en ejecución y seguimiento en la MIR.

Tabla 22. *Criterios para la selección de Alternativas.*

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

Escala de puntos



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

Nota 2: El 4 representa la mejor alternativa mientras que el 1 representa la peor.

Tabla 23. *Matriz de Alternativas.*

CRITERIOS DE VALORACIÓN	Transformación operativa y gestión clínica	Rectoría, calidad y coordinación	Promoción y protección comunitaria	Infraestructura prioritaria
1. Menor costo de implementación	3	2	4	1
2. Mayor financiamiento disponible	3	2	4	1
3. Menor tiempo para la obtención de resultados	4	3	2	1
4. Aceptación por la población afectada	3	3	4	2
5. Mayor viabilidad técnica del programa	4	3	2	1
6. Mayor capacidad institucional	4	3	2	1
7. Mayor impacto institucional	4	4	2	2
8. Mejores resultados esperados	4	4	2	2
TOTAL	29	24	22	11

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

Tabla 24. Selección de alternativas.

Alternativa	Puntaje Ponderado	Aplicabilidad	Justificación
Transformación operativa y gestión clínica	29	Viable	Costo moderado y resultados rápidos (ECE, agenda, tableros). Alta viabilidad técnica y capacidad institucional. Impacta oportunidad/continuidad y calidad (C04).
Rectoría, calidad y coordinación sectorial	24	Viable	Consolida la gobernanza (lineamientos, supervisión) y la respuesta a dengue, con efectos en calidad (C04) y promoción/protección (C01). Requiere coordinación, pero es sostenible.
Promoción y protección comunitaria	22	Viable condicionada	En el componente de salud pública, esta alternativa es prioritaria (pilar preventivo); en la operación clínica, actúa como complemento que sostiene calidad y oportunidad. Por su naturaleza, los efectos son acumulativos y se medirán con indicadores intermedios de C01
Infraestructura prioritaria (Plan Maestro)	11	No viable en el corto plazo	Alto costo y tiempos de ejecución; su pertinencia es estratégica, pero no resuelve de inmediato la brecha de calidad/gestión. Procede si hay financiamiento multianual asegurado.

Las alternativas evaluadas se enmarcan en la normativa aplicable y en la planeación sectorial vigente. En la matriz se utilizaron criterios de valoración para comparar costo, plazo, factibilidad e impacto; el puntaje total orienta la priorización, sin excluir las demás opciones. Dado que son complementarias y atienden dimensiones distintas del problema, se impulsarán de manera escalonada: primero las de mayor viabilidad y resultados tempranos, y en paralelo las de sostenibilidad del sistema, a fin de mantener la funcionalidad de los programas PP E081 y K185 y su coherencia con la MIR. Asimismo, el dengue es una prioridad sanitaria para Tamaulipas; por ello se incorpora explícitamente en la Alternativa 2: Rectoría, calidad y coordinación sectorial, mediante la coordinación interinstitucional para la vigilancia y control del dengue (respuesta rápida) y su seguimiento con indicadores medibles y operables bajo el componente de promoción y protección de la salud (C01).

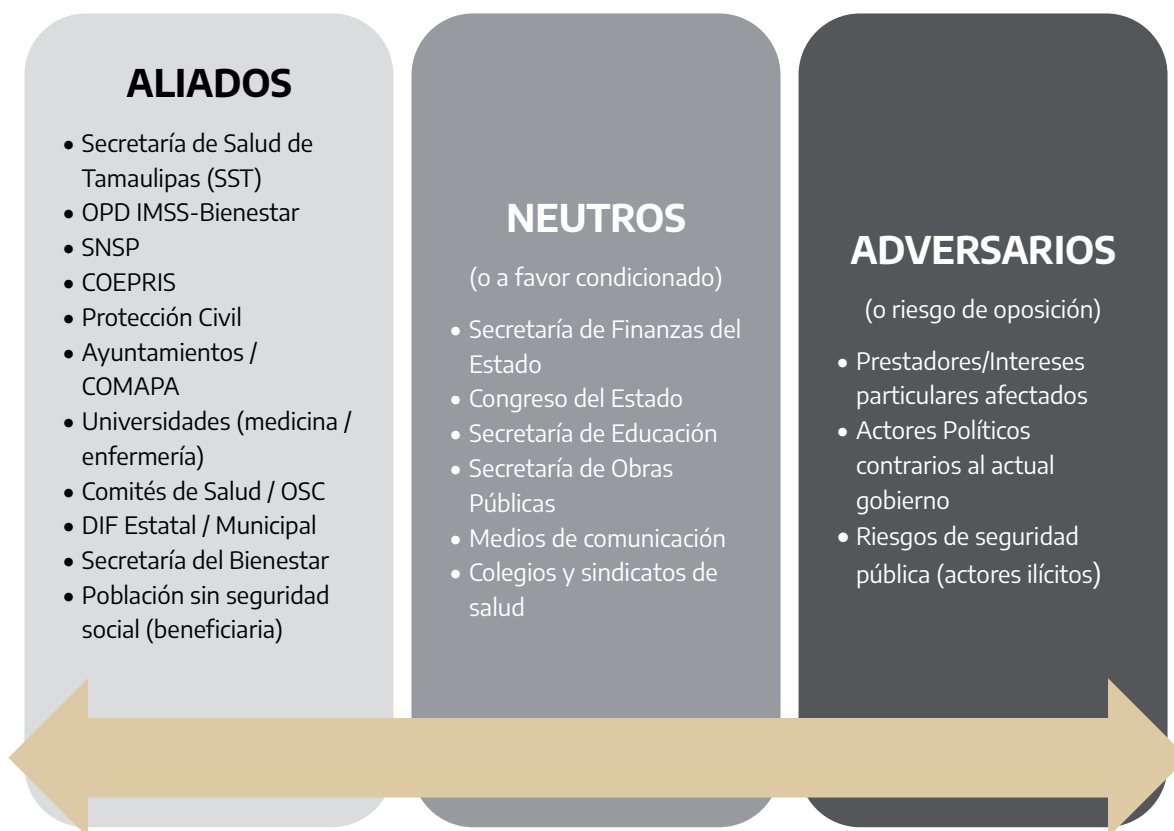
6. Análisis de los involucrados.

El análisis de los involucrados identifica a las personas, grupos y organizaciones relacionadas con el problema que el Programa busca enfrentar, para conocer sus intereses/expectativas y determinar los actores clave con mayor influencia en su resolución. Este análisis permite una visión intersectorial completa e incorpora los intereses de actores que pueden ser determinantes para el éxito del Programa.

De acuerdo con el problema a resolver por el PP E081 (y K185 cuando corresponda), se identifican los actores y se establecen estrategias de vinculación con cada uno, como elemento clave que facilita el diseño programático y favorece su implementación.

Una vez identificados y caracterizados los actores, se agrupan según sus intereses, procurando categorías homogéneas. Para ello se utiliza el mapa de involucrados (mapa de actores), que permite visualizar y agrupar a los actores conforme a sus intereses y posibles posiciones respecto del Programa.

Ilustración 2. Mapa de Involucrados.



Tipología ad-hoc (máx. 4)

1. Decisores clave (presupuesto, normatividad, conducción).
2. Operadores (ejecución directa: red de servicios, regulación, territorio).
3. Aliados comunitarios y académicos (movilización, formación).
4. Beneficiarios directos (población objetivo).

Para priorizar con quién trabajar en la implementación, se valora su importancia para la operación del Programa y su fuerza para defender intereses. Se aplica la Matriz de Expectativas-Fuerzas (Team Up), que junto con el mapa estima el poder de cada actor.

Tabla 25. *Matriz de Actores.*

Actor/Grupo de actores	Interés/Expectativas (A favor o en contra)	Interés/Expectativas (A favor o en contra) (A)	Fuerza para defender intereses (B)	Calificación (A*B)
Secretaría de Salud de Tamaulipas (SST)	A favor: rectoría, lineamientos, supervisión y resultados MIR	3	3	9
OPD Servicios de Salud IMSS-Bienestar	A favor: atención médica y metas asistenciales	3	3	9
Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP)	A favor: conducción preventiva y articulación de programas	3	3	9
Secretaría de Finanzas del Estado	A favor condicionado: sostenibilidad presupuestal y calendarización	3	2	6
COEPRIS Tamaulipas	A favor: cumplimiento regulatorio y control de riesgos sanitarios	2	3	6
Ayuntamientos / COMAPA	A favor: agua segura, saneamiento; apoyo en dengue/entornos	2	2	4
Protección Civil estatal/municipal	A favor: respuesta a emergencias y brotes (≤ 72 h)	2	2	4
Colegios y sindicatos de salud	A favor condicionado: calidad con resguardo de carga/condiciones laborales	2	2	4
Población sin seguridad social (beneficiaria)	A favor: acceso efectivo y trato digno	3	1	3
Universidades (medicina/enfermería)	A favor: formación, servicio social y apoyo en promoción	2	1	2
Comités de Salud / OSC	A favor: movilización social y vigilancia comunitaria	2	1	2

Nota: El orden de los actores prioritarios se presenta de mayor a menor calificación (A×B).

7. Objetivos

7.1 Determinación de los objetivos del programa.

Los objetivos del programa se definen con base en la estructura analítica de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) y en la metodología de Marco Lógico. En este marco, el Objetivo general es la versión en positivo del objetivo central del Árbol de Objetivos y se corresponde con el Propósito de la MIR y los Objetivos específicos corresponden uno a uno con los Componentes del programa (C01–C04 y, cuando proceda en este documento, K185).

7.1.1 Objetivo General.

Reducir las tasas de morbilidad y mortalidad de la población sin seguridad social del Estado de Tamaulipas.

7.1.2 Objetivos específicos.

- 1) Otorgar servicios de promoción y protección de la salud a la población sin seguridad social, fortaleciendo la participación social (comités de salud) y la coordinación territorial, incluida la vigilancia y control del dengue con respuesta ≤ 72 h. (C01)
- 2) Brindar atenciones de salud sexual y reproductiva con oportunidad y continuidad del cuidado para población sin seguridad social. (C02)
- 3) Regular y vigilar los riesgos sanitarios en establecimientos y servicios de salud, así como en agua de uso y consumo humano, para proteger a la población. (C03)
- 4) Mejorar la calidad de la atención en el primer nivel, promoviendo trato digno y procesos estandarizados, implementando el Expediente Clínico Electrónico (ECE) y la agenda de citas, y tableros de desempeño. (C04)
- 5) Fortalecer la infraestructura de salud prioritaria para garantizar cobertura y calidad, conforme a disponibilidad presupuestaria y planeación multianual. (K185, si aplica en este documento)

7.2 Aportación del programa a objetivos de planeación superior.

7.2.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

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.



El ODS más relevante para salud es el Objetivo 3 Salud y Bienestar: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. Se complementa con los siguientes ODS: ODS 5 Igualdad de género, ODS 10 Reducción de desigualdades, ODS 16 Instituciones eficaces y ODS 17 Alianzas.

Tabla 26. *Alineación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.*

Objetivo	Meta	Indicador		Alineado a:
ODS 3	3.1 Reducir mortalidad materna	3.1.1 Razón de mortalidad materna (defunciones por 100 000 NV)	C02	Atenciones de salud sexual y reproductiva (SSR) y referencia oportuna para disminuir riesgos maternos.
ODS 3	3.2 Fin de muertes evitables en <5 años	3.2.1 Tasa de mortalidad en menores de 5 (por 1 000 NV)	C01 (vacunación)	Vacunación y vigilancia para reducir mortalidad infantil prevenible.
ODS 3	3.3 Terminar epidemias transmisibles (incluye enfermedades tropicales desatendidas, NTD)	3.3.5 Población que requiere intervenciones contra NTD	Actividad (C01)	Coordinación para vigilancia y control del dengue con respuesta ≤72 h.
ODS 3	3.4 Reducir mortalidad prematura por ECNT	3.4.1 Mortalidad por ECNT (ECV, cáncer, DM, EPOC)	C01	Detección y seguimiento de DM/HTA/obesidad y consejería en estilos de vida.
ODS 3	3.5 Prevención y tratamiento del uso de sustancias	3.5.2 Consumo nocivo de alcohol (per cápita ≥15 años)	C01	Promoción y consejería para disminuir riesgos por alcohol y otras sustancias.
ODS 3	3.6 Reducir muertes/lesiones por tránsito	3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones de tránsito	C01	Educación comunitaria y coordinación local para prevenir lesiones.
ODS 3	3.7 Acceso universal a SSR	3.7.1 Necesidad satisfecha de PF con métodos modernos	C02	Servicios de SSR, PF e información/educación con continuidad del cuidado.
ODS 3	3.8 Cobertura sanitaria universal	3.8.1 Índice de cobertura de servicios esenciales	Propósito (E081) y C04	Acceso efectivo de población sin SS; ECE + agenda y tableros para oportunidad/calidad.
ODS 3	3.9 Reducir muertes por químicos y contaminación (aire/agua/suelo)	3.9.1 Mortalidad atribuible a WASH (Agua, Saneamiento e Higiene) inseguros.	C03	COEPRIS: verificación sanitaria y calidad bacteriológica del agua de consumo.
ODS 3	3.a Control del tabaco	3.a.1 Prevalencia de consumo actual de tabaco (≥15 años)	C01	Intervenciones breves y campañas para reducir consumo de tabaco.

Objetivo	Meta	Indicador		Alineado a:
ODS 3	3.b Investigación y Desarrollo para el acceso a vacunas / medicamentos	3.b.1 Cobertura de inmunización (p. ej., DTP3/SRP)	C01	Campañas de vacunación y coberturas según esquema nacional.
ODS 3	3.c Financiamiento y personal de salud	3.c.1 Densidad de personal sanitario	Actividad (C04)	Formación de especialistas y retención para mejorar cobertura y calidad.
ODS 3	3.d Capacidad de alerta y respuesta	3.d.1 Capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional (RSI / IHR)	Actividad (C01)	Preparación y respuesta ≤72 h ante brotes (p. ej., dengue).
ODS 5*	5.6 Asegurar SSR y derechos reproductivos	5.6.1 Mujeres 15–49 que toman decisiones informadas sobre relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y atención de SSR	C02	SSR: planificación familiar, control prenatal y tamizaje VPH/citología con continuidad del cuidado.
ODS 10*	10.2/10.3 Inclusión e igualdad de oportunidades	10.2.1 Población con ingresos <50% de la mediana (como referencia de inclusión)*	Propósito; C01–C04	Priorización de población sin seguridad social y enfoque territorial para reducir brechas en acceso efectivo a servicios.
ODS 16*	16.6 Instituciones eficaces, rendición de cuentas	16.6.2 Porcentaje de población satisfecha con servicios públicos	C04	Rectoría y calidad: lineamientos, supervisión con plan de mejora, ECE+agenda y tableros para transparencia y satisfacción usuaria.
ODS 17*	17.17 Promover colaboraciones eficaces	17.17.1 Monto comprometido en asociaciones públicas y privadas)	C01/C03/C04	Articulación interinstitucional: SST–OPD–SNSP–Ayuntamientos–COEPRIS–Protección Civil para promoción, riesgos sanitarios y calidad.

Nota*: ODS 5/10/16/17 = contribución; indicadores ODS oficiales pueden no ser producidos por el programa. La trazabilidad se documenta con MIR y, cuando corresponde, proxies internos (no ODS).

7.2.2 Plan Nacional de Desarrollo (PND)

Tabla 27. Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo.

Eje	Objetivo	Estrategia	Alineado a:
-----	----------	------------	-------------



Eje	Objetivo	Estrategia	Alineado a:	
Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo	2.7 Garantizar el derecho a la salud y modernizar el sistema con acceso universal.	2.7.1 Fortalecer al IMSS-Bienestar para población sin seguridad social.	Propósito (E081)	Acceso efectivo a servicios para población sin SS mediante redes estatales coordinadas.
Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo	2.7 Garantizar el derecho a la salud y modernizar el sistema con acceso universal.	2.7.2 Reforzar políticas de salud colectiva vía SNSP (promoción, prevención).	Componente C01	Promoción, vacunación y vigilancia epidemiológica en la población objetivo.
Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo	2.7 Garantizar el derecho a la salud y modernizar el sistema con acceso universal.	2.7.3 Atención a grupos vulnerables mediante el SNSP.	Propósito; C01	Enfoque territorial y de vulnerabilidad para cerrar brechas en acceso y uso.
Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo	2.7 Garantizar el derecho a la salud y modernizar el sistema con acceso universal.	2.7.4 Igualdad sustantiva en SSR en adolescencia- puerperio.	Componente C02	SSR: PF, control prenatal, referencia oportuna, libre de violencia obstétrica.
Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo	2.7 Garantizar el derecho a la salud y modernizar el sistema con acceso universal.	2.7.5 Promoción y prevención en salud mental.	C01 (promoción)	Consejería y primeras respuestas comunitarias coordinadas con unidades de salud.
Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo	2.7 Garantizar el derecho a la salud y modernizar el sistema con acceso universal.	2.7.6 Entrega oportuna de insumos.	C04 (calidad/gestión)	ECE + agenda y tableros para oportunidad, abasto trazable y mejora continua.
Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo	2.7 Garantizar el derecho a la salud y modernizar el sistema con acceso universal.	2.7.7 Infraestructura y equipamiento médico priorizados.	K185 (Infraestructura)	Obras y equipamiento para capacidad resolutiva y calidad de atención.
Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo	2.7 Garantizar el derecho a la salud y modernizar el sistema con acceso universal.	2.7.8 Programas de primera infancia, niñez y adolescencia (salud y nutrición).	C01	Vacunación, consejería de alimentación saludable y detección oportuna.



Eje	Objetivo	Estrategia	Alineado a:
Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo	2.7 Garantizar el derecho a la salud y modernizar el sistema con acceso universal.	2.7.9 Atención integral y de calidad para personas adultas mayores.	C01; C04 Modelo integral de crónicos y trato digno con seguimiento de calidad.
Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo	2.7 Garantizar el derecho a la salud y modernizar el sistema con acceso universal.	2.7.10 Intercambio de servicios para integrar el sector.	C04 (rectoría/calidad) Estándares, referencia- contrarreferencia y acuerdos interinstitucionales.
Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo	2.7 Garantizar el derecho a la salud y modernizar el sistema con acceso universal.	2.7.11 Política alimentaria y fortalecimiento de salud/nutrición.	C01 Acciones educativas y de prevención de ECNT con enfoque de curso de vida.
Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo	2.8 Investigación e innovación en salud con prioridad a población vulnerable.	2.8.1 Acceso a servicios especializados y de largo plazo para ECNT.	C01; C04 Detección y seguimiento de DM/HTA/obesidad y mejora de calidad clínica.
Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo	2.8 Investigación e innovación en salud con prioridad a población vulnerable.	2.8.2 Talento científico y divulgación en salud pública y bioética.	Actividad (C04) Formación de especialistas y cultura de calidad y seguridad del paciente.
Eje 2. Desarrollo con bienestar y humanismo	2.8 Investigación e innovación en salud con prioridad a población vulnerable.	2.8.3 Formación de RH e innovación tecnológica en capacitación continua.	Actividad (C04) Capacitación continua y evaluación del desempeño para atención centrada en la persona.
Eje 4. Desarrollo sustentable	4.6 Derecho al agua con gestión eficiente y resiliente.	4.6.1-4.6.4 Acceso, saneamiento, tratamiento y control de contaminantes.	Componente C03 (COEPRIS) Regulación sanitaria y monitoreo de calidad bacteriológica del agua de consumo.
Eje 4. Desarrollo sustentable	4.6 Derecho al agua con gestión eficiente y resiliente.	4.6.6-4.6.9 Sanciones, gestión integrada y sistemas comunitarios de agua.	C03 (coordinación intersectorial) Vigilancia sanitaria y coordinación con municipios/operadores para agua segura.

Eje	Objetivo	Estrategia	Alineado a:	
Eje 4. Desarrollo sustentable	4.3 Reducir emisiones y fortalecer resiliencia climática.	4.3.4-4.3.5 Prevención y control de contaminación; programas de aire.	C03 (riesgos sanitarios)	Verificación sanitaria y gestión de riesgos ambientales que afectan la salud.
Eje 1. Gobernanza con justicia y participación	1.3 Erradicar corrupción y promover transparencia, ética y buen gobierno.	1.3.1-1.3.5 Modernización, digitalización, transparencia y archivos.	C04 (rectoría y gestión de calidad)	Lineamientos, tableros, ECE y trazabilidad para eficiencia y rendición de cuentas.
Eje 1. Gobernanza con justicia y participación	1.4 Uso honesto y eficiente de recursos públicos con austeridad.	1.4.1 Política de gasto eficiente y ejecución eficaz del presupuesto.	C04 (gestión)	Mejora de procesos, monitoreo de productividad y eficiencia en uso de recursos.
Eje Transversal 1. Igualdad sustantiva y derechos de las mujeres	T1.4 Erradicar violencias contra las mujeres y garantizar derechos SSR.	T1.4.4 Ejercicio pleno de derechos sexuales y reproductivos.	Componente C02	SSR con PF, información y atención oportuna, libre de violencia obstétrica.

7.2.3 Plan Estatal de Desarrollo (PED)

En este apartado se establece el vínculo del Pp con los Marcos estratégico, objetivos generales, estrategias y líneas de acción del PED vigente, indicando a qué eje de desarrollo y a qué objetivo específico contribuye.

Tabla 28. Alineación con el Plan Estatal de Desarrollo (PED).

EJE	Marco Estratégico	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Alineado a:	
*	*	*	*	*	*	*

Nota*. Plan Estatal de Desarrollo en proceso de actualización para alinearse con las políticas nacionales de la actual administración federal.

Para subsanar este apartado en las ROP/LOP se deberá adecuar y referir el siguiente texto:

“Derivado del plazo legal dentro del cual se encuentra la Administración Pública Estatal de Tamaulipas para la actualización del Plan Estatal de Desarrollo del

Gobierno del Estado, y de conformidad con lo previsto en el artículo 23, Capítulo Cuarto, referente a los Planes y Programas de la Ley Estatal de Planeación, mismo que establece: “El Plan Estatal de Desarrollo deberá elaborarse, aprobarse y publicarse, en un plazo de seis meses contados a partir de la fecha en que tome posesión el Gobernador del Estado, y su vigencia no excederá del período constitucional que le corresponde...” se emiten los presentes _____.

Una vez publicada la actualización del Plan Estatal de Desarrollo en el plazo correspondiente, se deberán realizar un adendums a los documentos de referencia, en el que se señalen las líneas de acción, objetivos y estrategias a los cuales se alineará el presente programa o proyecto.

7.2.4 Programas Sectoriales, Institucionales, Regionales y Especiales derivados del PED.

En este apartado se describen los programas con los que el Pp esté involucrado, evidenciando cómo su ejecución fortalece las prioridades sectoriales del Estado.

Se aplica el criterio de apartado de alineación con el PED debido a que este se encuentra en proceso de actualización y estos documentos se derivan de él.

Tabla 29. *Alineación con el Programa Sectorial...*

EJE	Objetivo	Estrategia	Líneas de acción	Alineado a:
*	*	*	*	*

Nota*. Plan Estatal de Desarrollo en proceso de actualización para alinearse con las políticas nacionales de la actual administración federal.

7.2.5 Misión y Visión.

Alineación del PP E081/K185 con misión y visión institucionales. El programa contribuye a la misión al garantizar acceso integral para población sin seguridad social mediante promoción, prevención, atención médica y control de riesgos sanitarios, con uso eficiente y transparente de los recursos (Propósito E081). Asimismo, se alinea con la visión al avanzar hacia un sistema integrado, resolutorio y equitativo, mediante la modernización operativa (ECE y agenda), la supervisión de calidad (listas y planes de mejora) y la coordinación interinstitucional (p. ej., vigilancia y control de dengue ≤ 72 h).

Misión

Asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud 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 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.

Visión

Tamaulipas será una entidad de población con alta expectativa de vida y nivel de salud, a través de un sistema de salud integrado, financiado principalmente con recursos públicos, sustentable, cuyo modelo de atención prioritariamente preventivo, anticipatorio y equitativo promoverá servicios de atención médica resolutivos y de alta especialidad, con participación intersectorial y rectoría plena de la Secretaría de Salud.

7.2.6 Normatividad Aplicable al Programa presupuestario.

El diagnóstico E081 se fundamenta en un entramado jurídico y programático que establece la obligación del Estado mexicano y de Tamaulipas de garantizar el derecho a la salud:

Ámbito federal (vigente):

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM):

- Art. 4º: derecho a la protección de la salud.
- Art. 26: Sistema Nacional de Planeación Democrática; vinculación con el PND y programas derivados.
- Art. 73, fr. XVI: concurrencia Federación-Estados en salubridad general; competencias del Consejo de Salubridad General.
- Art. 134: principios de eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez en el uso de recursos públicos.

Ley General de Salud (LGS) (vigente): bases y modalidades de acceso; organización del Sistema Nacional de Salud; coordinación federación-estados; prevención, atención médica, regulación sanitaria y calidad.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH) (vigente): reglas para programación, presupuestación, ejercicio y evaluación del gasto; incorpora Presupuesto basado en Resultados (PbR) y Sistema de Evaluación del Desempeño (SED).

Ley de Coordinación Fiscal (LCF) (vigente): Ramo 33 y FASSA como fuente principal de financiamiento para servicios de salud estatales dirigidos a población sin seguridad social.

Normas Oficiales Mexicanas (NOM) aplicables (vigentes): en promoción y prevención, servicios de atención médica, salud sexual y reproductiva, calidad y seguridad del paciente, regulación sanitaria de establecimientos y agua de uso y consumo humano (citar clave cuando corresponda en anexos técnicos).

Ámbito estatal (vigente):

Constitución Política del Estado de Tamaulipas: disposiciones sobre derecho a la salud y organización administrativa.

Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas (LSET): reconoce la rectoría de la Secretaría de Salud de Tamaulipas (SST); atribuciones para normar, coordinar, supervisar y evaluar servicios de salud en la entidad, incluidas acciones de promoción, atención médica y regulación sanitaria.

Plan Estatal de Desarrollo de Tamaulipas (PED) (vigente): eje y objetivos en salud; marco estratégico para la rectoría de la SST y operación del PP E081 (y K185 en infraestructura).

Programas sectoriales/institucionales derivados del PED (vigentes): alinean prioridades operativas (p. ej., calidad en primer nivel, promoción y prevención, regulación sanitaria, infraestructura prioritaria).

Instrumentos de planeación y cooperación:

Plan Nacional de Desarrollo (PND) y Programa Sectorial de Salud (vigentes): orientan objetivos, estrategias y líneas de acción federales; articulan la operación del E081 en entidades federativas.

Agenda 2030 / Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): en particular el ODS 3 Salud y bienestar (y conexos: ODS 5, 6, 10, 16, 17). La contribución del programa se documenta en el apartado de alineación ODS y en la MIR.

Vinculación con el Programa (E081/K185):

El E081 materializa el derecho a la salud (CPEUM 4º) mediante promoción y prevención (C01), salud sexual y reproductiva (C02), regulación sanitaria (C03) y calidad de la atención en primer nivel (C04), monitoreado con indicadores del PbR/SED (LFPRH).

El K185 (infraestructura) se alinea a PED/PND y a reglas de obra pública aplicables, priorizando capacidad resolutoria y calidad conforme a planeación multianual.

8. 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: FASSA, SaNAS y el 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 y K185 Proyectos de Infraestructura en Salud.

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 y se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Su capacidad resolutoria es de aproximadamente el 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.

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, en 2024 se contaba en el estado con 288 centros de salud, 20 hospitales (incluye el HRAEV) y 34 Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES), entre otras.

Cabe destacar que la prestación de los servicios de atención médica y la operación de las unidades de salud que cumplen con este propósito han sido transferidas gradualmente al OPD Servicio de Salud IMSS-Bienestar.

Tabla 30. *Infraestructura en Salud. Servicios de Salud de Tamaulipas 2024.*

Tipo de Infraestructura	Cantidad
Centro de Salud Rural	107
Centro de Salud Urbano	178
Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA)	3
Hospital	20
Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES)	34
Clínica de Especialidades	12
Unidades Médicas Móviles	14
Otros establecimientos	37
Total	405

Fuente: CLUES 2024.

Tabla 31. *Infraestructura en Salud por Distrito de Salud. Servicios de Salud de Tamaulipas 2024.*

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	17	0	11	7	0	13	11	12	3	8	14	11	107
Centro de Salud Urbano	21	19	32	21	15	14	12	5	7	12	7	13	178
CESSA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3
Hospital	4	3	1	2	2	1	1	0	1	2	1	2	20
UNEMES	7	6	4	4	5	1	1	1	1	2	1	1	34
Clínica de Especialidades	2	1	2	2	3	1	0	0	0	1	0	0	12
Unidades Médicas Móviles	3	0	0	0	0	1	1	4	0	0	3	2	14
Otros establecimientos	9	2	3	3	2	5	3	3	1	3	1	2	37
Total	63	31	53	39	27	36	29	26	14	28	27	32	405

Fuente: CLUES 2024.

Recursos Humanos

La Secretaría de Salud de Tamaulipas contaba, en 2024, con una plantilla de 15,595 trabajadores que laboran en las distintas unidades médicas que prestan servicios de salud a la población sin seguridad social.

Tabla 32. *Recursos Humanos por Tipo de Unidad Médica. Servicios de Salud de Tamaulipas 2024.*

Tipo de Unidad Médica	Plazas Ocupadas
Centro de Salud Rural	350
Centro de Salud Urbano	3,290
Centro de Salud con Servicios Ampliados	192
Hospital	10,997
Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES)	464
Clínica de Especialidades	280
Unidades Médicas Móviles	22
Total	15,595

Fuente: Sinerhias 2024.

Tabla 33. *Recursos Humanos por Tipo de Plaza. Servicios de Salud de Tamaulipas 2024.*

Tipo De Plaza	Cantidad
Médicos Generales, Odontólogos y Especialistas	2,190
Médicos en Adiestramiento	1,597
Médicos en otras Actividades	196
Enfermeras en Contacto con el Paciente	5,379
Enfermeras en otras Actividades	168
Otro Personal Profesional (Incluye Pasantes)	869
Personal Técnico	936
Otro Personal	4,260
Total	15,595

Fuente: Sinerhias 2024.

8.1 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 y K185.

Tabla 34. *Modalidad y Ramo del Pp.*

Ramo/Sector: E081 se financia principalmente con FASSA-Ramo 33; K185 puede combinar recursos estatales y federales de acuerdo con su cartera de inversión.

Modalidad:	E. Prestación de Servicios Públicos	Denominación del programa:	E081 Servicios de Salud
	K. Proyectos de Inversión		K185 Proyectos de Infraestructura en Salud.

Nota: Alineado al Acuerdo por el que se emite la Clasificación Programática, DOF.

8.2 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 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, mismo que incluye un componente para el K185, publicados en el Periódico Oficial No. 35, Tomo CXLIX, publicado el 29 de diciembre de 2024 y disponible en: https://po.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2024/12/cxlix-Ext.No_.46-291224.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; mismos que se encuentran alineados a los indicadores incluidos en la MIR correspondiente:

- a) Promoción y protección de la salud
- b) Vacunación universal
- c) Vigilancia y control del dengue
- d) Salud sexual y reproductiva
- e) Enfermedades crónicas
- f) Calidad y seguridad del paciente

- g) Atención médica en primer nivel
- h) Atención hospitalaria de segundo y tercer nivel
- i) Regulación sanitaria de establecimientos de salud
- j) Agua de uso y consumo humano, playas limpias y marea roja
- k) Formación de médicos especialistas
- l) Infraestructura y equipamiento en salud
- m) Abasto de medicamentos e insumos esenciales

En general, el 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 35. Unidades Responsables (UR) del programa.

Clave UR	Nombre del área (UR)	Funciones de cada UR respecto al programa propuesto o con cambios sustanciales
2350592 E081	Secretaría de Salud	<p>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.</p> <p>El PP K185 Proyectos de Infraestructura en Salud depende presupuestalmente del PP E081 Servicios de Salud.</p>

8.3 Previsiones para la integración y sistematización del padrón de beneficiarios o registros administrativos.

El PP E081 no ha contado históricamente con un padrón propio por parte de la Secretaría de Salud; la prestación se dirige a población sin seguridad social (demanda abierta). A partir de la operación clínica por el OPD Servicios de Salud IMSS-Bienestar, dicho organismo está integrando un padrón nominal de personas atendidas el cual se encuentra disponible en <https://registro.imssbienestar.gob.mx/>

A nivel de establecimiento de salud, 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.

8.4 Matriz de Indicadores para Resultados.

De conformidad con 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 de 2022, Capítulo II, artículo Noveno, se establece que: “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, ha sido una tarea compleja, 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.

Para su elaboración se consideró la alineación con el PED 2023–2028 (actualmente en proceso de actualización) y la incorporación de la perspectiva de género, incluyendo indicadores del eje transversal para la igualdad entre mujeres y hombres. Asimismo, dada su concurrencia con las fuentes de financiamiento del FASSA y del programa U013 Atención a la Salud y Medicamentos Gratuitos para la Población sin Seguridad Social Laboral, es factible utilizar una misma matriz de indicadores en el ámbito estatal. A continuación, se presenta la propuesta de MIR.

Tabla 36. *Matriz de Indicadores para Resultados (MIR 2025).*

Nivel	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.
PROPOSITO	La población sin seguridad social del Estado cuenta con acceso a servicios de salud mediante los cuales se fortalece 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 que les permite incrementar la esperanza de vida.	Tasa de Mortalidad General por 100,000 habitantes	(Número total de Fallecimientos en un periodo determinado / total de población mismo tiempo determinado) x 100,000 habitantes.	Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED). 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. SSA. CONAPO, se actualiza anualmente.	La población sin seguridad social decide asistirse en las Unidades de la Secretaria de Salud.



Nivel	Resumen narrativo	Indicador Nombre	Fórmula	Medio de verificación	Supuestos
COMPONENTE	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	$\frac{(\text{Total de Comités de Salud Activos en un tiempo determinado} / \text{Total de Comités constituidos en el mismo periodo}) \times 100}{100}$	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	Servicios de prevención y protección contra enfermedades prevenibles por vacunación, 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)	$\frac{(\text{Total de menores de 8 años de edad con esquemas completos de vacunación en población de responsabilidad de la Secretaría de Salud en un periodo determinado} / \text{Población menor de 8 años de edad, responsabilidad de la Secretaría de Salud en el mismo periodo}) \times 100}{100}$	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.	Los padres llevan oportunamente a sus hijos a recibir las vacunas que les corresponde
COMPONENTE	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)	$\frac{(\text{Número de consultas prenatales otorgadas a mujeres embarazadas sin seguridad social en un periodo determinado} / \text{Número de consultas prenatales otorgadas de primera vez en población sin seguridad social en el mismo periodo})}{100}$	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	Resumen narrativo	Indicador Nombre	Fórmula	Medio de verificación	Supuestos
COMPONENTE	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) x 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.
COMPONENTE	Consulta externa en unidades de primer nivel de atención a población sin seguridad social son otorgados con oportunidad, calidad y accesibilidad	Promedio de consultas por médico general por día	(Total de consultas médicas generales otorgadas en unidades de primer nivel a población sin seguridad social en un periodo determinado / total de médicos adscritos en las unidades de primer nivel / días laborables del periodo)	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.
ACTIVIDAD	Prevención y protección de los riesgos a la salud que afectan a la población del Estado, mediante acciones reguladoras sanitarias de establecimientos de servicios de salud.	Cobertura de regulación sanitaria de establecimientos de servicios de salud.	(Total de licencias sanitarias emitidas para regular establecimientos de servicios de salud / Total de solicitudes de licencias sanitarias de establecimientos de servicios de salud) x 100	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
ACTIVIDAD	Otorga consulta y atención para la prevención en 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 nacimientos en adolescentes, de población de 10 a 19 años de edad sin derechohabencia	(Total de nacimientos en adolescentes, de población de 10 a 19 años de edad sin derechohabencia, en un periodo determinado / Total de nacimientos en población sin derechohabencia, en un periodo determinado)	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	Resumen narrativo	Indicador Nombre	Fórmula	Medio de verificación	Supuestos
ACTIVIDAD	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) x 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.
ACTIVIDAD	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)	(Total de citologías y de estudios de detección de Virus del Papiloma Humano, realizadas en mujeres de 25 a 64 años, sin seguridad social en un área y periodo determinado) / Total de citologías y estudios de detección de Virus del Papiloma Humano programados a mujeres de 25 a 64 años, sin seguridad social en la misma área y periodo) x 100	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.
ACTIVIDAD	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) x 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.
ACTIVIDAD	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) x 100	Sistema de la encuesta de satisfacción, trato adecuado y digno. SESTAD. SS. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, DGCES. Se actualiza mensualmente.	Los usuarios de atención médica deciden participar en el monitoreo de satisfacción.



Nivel	Resumen narrativo	Indicador Nombre	Fórmula	Medio de verificación	Supuestos
K185	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	$\left(\frac{\text{Porcentajes de avance físico de proyectos / porcentaje de presupuesto ejercido}}{100} \right) \times 100$	Informes internos de Secretaría de Obras Públicas y Subsecretaría de Planeación de la Servicios de Salud de Tamaulipas	Las propuestas del Plan Maestro de Infraestructura se aprueban y reciben recursos para su ejecución.



Tabla 37. Matriz de Indicadores para Resultados (Propuesta MIR 2026).

Nivel	Resumen narrativo	Nombre del indicador	Método de calculo	Medios 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.
PROPOSITO	La población sin seguridad social del Estado de Tamaulipas presenta reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad.	Tasa de Mortalidad General por 100,000 habitantes	(Número total de Fallecimientos en un periodo determinado / total de población mismo tiempo determinado) x 100,000 habitantes.	Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED). 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. SSA. CONAPO, se actualiza anualmente.	La población sin seguridad social decide asistirse en las Unidades de la Secretaría de Salud.
COMPONENTE	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.



Nivel	Resumen narrativo	Nombre del indicador	Método de calculo	Medios de verificación	Supuestos
COMPONENTE	Servicios de consulta de salud reproductiva son otorgados a la población sin seguridad social por capital humano médico de la Secretaría de Salud en unidades médicas.	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.
COMPONENTE	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.	(Total de licencias sanitarias emitidas para regular establecimientos de servicios de salud / Total de solicitudes de licencias sanitarias de establecimientos de servicios de salud) x 100	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
COMPONENTE	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) x 100	Sistema de la encuesta de satisfacción, trato adecuado y digno. SESTAD. SS. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, DGCES. Se actualiza mensualmente.	Los usuarios de atención médica deciden participar en el monitoreo de satisfacción.
ACTIVIDAD	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 responsabilidad de la Secretaría Salud en un periodo determinado / Población menor de 8 años de edad, responsabilidad de la Secretaría de Salud en el mismo periodo) * 100	Subsistema de prestación de servicios (SIS), y Subsistema de Información sobre Nacimientos SINAC de la Dirección General de Información en Salud. SSA. Se actualiza mensualmente.	Los padres llevan oportunamente a sus hijos a recibir las vacunas que les corresponde



Nivel	Resumen narrativo	Nombre del indicador	Método de calculo	Medios de verificación	Supuestos
ACTIVIDAD	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)	(Total de citologías y de estudios de detección de Virus del Papiloma Humano, realizadas en mujeres de 25 a 64 años, sin seguridad social en un área y periodo determinado / Total de citologías y estudios de detección de Virus del Papiloma Humano programadas a mujeres de 25 a 64 años, sin seguridad social en la misma área y periodo) x 100	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.
ACTIVIDAD	Detección de enfermedades crónicas no transmisibles en población de 20 años y más años de población sin seguridad social, para identificar tempranamente patologías crónico-degenerativas.	Porcentaje de detección de enfermedades crónicas no transmisibles en población de 20 años y más de responsabilidad.	(Detecciones de enfermedades crónicas (DM,HTA y OB) en población de 20 años y más sin seguridad social, en un periodo determinado / Estudio de tamizaje programadas de enfermedades crónicas en población de 20 años y más sin seguridad social, en el mismo periodo) x 100	Registros internos del Programa	La población de 20 años y más acepta la detección.
ACTIVIDAD	Actividades de nebulización para control del vector transmisor del Dengue.	Porcentaje de áreas nebulizadas.	(Total de áreas nebulizadas en el año / Total de áreas programadas a nebulizar durante el mismo año) x 100	Registros internos del Programa	Suficiencia de insumos para las actividades de nebulización



Nivel	Resumen narrativo	Nombre del indicador	Método de calculo	Medios de verificación	Supuestos
ACTIVIDAD	Acciones de consulta y atenciones para prevención en 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 nacimientos en adolescentes, de población de 10 a 19 años de edad sin derechohabiencia	(Total de nacimientos en adolescentes, de población de 10 a 19 años de edad sin derechohabiencia, en un periodo determinado / Total de nacimientos en población sin derechohabiencia, en un periodo determinado)	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.
ACTIVIDAD	Protección otorgada a la población sobre riesgos potencialmente presentes en el agua de uso y consumo humano.	Monitoreo de agua de calidad bacteriológica	(Número de monitoreos de cloro residual realizados / Número de monitoreos de cloro residual solicitados a través del CEMTR) * 100	Registros internos de COEPRIS	Los responsables de la cloración realicen su actividad con base a la normatividad establecida.
ACTIVIDAD	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) x 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.
ACTIVIDAD	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) x 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.

Nivel	Resumen narrativo	Nombre del indicador	Método de calculo	Medios de verificación	Supuestos
K185	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 validaciones de proyectos	(Número de proyectos validados en un periodo determinado/ total de proyectos recibidos para validación en el mismo periodo) x 100	Informes internos de la Unidad de Planeación y Desarrollo del Sector Salud de la Servicios de Salud de Tamaulipas	Que se generen proyectos y se solicite su validación

Cada indicador integrado en la Mir cuenta con su respectiva Ficha de indicador de desempeño (FID).

Lógica vertical MIR 2025

Nivel	Esquema vertical
Fin	Contribuir al incremento de la esperanza de vida de la población sin seguridad social mediante la solución del problema a través del logro del Propósito.
Propósito	Población sin seguridad social accede de forma efectiva a promoción, prevención, atención médica y control de riesgos para entornos y conductas saludables.
Componentes	Bienes/servicios otorgados: C01 Promoción y participación comunitaria (comités activos); C02 Vacunación con esquemas completos (<8 años); C03 Salud sexual y reproductiva/prenatal; C04 Servicios especializados y capacidad hospitalaria; C05 Consulta externa de 1er nivel con oportunidad y calidad; K185 Infraestructura nueva/remodelada para garantizar cobertura y calidad.
Actividades	Acciones principales: Regulación sanitaria de establecimientos (COEPRIS); Prevención integral en adolescentes (10–19); Formación de especialistas (residencias); Detección oportuna de CaCu/VPH (25–64); Atención hospitalaria oportuna e integral; Monitoreo de satisfacción (trato adecuado y digno).

Lógica horizontal (MIR 2025)

Resumen narrativo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Medios de verificación	Supuestos
Contribuir a incrementar la esperanza de vida de la población tamaulipeca sin seguridad social,	Esperanza de vida al nacer (años)	No aplica (se estima con tablas de vida oficiales; seguir metodología del INEGI).	INEGI – Indicadores de Bienestar por entidad; Tablas de vida (app de bienestar).	Se mantienen las condiciones de salubridad sin presencia de eventos epidemiológicos no controlables.



Resumen narrativo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Medios de verificación	Supuestos
mediante el uso eficiente y transparente de los recursos, fortaleciendo la prevención y promoción de la salud, la atención médica y el control de riesgos sanitarios con participación activa de profesionales y población para fomentar entornos y conductas saludables.				
La población sin seguridad social del Estado cuenta con acceso a servicios de salud que fortalecen la prevención y promoción de la salud, la atención médica y el control de riesgos sanitarios, fomentando entornos y conductas saludables que permiten incrementar la esperanza de vida.	Tasa de mortalidad general por 100,000 habitantes	(Número total de defunciones en el periodo / Población total del mismo periodo) * 100,000.	SEED (DGIS/Secretaría de Salud) – actualización mensual; Estimaciones de población con y sin seguridad social (DGIS/CONAPO) – anual.	La población sin seguridad social decide asistirse en las Unidades de la Secretaría de Salud; no existe subregistro significativo.
Servicios de promoción y protección de la salud otorgados a tamaulipecos sin seguridad social mediante vínculos formales con la comunidad y la integración/organización de comités de salud para corresponsabilidad social y toma de decisiones.	% de comités de salud activos	(Comités de salud activos en el periodo / Comités de salud constituidos en el mismo periodo) * 100.	SIS (DGIS) y registros de la Dirección de Promoción a la Salud (SST) – mensual.	Usuarios voluntarios se integran y se mantienen activos en los comités.
Servicios de prevención y protección contra enfermedades prevenibles por vacunación con suministro de inmunógenos para alcanzar cobertura completa en	% de cobertura con esquema completo de vacunación (<8 años)	(Menores <8 años con esquema completo en población responsabilidad de la Secretaría de Salud / Población <8 años	SIS y SINAC (DGIS) – mensual.	Padres/tutores llevan oportunamente a los menores a recibir las vacunas correspondientes; abasto y cadena de frío adecuados.



Resumen narrativo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Medios de verificación	Supuestos
población sin seguridad social (menores de 8 años).		responsabilidad de la Secretaría de Salud) * 100.		
Atenciones de consulta de salud reproductiva otorgadas a población sin seguridad social por personal médico de la Secretaría de Salud en unidades de primero y segundo nivel.	Razón de consultas prenatales por embarazada	(Consultas prenatales otorgadas a embarazadas sin seguridad social / Consultas prenatales de primera vez en población sin seguridad social) en el mismo periodo.	SIS (DGIS) – mensual.	Mujeres embarazadas sin seguridad social acuden a control prenatal; disponibilidad de personal e insumos.
Consultas de atención médica especializada brindadas a población sin seguridad social mediante la infraestructura de la red de servicios hospitalarios de segundo y tercer nivel, de manera oportuna, integral, accesible y con calidad.	Camas censables por 1,000 habitantes sin seguridad social	(Camas censables en hospitales de los Servicios de Salud del Estado / Población sin seguridad social) * 1,000.	SINERHIAS (equipamiento/RH/infraestructura) y estimaciones CONAPO – mensual.	La capacidad instalada hospitalaria se mantiene funcional, conservada y con recursos adecuados y suficientes.
Consulta externa en unidades de primer nivel a población sin seguridad social, otorgada con oportunidad, calidad y accesibilidad.	Promedio de consultas por médico general por día	Total de consultas médicas generales a población sin seguridad social / (Total de médicos adscritos en 1er nivel * Días laborables del periodo).	SIS (DGIS) – mensual.	La población sin seguridad social acude a las unidades de primer nivel para recibir atención.
Prevención y protección de los riesgos a la salud mediante acciones de regulación sanitaria de establecimientos de servicios de salud.	Cobertura de regulación sanitaria de establecimientos de servicios de salud	(Licencias sanitarias emitidas para regular establecimientos de servicios de salud / Solicitudes de licencias sanitarias de establecimientos de servicios de salud) * 100.	Base de datos del Departamento de Autorizaciones de Licencias Sanitarias (COEPRIS) – mensual.	Propietarios de establecimientos cumplen con la normatividad sanitaria vigente.
Otorgamiento de	% de	(Nacimientos en	SIS-SINBA	Adolescentes acuden a



Resumen narrativo	Nombre del indicador	Método de cálculo	Medios de verificación	Supuestos
consulta y atenciones preventivas a población de 10 a 19 años, a fin de contribuir a disminuir los nacimientos en adolescentes y riesgos asociados.	nacimientos en adolescentes (10–19) sin derechohabencia	adolescentes 10–19 sin derechohabencia / Total de nacimientos en población sin derechohabencia) * 100.	(DGIS/Secretaría de Salud) – mensual.	Servicios Amigables para su atención.
Formación de médicos especialistas para mantener la cobertura de atención en el segundo y tercer nivel de los Servicios de Salud del Estado.	% ocupacional de plazas en residencias médicas	(Plazas ocupadas por médicos residentes / Plazas autorizadas para médicos residentes) * 100.	Dirección de Educación en Salud de la Secretaría de Salud de Tamaulipas. Informes de Becarios – mensual.	Médicos residentes no enfrentan contingencias personales que afecten la continuidad de sus estudios.
Detección de cáncer de cuello del útero en mujeres de 25 a 64 años sin seguridad social mediante tamizaje (citología cervical y estudio de Virus del Papiloma Humano) para atención oportuna.	% de mujeres 25–64 con detección (citología y/o VPH)	(Citologías y pruebas VPH realizadas a 25–64 sin seguridad social / Citologías y pruebas VPH programadas a 25–64 sin seguridad social) * 100.	SICAM (plataforma oficial).	Las mujeres aceptan realizarse la detección; abasto oportuno de insumos.
Atención hospitalaria oportuna, integral, accesible y con calidad para población sin seguridad social del Estado.	% de ocupación hospitalaria	(Número total de días estancia / Número total de días cama) * 100.	SAEH y SINERHIAS (DGIS) – mensual.	La población sin seguridad social demanda atención hospitalaria oportunamente y el primer nivel refiere adecuadamente.
Sesiones de atención médica de calidad brindadas a población tamaulipeca sin seguridad social en la red de primer nivel (trato adecuado y digno).	% de satisfacción en trato adecuado y digno	(Usuarios con respuesta de buen trato y digno en consulta externa / Total de usuarios encuestados en consulta externa) * 100.	SESTAD – DGCEs (Secretaría de Salud) – mensual.	Usuarios deciden participar en el monitoreo de satisfacción.
Otorgamiento de servicios a población sin seguridad social mediante infraestructura nueva o remodelada para garantizar cobertura y calidad conforme al Modelo de Atención Integrada.	% de avance de proyectos	(Avance físico de proyectos / Presupuesto ejercido) * 100.	Informes internos de la Secretaría de Obras Públicas y Subsecretaría de Planeación de la Secretaría de Salud de Tamaulipas.	Propuestas del Plan Maestro de Infraestructura se aprueban y reciben recursos para su ejecución.



Tabla 38. *Estimación de metas del programa para los indicadores definidos en la MIR 2025.*

Nivel	Nombre del indicador	Meta estimada
Fin	Promedio de años que una persona espera vivir (Esperanza de vida).	76.04 años
Propósito	Tasa de Mortalidad General por 100,000 habitantes	6.09 x 1000 habitantes
Componentes	Razón de consultas prenatales por embarazada	5
	Cobertura de regulación sanitaria de establecimientos de servicios de salud.	100%
	Porcentaje de satisfacción en trato adecuado y digno en los Servicios de Salud	90%
	Porcentaje de comités de salud activos	100%
Actividades	Porcentaje de cobertura con esquema completo de vacunación en población de responsabilidad de la Secretaría de Salud (menores de 8 años de edad)	95%
	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)	100%
	Porcentaje de nacimientos en adolescentes, de población de 10 a 19 años de edad sin derechohabencia	19%
	Porcentaje ocupacional de plazas en Residencias Médicas	95%
	Porcentaje de ocupación hospitalaria.	58%
	Porcentaje de avance físico financiero de proyectos de infraestructura	100%

9. Acciones Relevantes y Principales Logros del Programa Presupuestario.

Acciones relevantes

- **Vacunación:** operación sectorial del Programa de Vacunación Universal; cierre con intensificación en temporada invernal y recorridos en sitios de concentración para esquema básico y de campaña.
- **Vigilancia y control de dengue:** respuesta con barridos de nebulización ULV en Victoria, Tampico, Madero, Altamira, Matamoros y Reynosa; promoción “Lava, tapa y voltea” y eliminación de criaderos, con refuerzo de adulticidas ante confirmación de casos.
- **Salud materna:** despliegue de las redes de Atención de la Emergencia Obstétrica (RAAE) y Red Ampliada de Atención a la Emergencia Obstétrica (RAAEO); App de Acompañamiento Obstétrico y activación de Código Oro con Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO) para emergencias obstétricas.
- **Atención médica:** fortalecimiento operativo en 1º–3º nivel (consultas, cirugías, laboratorio y diagnóstico), con seguimiento de indicadores hospitalarios de eficiencia y resultados.
- **COVID-19:** relanzamiento de vacunación con incremento de dosis aplicadas y esquemas completos al 4T.
- **Prevención de accidentes:** continuidad de alcoholimetría municipal y seguimiento de mortalidad por accidentes, con desempeño estatal por debajo del nacional.
- **Obras y equipamiento.** Ejecución/avance de proyectos de infraestructura y de abastecimiento de equipo y medicamentos, reportados en proyectos de inversión y su seguimiento.
- **Formación y fortalecimiento de capital humano.** Programas de formación de especialistas (residencias médicas) y capacitación continua para personal en protocolos clínicos y atención con perspectiva de género.

Principales logros (cuantificables)

- **Coberturas de vacunación (sectorial)** por grupo de edad al 4º Trimestre 2024 (4T) publicadas para seguimiento estatal y comparación interinstitucional.
- **Dengue:** aumento de casos confirmados en 4T 2024 (contexto nacional de repunte) con despliegue de control vectorial y nebulización intensiva en zonas prioritarias.
- **Salud materna:** 12 defunciones maternas acumuladas en 2024 (cifra preliminar); RMM estatal estimada 31.7 vs. 39.6 nacional al 4T; activación mensual de Códigos Oro con principales causas: Enfermedades Hipertensivas del Embarazo (EHE), 49% y hemorragia 32%.
- **Tamizaje (exploración clínica de mama):** Logro 4T 2024 = 28,091 exámenes realizados (cumplimiento \approx 44.1% de la meta anual).

- **Mastografías** (mujeres 40–69 años): Logro 4T 2024 = 11,439 (~59.3% de la meta anual).
- **Citologías cervicales** (tamizaje 25–34 años en periodo equivalente): 4T 2024 = 5,447 (~26.1% de la meta anual).
- **Pruebas de VPH** (mujeres 35–64 años en ciclo evaluado): 4T 2024 = 15,504 (100% de la meta anual reportada).
- **Vasectomías** (meta/ejecución): ejemplo en indicadores preliminares muestra 1,605 vasectomías reportadas (100% de la meta en el consolidado observado).
- **Atención hospitalaria** (comparativo 4T 2023–2024): aumento de consultas de medicina general (de 23,036 a 28,468), aumento de consulta de especialidades (de 36,942 a 37,552), aumento de exámenes de laboratorio (de 707,806 a 1,089,496) y aumento de estudios de diagnóstico (de 58,409 a 64,039); mantenimiento de mortalidad intrahospitalaria general y neonatal por debajo de metas.
- **Vacunación COVID-19 (4T)**: 30.06% en dosis aplicadas vs. 2023 (de 98,578 a 128,220) y +514% en esquemas completos (de 3,209 a 19,732).
- **Seguridad vial**: tasa estatal de mortalidad por accidentes menor que en 2023 y por debajo de nacional (cortes SEED, CONAPO).

Cambios sustantivos y evolución

Durante 2024 avanzó la operación bajo el OPD Servicios de Salud IMSS-Bienestar y se fortaleció la rectoría de SST y la coordinación con SNSP, reflejado en la formalización de redes de respuesta obstétrica, el empuje a vacunación/prevención y la respuesta interinstitucional a dengue; lo anterior sustenta la transición hacia una separación funcional de rectoría-atención médica-salud pública que se continuará consolidando en el siguiente ejercicio. (Evidencias: maternidad segura (RAAE)/(RAAEO); campañas y coberturas; control vectorial).

Fuente de información para este capítulo: Informe de Junta de Gobierno del OPS Servicios de Salud de Tamaulipas, cierre 2024 y Página de Transparencia.

10. Procesos

Los procesos aquí descritos corresponden a los componentes definidos en la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del PP E081 y al componente de inversión K185. La organización por funciones (rectoría SST, operación clínica OPD Servicios de Salud IMSS-Bienestar y salud pública SNSP) se utiliza como marco de referencia, reconociendo que la separación funcional aún está en consolidación y que, por ello, el programa permanece en modalidad híbrida. Cuando aplican, los procesos se ejecutan conforme a Reglas/Lineamientos de Operación (ROP/LOP), Manual de Procedimientos, NOM y protocolos técnicos vigentes.

10.1 Gobernanza y rectoría del programa (proceso marco)

- 1) Responsable principal: SST (Direcciones: Planeación, Calidad, Epidemiología/Salud Pública, COEPRIS, Informática).
- 2) Entradas: MIR vigente; PED; lineamientos/normas; techos FASSA/U013; cartera de infraestructura; tableros ECE/SIS/SINERHIAS/SEED.
- 3) Actividades clave:
 - a) Priorización anual de metas e integración de POA por componente.
 - b) Emisión/actualización de lineamientos operativos (APS, referencia-contrarreferencia, calidad, vigilancia).
 - c) Coordinación interinstitucional con OPD y SNSP (mesas técnicas mensuales).
 - d) Monitoreo y evaluación (PbR/SED): seguimiento de indicadores, planes de mejora, auditorías internas.
- 4) Salidas: Acuerdos, lineamientos y tableros; reportes mensuales/trimestrales; minutas de comité de calidad de datos.
- 5) Documentos de referencia: Manual de Procedimientos de la SST, Lineamientos de APS y de calidad, acuerdos SST-OPD-SNSP.

10.2 C01 – Promoción y protección de la salud (incluye dengue)

Bien/servicio: Acciones de promoción, prevención y vigilancia; vacunación, detección ECNT, salud adolescente, y vigilancia y control de dengue (≤ 72 h).

- 1) Flujo operativo (resumen):
 - a) Planeación distrital: Identificación de población objetivo (CONAPO), microplaneación por unidad y calendario de brigadas.
 - b) Ejecución en campo/unidad:
 - i) Vacunación: recepción de biológico, cadena de frío, aplicación, registro nominal (CURP) y validación diaria.
 - ii) ECNT en grupo etario 20+ (DM/HTA/OB): tamizaje, consejería y derivación clínica.
 - iii) Adolescencia (10–19): consejería, prevención de embarazo, referencia a servicios amigables.

- iv) Dengue: lectura de ovitrampas/índices aélicos, notificación UVEH, activación de control ≤ 72 h (eliminación de criaderos, ULV/termo, comunicación de riesgos).
- c) Registro y validación: Captura nominal en ECE/SIS; deduplicación por CURP; validaciones distritales de completitud.
- d) Seguimiento y mejora: Tableros mensuales; retroalimentación a unidades; acciones correctivas.
- 2) Responsables: SNSP (norma y vigilancia); SST (rectoría, planeación y monitoreo); OPD (operación en unidades/brigadas); Ayuntamientos/PC/COEPRIS (apoyo a saneamiento).
- 3) Salidas medibles (MIR):
 - i) Cobertura de vacunación (menores de 8).
 - ii) % detección ECNT 20+.
 - iii) % municipios con vigilancia entomológica vigente o % brotes con respuesta ≤ 72 h.
- 4) Documentos: ROP/LOP de vacunación; Manual de ECNT; protocolo de dengue; POA distrital.

10.3 C02 – Salud sexual y reproductiva (SSR)

Bien/servicio: Atención SSR (PF, control prenatal), tamizaje CaCu (VPH/citología), referencia oportuna.

- 1) Flujo operativo:
 - a) Captación y calendarización: Identificación de embarazadas (ECE/servicio social), citación por agenda.
 - b) Consulta SSR: control prenatal, educación, signos de alarma; indicación de citología/prueba VPH; profilaxis.
 - c) Tamizaje y resultados: toma de muestra, envío a laboratorio, registro en SICAM, retroalimentación clínica.
 - d) Referencia-contrarreferencia: derivación a 2º-3º nivel según riesgo; seguimiento de citas.
- 2) Responsables: OPD (operación clínica), SST (calidad y supervisión), laboratorios estatales/regionales (SICAM).
- 3) Salidas (MIR): Razón de consultas prenatales por embarazada; % de mujeres 25–64 con citología/VPH.
- 4) Documentos: Guías SSR y CaCu; protocolo RAAE/ERIO-“Código Oro”; Manual de referencia-contrarreferencia.

10.4 C03 – Regulación sanitaria y agua segura (COEPRIS)

Bien/servicio: Licencias sanitarias y verificaciones de establecimientos de salud; monitoreo de agua (cloro residual/calidad bacteriológica); playas limpias/marea roja.

- 1) Flujo operativo:

- a) Gestión de trámites: recepción de solicitud, revisión documental y programación de visita.
- b) Visita/Verificación: lista de chequeo por tipo de giro; toma de muestras (agua/alimentos/ambiente) cuando aplique.
- c) Determinación sanitaria: licencia, condicionamiento o medidas de seguridad; seguimiento a correcciones.
- d) Publicación de resultados agregados y avisos (cuando proceda).
- 2) Responsables: COEPRIS (operación); laboratorios acreditados; Ayuntamientos/operadores de agua (correcciones).
- 3) Salidas (MIR): Cobertura de regulación (% licencias emitidas/solicitadas); % cumplimiento de monitoreos de agua.
- 4) Documentos: Lineamientos COEPRIS; NOM de agua de uso y consumo; procedimientos de marea roja/playas.

10.5 C04 – Calidad en primer nivel (trato digno, supervisión, ECE+agenda)

Bien/servicio: Mejora de la experiencia y seguridad del paciente; Encuesta de satisfacción; supervisión con plan de mejora; ECE + agenda operativos.

- 1) Flujo operativo:
 - a) Medición de trato digno: aplicación de encuesta (SESTAD) y reporte mensual.
 - b) Supervisión de calidad: lista de verificación institucional; hallazgos y plan de mejora firmado (seguimiento trimestral).
 - c) Implementación ECE+agenda: alistamiento (Informática/red), capacitación, go-live (puesta en marcha), soporte y monitoreo de uso.
 - d) Círculo de mejora: análisis de brechas (esperas, continuidad, abasto), acciones correctivas y re-medición.
- 2) Responsables: SST (calidad e Informática); OPD IMSS-Bienestar (operación en unidades).
- 3) Salidas (MIR): % satisfacción trato digno; % unidades con ECE+agenda operativos; % unidades con plan de mejora vigente.
- 4) Documentos: Manual de calidad y seguridad del paciente; protocolo de supervisión; guía ECE/agenda.

10.6 Atención hospitalaria 2º-3º nivel (vinculado a C04)

Bien/servicio: Hospitalización, urgencias, quirófano, UCI, laboratorio y gabinete; intercambio de servicios donde aplique.

- 1) Flujo operativo:
 - a) Ingreso y clasificación: triage, historia clínica, órdenes diagnósticas.
 - b) Estancia y resolución: tratamiento, procedimientos, interconsultas; vigilancia de infecciones asociadas a la atención.
 - c) Egreso y continuidad: epicrisis, receta/seguimiento, contrarreferencia a primer nivel.

- d) Indicadores operativos: días-cama, estancia promedio, ocupación, reingresos, mortalidad.
- 2) Responsables: OPD (operación hospitalaria); SST (monitoreo y calidad).
- 3) Salida (indicador): % ocupación hospitalaria (y otros de seguimiento interno).
- 4) Documentos: Manual hospitalario; normas de referencia-contrarreferencia; SAEH/SINERHIAS.

10.7 K185 – Infraestructura y equipamiento

Bien/servicio: Obras nuevas/remodelación y equipamiento priorizado según cartera autorizada.

- 1) Flujo operativo:
 - a) Planeación y priorización: cartera validada (capacidad resolutive, riesgo, demanda).
 - b) Gestión y ejecución: proyectos ejecutivos, contrataciones, obra/suministro, supervisión técnica.
 - c) Cierre y puesta en marcha: actas de entrega-recepción, validación de funcionalidad, capacitación de uso.
 - d) Evaluación post-ocupación: verificación de operación y vinculación a metas de cobertura/eficiencia.
- 2) Responsables: SOP estatal y SST (planeación); unidades usuarias (recepción/uso).
- 3) Salidas (MIR): % avance de proyectos (físico/financiero).
- 4) Documentos: Cartera K185; lineamientos de obra/equipo; actas y reportes técnicos.

10.8 Procesos transversales (aplican a todos los componentes)

- 1) Registro nominal e información (PbR/SED).
 - a) Qué hace: Registro Administrativo Nominal (CURP) interoperable con padrones OPD y sistemas ECE/SIS/SINERHIAS/SEED/SICAM/COEPRIS.
 - b) Cómo: captura en punto de atención, des-duplicación, validación y cierres mensuales; publicación de agregados.
 - c) Producto: bases validadas y tableros para MIR.
 - d) Documentos: Manual de registro y calidad de datos.
- 2) Abasto y logística.
 - a) Qué hace: planeación-suministro-distribución de medicamentos/insumos y cadena de frío.
 - b) Producto: disponibilidad oportuna y reconciliación de inventarios.
 - c) Documentos: procedimientos de almacén y cadena de frío.
- 3) Quejas, mejora y control interno.
 - a) Qué hace: recepción de quejas, análisis, acciones correctivas; auditorías y control interno.
 - b) Producto: minutas, evidencias y cierre de hallazgos.
 - c) Documentos: manual de atención a usuarios y de control interno.



10.9 Identificación de cuellos de botella y mejoras (resumen)

- 1) Datos nominales incompletos o duplicados: reforzar captura con CURP obligatorio y reglas de des-duplicación.
- 2) Interoperabilidad ECE/SIS desigual: plan de despliegue por fases con soporte infomático y monitoreo de uso.
- 3) Referencia-contrarreferencia no estandarizada: aplicar protocolo único y tableros de seguimiento.
- 4) Respuesta a dengue heterogénea: estandarizar activación ≤ 72 h y reporte distrital homogéneo.
- 5) Licencias/visitas COEPRIS rezagadas: programación con priorización de riesgo y tablero de cobertura.

10.10 Evidencia documental

- 1) Manual de Procedimientos SST (rectoría/planeación/calidad).
- 2) ROP/LOP aplicables (vacunación, ECNT, dengue, SSR, regulación sanitaria).
- 3) Protocolos técnicos y NOM (agua, establecimientos, CaCu, calidad, expediente clínico).
- 4) Guías ECE/agenda, referencia-contrarreferencia y supervisión.

11. Perspectiva de Género, juventudes, niñas, niños y adolescentes, y población en situación de vulnerabilidad

11.1 Diagnóstico y análisis integral

Brechas, riesgos y barreras

- Mujeres y SSR (incluye adolescentes). La razón de mortalidad materna estatal 2024 (22.1) quedó por debajo de la nacional (26.1), pero persisten causas críticas (hipertensivas 49%, hemorragia 32%) y activaciones de emergencia obstétrica (Código Oro). Se opera RAAE/RAAEO con equipo ERIO, pero el % de cesáreas sigue >25% normado. Barreras: inicio tardío de control prenatal, referencia oportuna y sobreuso de cesárea.
- Niñas, Niños y Adolescentes (NNyA) (vacunación/nutrición). En 2024 bajó aproximadamente 4%. la cobertura sectorial en <1 año y 1 año vs 2023; se reporta refuerzo de brigadas y coordinación escuela-salud. Barreras: oportunidad de cita, cadena de frío en distritos de salud y rezagos por edad.
- Transmisibles prioritarias (dengue). Fuerte incremento de casos en el 4T 2024; respuesta con nebulización de volumen ultra bajo (ULV) y control integral en seis municipios mayores. Barreras: criaderos domiciliarios, densidad urbana y oportunidad de vigilancia entomológica.
- VIH. Mayor notificación 2024 y aumento de personas en control/Tratamiento en CAPASITS; reto en oportunidad de confirmatoria y adherencia.
- Calidad hospitalaria. En Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), alza en bacteriemia asociada a catéter venoso central (CVC) y neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) (semaforización en rojo); oportunidad en seguridad del paciente.

Causas estructurales y efectos (síntesis)

- Estructurales/normativas: rezagos de lineamientos estandarizados y supervisión homogénea; brechas en cadena de frío y licenciamiento; interoperabilidad clínica incipiente. Efecto: variabilidad en calidad, coberturas y referencia-contrarreferencia.
- Institucionales: capacidad desigual por distrito de salud y presión epidémica (dengue). Efecto: cargas asistenciales y retraso en resultados en grupos prioritarios.
- Socioculturales: percepción de riesgo/uso de servicios (adolescentes, varones jóvenes), prácticas domiciliarias (criaderos), aceptación de cesárea. Efecto: demanda tardía y eventos evitables.

Mapa de integración programática (qué, cómo y para quién)

- C01 Promoción/Protección: Vacunación, NNyA, dengue (vigilancia/ULV) — niños/as, adolescentes y hogares en alta densidad.

- C02 SSR: Prenatal, parto, puerperio, PF y CACU (tamizaje). Mujeres 10–49, con foco en adolescentes.
- C03 Regulación sanitaria (COEPRIS): agua/establecimientos, soporte a vacunación. Población general.
- C04 Calidad: trato digno, seguridad del paciente, reducción IAAS. Usuarios 2º-3º nivel.

11.2 Estadística de soporte (muestras disponibles en 2024)

- Materna (RMM): 22.1 estatal vs 26.1 nacional; 12 defunciones estatales (preliminares).
- Cobertura Vacunación (<1 y 1 año): caída promedio 4% vs 2023.
- Dengue 4T: 798 DNG y 498 Dengue grave (DG)/Dengue con signos de alarma (DCSA) (confirmados); acciones ULV masivas.
- VIH: incremento de personas en control/tratamiento; seguimiento SALVAR/CAPASITS.

11.3 Acciones e instrumentos del programa (2025–2026)

- Prevención focalizada: refuerzo de brigadas y jornadas en escuelas (VPH), ventanillas ampliadas y recuperación de esquemas en <1 y 1 año.
- SSR y adolescentes: continuidad de RAAE/RAAEO, mejora de referencia temprana, y monitoreo de % cesáreas.
- Dengue: vigilancia entomológica continua, respuesta ≤ 72 h y ULV en municipios de alta transmisión; promoción “Lava, Tapa y Voltea”.
- Calidad hospitalaria: planes de mejora en IAAS (CVC y NAVM), auditorías clínicas y tableros.

Transversalización operativa

- Ajustes de proceso: horarios extendidos en vacunación, coordinación escuela-salud para aplicación de vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), y flujos de referencia obstétrica.
- Capacitación: vigilancia entomológica/ULV, manejo obstétrico, prevención IAAS.
- Participación: Comités de salud y coordinación municipal para eliminación de criaderos y recuperación de esquemas.

Protocolos y rutas

- Ruta obstétrica (RAAE/RAAEO, Código Oro).
- Programa ampliado de inmunización (PAI)/CONASABI (cadena de frío y campañas).
- Lineamientos de control vectorial y respuesta comunitaria.

Mecanismos de voz usuaria



- Encuestas de trato digno y satisfacción; buzones locales; reportes municipales de vectores. (Coherente con C04 y tableros de calidad.)

11.4 Normatividad y políticas aplicables (vinculación breve)

- CPEUM art. 4º (derecho a la salud) y LGS (competencias concurrentes).
- Lineamientos/Acuerdo CONASABI (cadena de frío y PAI).
- NOM/Protocolos de atención obstétrica y vigilancia epidemiológica (dengue).
- Política estatal de calidad/seguridad del paciente (IAAS, trato digno).

12. Análisis de similitudes o complementariedades.

Complementariedad programática y control de duplicidades

El PP E081 Servicios de Salud se dirige a la población sin seguridad social y se articula con programas estatales y federales con objetivos afines. A fin de evitar duplicidades y potenciar sinergias, se identifican programas similares o complementarios y se documentan su propósito, población/área de enfoque, cobertura y el tipo de relación con el E081.

La tabla siguiente resume esta revisión y, para cada programa, valora dos aspectos: (i) si presenta riesgo de similitud con el E081 (posible traslape de población, acciones o financiamiento) y (ii) si complementa al E081 (encadena servicios, agrega capacidades o cubre una fase/función distinta). Cuando exista similitud o complementariedad, se precisan las acciones de coordinación (rutas de referencia-contrarreferencia, padrón nominal interoperable con CURP, lineamientos compartidos, calendarios y metas conjuntas).

Criterios de valoración para la tabla

- Riesgo de similitud (Sí/No): marcar “Sí” si coincide la misma población objetivo, mismo territorio y mismo tipo de prestación (p. ej., consultas/insumos idénticos).
- Complementa (Sí/No): marcar “Sí” cuando el programa aporta una fase distinta (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, regulación, infraestructura) o agrega capacidad (personal, equipamiento, financiamiento, datos).
- Explicación: en 2-3 líneas, indicar qué se traslapa o cómo se articula (ej.: “U013 financia gratuidad; E081 opera la prestación → coordinación en padrón y metas por distrito de salud”).
- Cobertura: señalar ámbito geográfico y/o poblacional (estatal, distrito, grupos prioritarios).
- Propósito y población/área de enfoque: usar redacciones breves y verificables para facilitar auditoría.

Mientras se consolida la separación funcional entre rectoría (SST), operación clínica (OPD Servicios de Salud IMSS-Bienestar) y salud pública (SNSP), el E081 permanece en modalidad híbrida. Por ello, la coordinación interinstitucional y el registro nominal interoperable son esenciales para trazabilidad, no duplicidad y suma de esfuerzos.

Tabla 39. *Análisis de similitudes o complementariedades.*

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?	¿Comple menta al programa propuest o?	Explicación
Programa IMSS Bienestar	IMSS	Proporcionar servicios de salud.	A autoempleados, trabajadores del sector informal y desempleados.	Comunidades de Tamaulipas donde el OPD IMSS-Bienestar no tiene unidades propias. 113 unidades de primer nivel y cuatro del segundo nivel	Sí	Sí	En 1973 se modifica 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.	52 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 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.



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?	¿Comple menta al programa propuest o?	Explicación
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.

13. Presupuesto.

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.

Tabla 40. *Presupuesto estimado por capítulo del Gasto para operar el ejercicio fiscal actual. (2025)*

Capítulo	Monto en pesos corrientes
1000 Servicios personales	5,857,162,498
2000 Materiales y suministros	872,214,855
3000 Servicios generales	1,210,692,221
4000 Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	888,476
5000 Bienes muebles, inmuebles e intangibles	38,449,670
6000 Inversión pública	7,500,000
7000 Inversiones financieras y otras provisiones	-
8000 Participaciones y aportaciones	-
9000 Deuda pública	1,087,210,976
TOTAL	9,074,118,696

Tabla 41. *Presupuesto por capítulo del gasto al cierre del ejercicio fiscal inmediato anterior. (2024)*

Capítulo	Monto en pesos corrientes
1000 Servicios personales	6,240,742,387
2000 Materiales y suministros	1,328,002,213
3000 Servicios generales	1,254,027,341
4000 Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	3,557,443
5000 Bienes muebles, inmuebles e intangibles	553,351,943
6000 Inversión pública	257,655,543
7000 Inversiones financieras y otras provisiones	-
8000 Participaciones y aportaciones	-
9000 Deuda pública	940,870,721
TOTAL	10,578,207,591

Ilustración 3. Presupuesto por capítulos del Gasto.

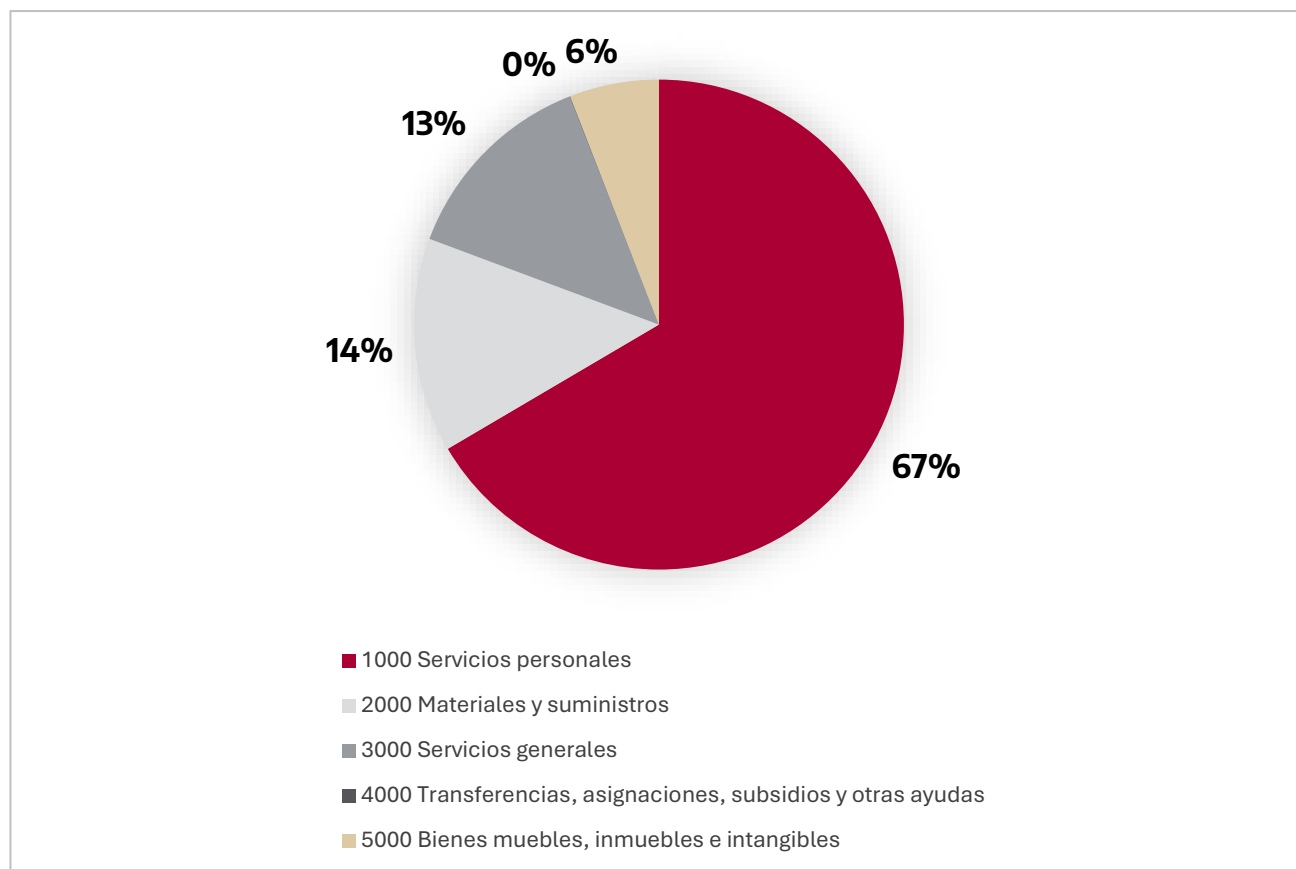


Tabla 42. Fuente u origen de los recursos del ejercicio fiscal inmediato anterior.

(Especificar la fuente de los recursos mediante los cuales se financiaría el programa propuesto o con cambios sustanciales):

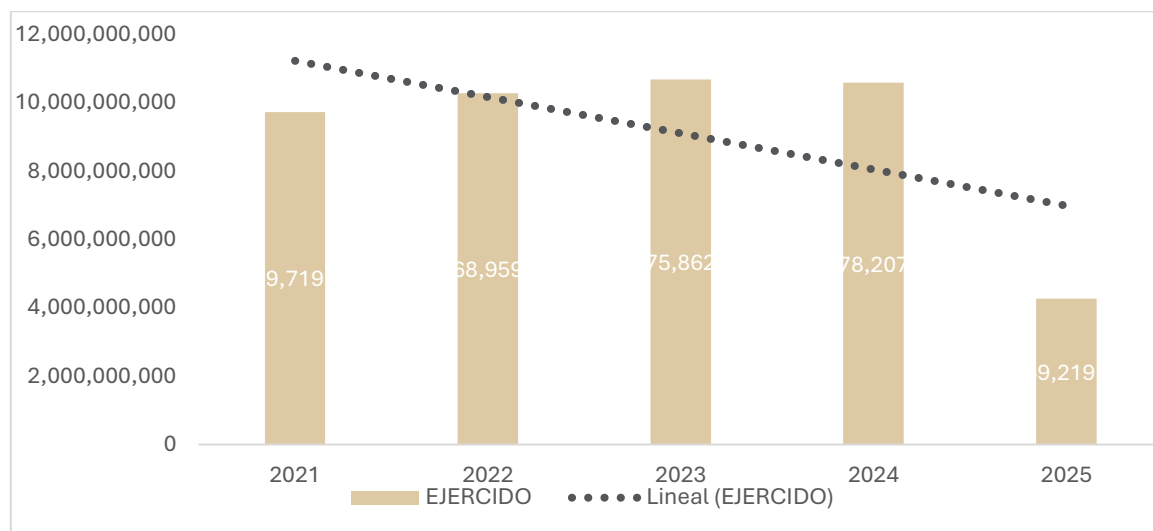
Fuente de Recursos	Monto en pesos corrientes	Porcentaje respecto al presupuesto estimado
Fondos federales	-	-
Programas federales	2,380,000,459	22.50%
Convenios	2,609,952,929	24.67%
Recurso estatal	4,528,083,140	42.81%
Ingresos propios	119,300,343	1.13%
Otros (especificar)	940,870,721	8.89%
Total		100%

En caso de fuentes federales es importante indicar de fondos o programas de la federación reciben el recurso.

Tabla 43. Presupuesto Histórico por Momentos contables.

AÑO	INICIAL	MODIFICADO	EJERCIDO	PAGADO
2021	6,204,627,365	10,180,877,224	9,719,719,908	8,915,448,637
2022	6,589,347,028	10,640,207,053	10,268,959,687	9,522,302,209
2023	7,160,199,248	11,054,580,370	10,675,862,628	9,516,670,015
2024	7,650,764,155	10,787,608,803	10,578,207,592	9,511,334,755
2025	5,447,821,048	9,074,118,696	4,269,219,437	4,171,089,633

Ilustración 4. Presupuesto histórico ejercido en los últimos 5 años.



Eficiencia administrativa y disciplina del gasto: reestructuración SST-OPD

Actualmente se encuentra en proceso la reestructuración orgánica de la Secretaría de Salud de Tamaulipas (SST) publicada en el Periódico Oficial del Estado (POE) número 104, tomo CL de fecha 28 de agosto de 2025 y mediante un proceso alterno, se trabaja en la alineación de la estructura del OPD Servicios de Salud de Tamaulipas con su contraparte federal, en coherencia con el rediseño rector a nivel nacional.

Desde la óptica financiera, el rediseño compacta mandos donde había duplicidades y traslada el gasto hacia funciones sustantivas, logrando ahorros recurrentes en nómina directiva/mandos medios. Ambos dictámenes establecen movimientos compensados sin ampliación del techo, con salvedad de mantenerse dentro del presupuesto vigente: SST (13 plazas; presupuesto anual \$14,278,771.53) y OPD (4,110 plazas; presupuesto anual \$1,991,199,492.29).

La coexistencia del OPD Servicios de Salud de Tamaulipas encuentra sustento en su decreto de creación (27-feb-1999) con última reforma en el POE 07-feb-2013, y preserva la correspondencia jerárquica entre titulares del OPD y de la SST, asegurando trazabilidad y control del gasto en la cadena mando-ejecución.

Los cuadros siguientes muestran el comparativo antes/después por nivel y el impacto anual estimado en nómina para SST y OPD, base para la proyección de ahorros y la reasignación hacia insumos y mantenimiento.

SECRETARIA DE SALUD DE TAMAULIPAS

PLANTILLA ACTUAL			
Nivel	Descripción	Número de plazas	Costo de plazas (anual)
220	Secretario	1	\$ 2,237,859.15
210	Subsecretario	5	\$ 7,107,900.06
200	Dirección General	1	\$ 1,361,388.14
190	Dirección	5	\$ 5,236,699.66
160	Jefe Departamento	2	\$ 1,045,975.95
Total plantilla actual		14	\$ 16,989,822.96
PLANTILLA PROPUESTA			
Nivel	Descripción	Número de plazas	Costo de plazas (anual)
220	Secretario	1	\$ 2,237,859.15
200	Dirección General	5	\$ 6,806,940.68
190	Dirección	3	\$ 3,142,019.80
160	Jefe Departamento	4	\$ 2,091,951.91
Total plantilla propuesta		13	\$ 14,278,771.54
Reducción de plazas SST			5
Impacto presupuestal -\$			2,711,051.42

OPD SERVICIOS DE SALUD DE TAMAULIPAS

PLANTILLA ACTUAL			
Nivel	Descripción	Número de plazas	Costo de plazas (anual)
220	Secretario	1	\$ 2,237,859.15
200	Subsecretario	5	\$ 6,806,940.68
190	Dirección	61	\$ 63,887,735.86
160	Jefe Departamento	87	\$ 45,499,954.00
Diversos	Operativos	4,016	\$ 1,927,389,251.47
Total plantilla actual		4,170	\$ 2,045,821,741.16
PLANTILLA PROPUESTA			
Nivel	Descripción	Número de plazas	Costo de plazas (anual)
190	Dirección	27	\$ 28,278,178.17
170	Subdirección	4	\$ 2,583,820.10
160	Jefe Departamento	63	\$ 32,948,242.55
Diversos	Operativos	4,016	\$ 1,927,389,251.47
Total plantilla propuesta		4,110	\$ 1,991,199,492.29
Reducción de plazas OPD			60
Impacto presupuestal -\$			54,622,248.87
Reducción de plazas Total			65
Impacto total anual -\$			57,333,300.29

Como resultado de la consolidación propuesta, se registra una reducción neta de 65 plazas y un impacto anual de -\$57,333,300.29. Este ajuste compacta mandos sin afectar la base operativa, mejora la eficiencia del gasto y libera margen para reorientar recursos hacia insumos críticos (mantenimiento, equipamiento y calidad de la atención), en coherencia con el techo presupuestal vigente y la separación rectoría-operación SST-OPD.



14. Actualización del Diagnóstico

La actualización del diagnóstico se realiza **anualmente** con el fin de garantizar que el análisis institucional refleje de manera precisa las condiciones actuales, las necesidades reales y las prioridades estratégicas de la Secretaría de Salud de Tamaulipas. Este ejercicio permite contar con información vigente, verificable y suficiente para la identificación, priorización y justificación de proyectos, programas o acciones susceptibles de financiamiento con recursos estatales y federales.

El proceso se desarrolla de manera paralela a la integración de los Anteproyectos de Presupuesto de Egresos, en cumplimiento de la Ley de Gasto Público del Estado de Tamaulipas, la Ley Estatal de Planeación, el Manual sobre los Criterios para la Elaboración del Proyecto de Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado para el ejercicio fiscal vigente, y la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Esta sincronización con la planeación, programación y presupuestación estatal y federal permite alinear el diagnóstico con:

- La integración del Proyecto de Presupuesto de Egresos del Estado (PPEE).
- La publicación del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF).
- Los objetivos y metas establecidos en el Plan Estatal de Desarrollo y en los Programas Sectoriales, Especiales e Institucionales.

La actualización no se limita a la incorporación de nueva información; también comprende la revisión crítica del contenido existente, el ajuste o reformulación de indicadores, el análisis de nuevas problemáticas o tendencias, la adecuación a cambios normativos y la eliminación de datos obsoletos. Con ello, se fortalece la pertinencia, consistencia y capacidad de respuesta del diagnóstico como herramienta de planeación, seguimiento y evaluación.

15. Referencias.

- Castellanos, R. (2015). Estrategia y planificación estratégica. Maracaibo, Venezuela: Ediciones Venezuela. <https://lcestrategia.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/11/estrategia-y-planificacic3b3n-estratic3a9gica-luis-castellanos.pdf>
- Céspedes, Juan Eduardo, Iván Jaramillo, Rafael Martínez et. al. (2000) 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.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18934>
- CONEVAL. (2022). Medición de la pobreza 2022 [Informe/portal].
https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2022.aspx
- CONEVAL. (2022). Medición de la pobreza 2022: Informe estatal Tamaulipas. CONEVAL.
- Consejo Nacional de Población. (2024). *Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2020-2070* [Conjunto de datos].
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1001571/Proyecciones_Poblacion_280525_V2.1.pdf
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917); D.O.F. 18-11-2022.
- Constitución Política del Estado de Tamaulipas. (1918), P.O.E. 27.01-21, reformas y adiciones
- DGIS/CONAPO. (2025). Proyecciones de población y cubos de población (actualización 2024). Dirección General de Información en Salud.
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion_gobmx.html
- Diario Oficial de la Federación. (2022, 31 de agosto). Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-Bienestar).
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0
- Diario Oficial de la Federación. (2023, 29 de mayo). Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud para regular el Sistema de Salud para el Bienestar. DOF.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref135_29may23.pdf
- Estrategia Nacional para la consolidación de la calidad en los establecimientos y servicios de atención médica. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. (s.f.).

Secretaría de Salud, México.

http://www.sidss.salud.gob.mx/contenidos/PDF/PAE_2013-2018_DGCES_3Mar2015_v21.pdf

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

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/es/publications/reports/2016/01/oecd-reviews-of-health-systems-mexico-2016_g1g51357/9789264265523-es.pdf

Evaluación FASSA. (2021). Evaluación específica de desempeño FASSA Tamaulipas 2021. Gobierno de Tamaulipas / Instancia evaluadora externa.

<https://transparencia.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2022/08/2.-Informe-Final-de-Evaluacion-FASSA-2021.pdf>

Evaluación FASSA. (2023). Evaluación específica de desempeño FASSA Tamaulipas 2023. Gobierno de Tamaulipas / Instancia evaluadora externa.

<https://transparencia.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2023/10/Informe-Final-FASSA-SST.pdf>

Gobierno de Tamaulipas. (2025a). Comunicado sobre participación estatal en ENSANUT Continua 2025 (dato de exceso de peso en adultos).

<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2025/index.php>

Gobierno de Tamaulipas. (2025b). Cuenta Pública 2020–2024 (rubro FASSA). Portal de Transparencia de Tamaulipas. <https://transparencia.tamaulipas.gob.mx/>

Gobierno del Estado de Tamaulipas. (2025a, julio). *Participa Tamaulipas en Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2025* [Comunicado].

<https://www.tamaulipas.gob.mx/2025/07/participa-tamaulipas-en-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-continua-2025/>

Gobierno del Estado de Tamaulipas. (2025b). *Plan Estatal de Desarrollo de*

Tamaulipas 2025–2030 [Plan]. <https://www.tamaulipas.gob.mx/ped/index.html>

González Block, Miguel A. [Coordinador], (2015) Diagnóstico de los retos al Sistema Nacional de Salud Universal.

<https://biblioteca.ciess.org/liss/index.php?P=FullRecord&ID=1254>

IMSS-Bienestar. (2024). *Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar)* [Documento técnico]. Gobierno de México.

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/imssBienestar/marcojuridico/Acuerdo-Modelo-Atencion-Salud-Bienestar.pdf>

INEGI. (2020). Censo de Población y Vivienda 2020: Tamaulipas (localidades). INEGI.

Informe sobre la salud de los mexicanos (2015). Diagnóstico general de la salud poblacional. México: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

- Lieja 7, Col. Juárez. Modelo de Atención Integral de Salud (MAI). 06696, México, D.F.: Secretaría de Salud, 2020.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *Estadísticas vitales y mortalidad por causas externas* [Conjunto de datos]. <https://www.inegi.org.mx>
- Ley de Coordinación Fiscal. (2024, 3 de enero). *Diario Oficial de la Federación*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LCF.pdf>
- Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas. (2025). *Periódico Oficial del Estado de Tamaulipas*. https://po.tamaulipas.gob.mx/wp-content/uploads/2025/09/Ley_Salud.pdf
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. (2025). *Diario Oficial de la Federación*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPRH.pdf>
- Ley General de Salud. (2024). *Diario Oficial de la Federación*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- 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. <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-vizcaya-de-las-americas/derecho-constitucional/vizcaya-bloque-1-proyecto-de-integracion/52416545>
- México, Poder Ejecutivo Federal. (2022, 31 de agosto). *Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)* [Decreto]. *Diario Oficial de la Federación*. https://imssbienestar.gob.mx/assets/doc/juridico/01_normatividad/01_marcojuridico/03_decretos/DECRETO%20DE%20CREACI%C3%93N%20IMSS%20BIENESTAR%2031_08_2022.pdf
- México, Poder Ejecutivo Federal. (2023, 29 de mayo). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud [Decreto]. *Diario Oficial de la Federación*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref135_29may23.pdf
- Ministerio de salud del Perú. (2021), Plan de Beneficios del PEAS. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2039386-023-2021-sa>
- Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar. D.O.F. 25-10-202.
- OIT (2014). 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. <https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/>

- OPS. (2020). Metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en salud (ODS 3). Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/ods-3-meta-3-3>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible* [Sitio web]. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Indicadores mundiales de mortalidad infantil* [Conjunto de datos]. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/child-mortality-and-causes-of-death>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). México – Perfil de país (Salud en las Américas+) [Sitio web]. <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/mexico>
- Plan Estatal de Desarrollo 2022-2028. (2023). Preliminar. Tamaulipas, México: Gobierno del Estado de Tamaulipas.
- Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022. (2023). Tamaulipas, México: Gobierno del Estado de Tamaulipas.
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. (2015). México: Programa Sectorial de Salud 2020-2024.
- Presidencia de la República. (2025, 28 de febrero). *Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030* [Plan]. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/presidencia/documentos/plan-nacional-de-desarrollo-2025-2030-391771>
- Programa Nacional de Salud 2019-2024.(s.f.) Por un México sano: construyendo alianzas. Secretaría de Salud.
- Programa Sectorial de Salud, Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (s.f.). México: Gobierno de la República.
- Propuesta de crecimiento de Jurisdicciones Sanitarias 2020. (2020) Servicios de Salud de Tamaulipas.
- Reglas de Operación del Programa IMSS-BIENESTAR para el ejercicio fiscal 2023. D.O.F. 28-12-2022.
- Rivas, L. (2016). Dirección estratégica. México: Trillas. ISBN-10, 6071727057.
- Secretaría de Salud e INSP. (2024). ENSANUT continua: resultados en exceso de peso en adultos 2020-2023. Secretaría de Salud / Instituto Nacional de Salud Pública.
- Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública. (2024). *ENSANUT Continua 2024: Resultados* [Informe]. <https://ensanut.insp.mx/>

- Secretaría de Salud de Tamaulipas. (2022). Boletín epidemiológico 2022 — Semana 34: Tuberculosis. SST.
- Secretaría de Salud de Tamaulipas. (2023). Informe de abasto y surtimiento de recetas en primer nivel (corte anual). SST.
- Secretaría de Salud de Tamaulipas. (2025a). Diagnóstico Ampliado FASSA Tamaulipas 2025.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. (2022). Boletín Epidemiológico, Semana 34 (SE-34/2022) [Boletín].
<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/boletin-epidemiologico>
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. (2024). *Boletín Epidemiológico* [Boletín]. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/boletin-epidemiologico>
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. (2023). Boletín Epidemiológico, Semana 52 (SE-52/2023) [Boletín].
<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/boletin-epidemiologico>
- Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. (2024a). *Base de datos de población con derechohabiencia y sin derechohabiencia, por entidad federativa 2024* [Base de datos].
https://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_poblacion_gobmx.html
- Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. (2024b). *Factores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles* [Base de datos].
https://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_sis_gobmx.html
- Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. (2024c). *Sistema Nacional de Información en Salud: Morbilidad y mortalidad*. [Base de datos].
https://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html
- Secretaría de Salud. (2023). Panorama epidemiológico de dengue 2023, Semana 52. Dirección General de Epidemiología.
- Secretaría de Salud. (2023a, 23 de agosto). *Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales del Servicio Nacional de Salud Pública* [Acuerdo]. Diario Oficial de la Federación.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5699573&fecha=23/08/2023
- Secretaría de Salud. (2023a, 23 de agosto). Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales del Servicio Nacional de Salud Pública.
- Secretaría de Salud. (2023b). Panorama epidemiológico de dengue 2023 [Portal temático]. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/dengue>



- Secretaría de Salud. (2023b, 21 de octubre). Inicia implementación del Servicio Nacional de Salud Pública. Comunicado 346.
- Secretaría de Salud. (2025). *Programa Sectorial de Salud 2025–2030* [Programa sectorial]. <https://sidof.segob.gob.mx/notas/5767240>
- SINAIS. (2022). Recursos en salud por entidad federativa (RR. HH. médicos por 1,000 hab.). Sistema Nacional de Información en Salud.
- Universalidad de los Servicios de Salud Propuesta de Funsalud. (2012). Primera edición. ISBN: 978-607-7897-11-8 https://funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/UNIVERSALIDAD-DE-LOS-SERVICIOS_DEF.pdf