



PERIÓDICO OFICIAL



ÓRGANO DEL GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE TAMAULIPAS

Periódico Oficial del Estado

RESPONSABLE

Registro Postal publicación periódica
PP28-0009

TAMAULIPAS

SECRETARÍA GENERAL DE GOBIERNO

AUTORIZADO POR SEPOMEX

TOMO CXLIV

Victoria, Tam., miércoles 20 de febrero de 2019.

Anexo al Número 23

GOBIERNO DEL ESTADO PODER EJECUTIVO SECRETARÍA DE SALUD

PROGRAMA Sectorial de Salud del Estado de Tamaulipas 2016 – 2022.

COPIA

GOBIERNO DEL ESTADO

PODER EJECUTIVO

SECRETARÍA DE SALUD

PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD DEL ESTADO DE TAMAULIPAS 2016 - 2022

Agosto de 2018

Índice

1. Introducción	2
2. Sistema de Salud del Estado	3
3. Enfoque Metodológico	5
4. Marco Estratégico del Programa Sectorial de Salud	9
5. Modelo de Atención a la Salud	10
6. Retos y Tendencias Globales	12
7. Características Demográficas	13
8. Estado de Salud	19
9. Recursos e Infraestructura	37
10. Servicios Otorgados	51
11. Valoración Económica de los Servicios Otorgados	60
12. Calidad y Satisfacción de las y los Usuarios	64
13. Análisis Comparativo de Indicadores de Referencia	66
14. Análisis FODA	68
15. Marco Estratégico	74
16. Glosario	125
17. Bibliografía	126
18. Anexo: Índice de ilustraciones	126

1. Introducción

La Secretaría de Salud de Tamaulipas ha iniciado el proyecto de elaboración de su Programa Sectorial de Salud del Estado, con el que se pretende coordinar la toma de decisiones para afrontar los nuevos escenarios, consecuencia de los continuos cambios de los entornos social, tecnológico, demográfico y de seguridad pública.

Asimismo, una coordinación en la toma de decisiones interinstitucional conducirá al fortalecimiento general en el Sistema de Salud del Estado, lo cual permitirá hacer frente a retos disruptivos que se generen a futuro en Tamaulipas, ya sean epidémicos (ejemplo: zika, chikungunya, dengue), demográficos (ejemplo: deportaciones por cambios en política migratoria en Estados Unidos de América, climáticos (ejemplo: altas temperaturas, sequía, eventos hidrometeorológicos) o económicos (ejemplo: cambios en la composición laboral del Estado).

Desde la Secretaría de Salud, la planificación estratégica se considera un instrumento y un proceso dinámico, que ayudará a gestionar con mayores garantías de éxito los retos que se plantean, y que debe ser renovado en el tiempo, con el objetivo de vincularlo al despliegue de servicios, unidades y procesos de la organización. El proyecto ha sido un proceso participativo, donde se ha facilitado el intercambio de ideas entre las personas profesionales y agentes implicado.

Un plan estratégico exige un proceso de reflexión colectiva sobre el estado actual de la actividad que se desarrolla, los condicionantes que la rodean, sus recursos, entre otros, con el fin de analizar direcciones alternativas que podrían guiar su gestión, y así poder responder de una manera más eficiente y eficaz a las necesidades y expectativas de las personas y comunidades, tanto internos como externos, a los que afectará su actuación.

Las profundas transformaciones epidemiológicas, demográficas, científicas y técnicas que repercuten en los sistemas de salud, ya de por sí complejos, obligan a definir un marco estratégico que identifique las líneas de acción que permitan mantener y mejorar la posición del Sistema de Salud del Estado, alcanzando con ello las metas recogidas en el Plan Estatal de Desarrollo.

2. Sistema de Salud del Estado

Uno de los principales objetivos del Sistema de Salud de Tamaulipas, es sin duda mejorar la salud de las tamaulipecas y los tamaulipecos a través de la infraestructura, recursos, capacidades y lineamientos disponibles. Su logro implica, además de adecuarse a las necesidades de la población, transitar hacia modelos de salud innovadores, equitativos y transparentes, de tal forma que se garantice la conformación de un Sistema de Salud efectivo.

La generación de dichas estructuras que apoyen la creación del sistema planteado, es una tarea compleja, que no podría llevarse a cabo por una institución de manera individual. Por ello, el Sistema de Salud del Estado ha sido dotado de diversas instituciones que hoy en día conforman el Sistema Estatal de Salud. Entre ellas se cuenta con el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, DIF, COEPRIS, Sistema de Protección Social en Salud-Seguro Popular- y Asociaciones Civiles.

Estas instituciones de salud brindan cobertura de servicios a sus derechohabientes (trabajadoras y trabajadores de la economía formal y sus familiares) o a la población carente de seguridad social, en el caso del Seguro Popular e IMSS-Prospera. Sin embargo, existe en complemento la iniciativa privada, misma que provee de servicios de salud a la población que cuenta con los medios necesarios para acceder a cuidados de salud básicos y especializados, y pagarlos con su propio presupuesto.

Ilustración 1: Sistema de Salud de Tamaulipas



Fuente: Creación propia con datos de la Secretaría de Salud

Cada participante del Sistema de Salud cuenta con sus propios recursos, infraestructura, personal, planes, programas, actividades y campañas al servicio de la población. Por un lado, coinciden entre sí en la alineación de sus esfuerzos con los objetivos del PND 2013-2018 y por el otro, difieren en la población de enfoque, la especialidad de sus actividades, el área geográfica de enfoque y los objetivos particulares de su actuación.

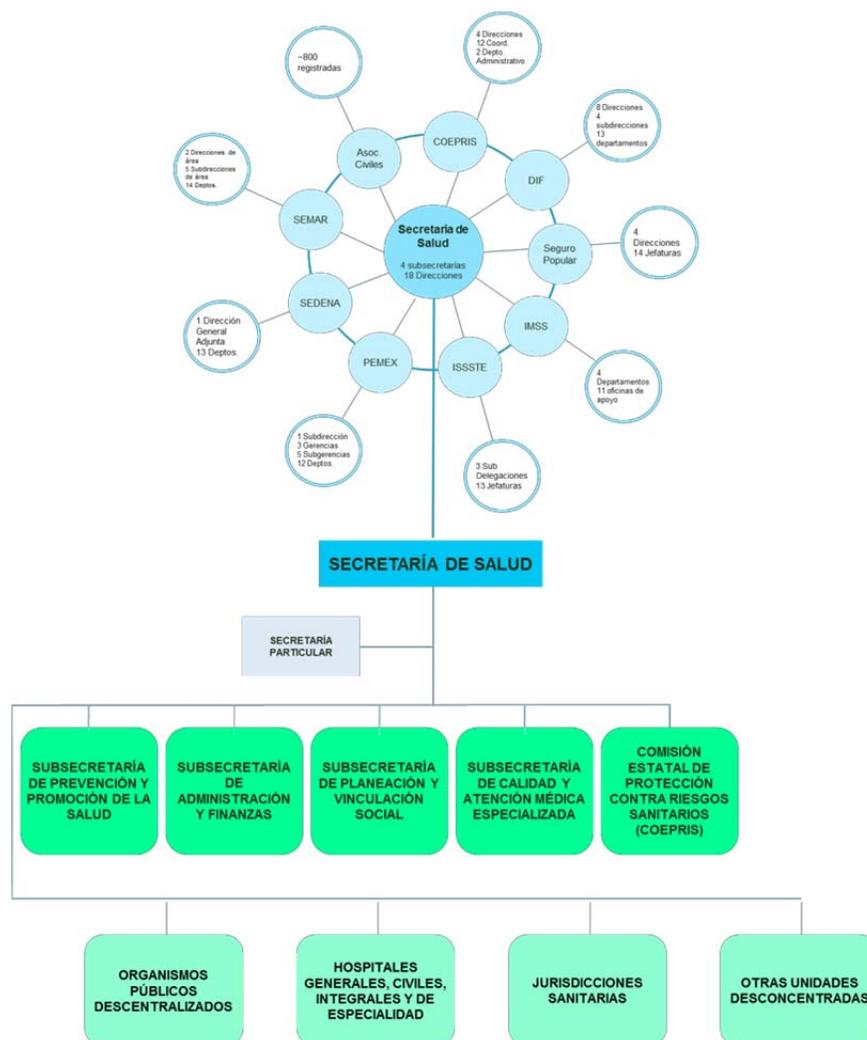
En este sentido, la Secretaría de Salud como cabeza de sector, es la responsable de la organización y coordinación del Sistema Estatal de Salud y todos sus integrantes, a fin de dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. Su actividad debe centrarse en el cumplimiento de los objetivos de un sistema de salud efectivo, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) consta de cuatro elementos básicos: otorgamiento de servicios, financiamiento de ellos, ejercicio de funciones rectoras y generación de recursos para la salud.

Para lograrlo, la SSA adoptó un esquema de actuación que incluye 4 subsecretarías que apoyan el cumplimiento de las estrategias de alto nivel, así como un órgano descentralizado representado por la COEPRIS. En conjunto, estos grupos conforman la cabeza rectora del Sistema, que cuenta entre sus funciones, con las siguientes:

- Establecer y dar seguimiento a la política estatal en materia de salud
- Coordinar programas de servicios de salud
- Definir mecanismos de coordinación y colaboración de los programas de salud
- Impulsar la descentralización y desconcentración de los servicios en los municipios
- Elaborar el Plan Sectorial de Salud

Sin embargo, éste no es un esfuerzo que se pueda lograr sólo organizando o coordinando actividades. Requiere de la sinergia de las entidades involucradas, en cuanto a la participación conjunta en planes, programas, actividades, metas y objetivos planteados. Además, plantea como necesario poner a disposición la infraestructura, recursos y capacidades de cada participante, con el objetivo de robustecer el alcance de cada actividad, así como su área de impacto y la población que pueda ser beneficiada.

Ilustración 2: Esquema de relación del Sistema de Salud del Estado con la Secretaría de Salud de Tamaulipas



De esta forma, todos los programas creados en conjunto dentro del Sistema de Salud del Estado, deben alinear sus objetivos con las metas nacionales planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo, así como en el Plan Estatal de Desarrollo, con la consigna de asegurar que el marco de actuación y los esfuerzos, se encuentren direccionados de la misma forma a nivel estatal y federal. Las principales metas que tiene en común el Sistema, se integran principalmente en el eje incluyente del Plan Nacional de Desarrollo, que a continuación se enuncian:

Metas del Plan Nacional de Desarrollo Compartidas por el Sistema de Salud de Tamaulipas	
Objetivo de alto nivel	Meta
México incluyente	Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población
	Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente
	Asegurar el acceso a los servicios de salud
	Ampliar el acceso a la seguridad social
	Proveer un entorno adecuado para el desarrollo de una vida digna

Actualmente casi la totalidad de las y los participantes del SST cuentan con programas específicos de operación, dentro de los cuales se integra al menos una de las metas planteadas. De ellas se desprenden sus principales acciones y direccionamientos, siempre regidos por la figura de la Secretaría de Salud y sus órganos de apoyo.

Existen también organismos como las asociaciones civiles, que aún no logran integrarse del todo en esta dinámica, sin embargo es trabajo de éste y los programas sectoriales venideros, promover que esto suceda y que el Estado pueda transitar hacia un Sistema de Salud completamente integrado, formalizado y eficiente.

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

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

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

Con estas normatividades como línea base, se garantiza que las instituciones del sector salud, se encuentren en línea y que los esfuerzos de cada una de sus decisiones estratégicas, se encuentren dirigidos al cumplimiento de las metas estatales y nacionales.

3. Enfoque Metodológico

El Programa Sectorial de Salud 2016-2022 de la Secretaría de Salud de Tamaulipas se ha realizado en cuatro fases estructuradas, cuyo objetivo final persigue la consolidación de un sistema de salud con un enfoque universal, equitativo, resolutivo, eficiente, participativo y solidario, que garantice el acceso efectivo a los servicios de salud con altos estándares de calidad en la prestación de la atención preventiva y curativa, con suficiencia en el abastecimiento de material, recursos humanos, equipo y medicamentos.

Ilustración 3: El proceso considera 4 fases metodológicas que se apalancarán en distintas herramientas para promover su éxito



Fase 1: Diagnóstico Situacional

Durante esta primera fase se llevó a cabo un análisis tanto interno como externo, realizado por personal profesional en el sector con suficiente experiencia en los dos ámbitos y con acceso y manejo de fuentes de información primarias.

En este proceso se han analizado las características demográficas, de salud y socioeconómicas estatales, teniendo en cuenta factores poblacionales como la estructura, densidad, natalidad, movimientos migratorios, esperanza de vida y envejecimiento. Otros datos relacionados con el estado de salud que se han contemplado son: mortalidad (por causas, años y evolución), morbilidad, años perdidos de vida saludable, discapacidad, riesgos de salud y contaminación del agua.

Fuera de las características demográficas, también fueron consideradas una serie de condicionantes involucradas en el Sistema de Salud del Estado, como la estructura, recursos, infraestructura, tecnología y recursos humanos con los que cuenta el Sistema.

Se procedió además a realizar un análisis sobre la actividad registrada en los centros de salud y llevada a cabo por el personal de salud del Estado, así como la clasificación de estos mismos por las diferentes jurisdicciones sanitarias que conforman el Sistema de Salud del Estado. Se hace referencia en específico hacia actividades de consultas externas, generales, de especialidad, estudios, diagnósticos, cesáreas, cirugías y actividad de referencia y contra referencia.

Con base en esta información desagregada, se identificaron y analizaron las áreas de mejora, con el objeto de definir propuestas de acción a fin de encontrar la solución más adecuada para la situación actual.

Fase 2: Reflexión Estratégica

Durante esta fase se han definido la misión y la visión que sustentarán el marco de acción del Programa Sectorial de Salud del Estado de Tamaulipas. De la misma forma, se llevó a cabo una primera aproximación de los objetivos estratégicos y las líneas de acción que conforman el Programa.

Fase 3: Diseño Estratégico

Esta fase tuvo como objetivo fundamental definir las líneas, acciones y objetivos estratégicos que componen el Programa. Para ello, se realizaron ocho talleres donde, en conjunto con las distintas subsecretarías y órganos pertenecientes al sector, se definieron las líneas de acción a considerar para alinear la visión del Sistema de Salud del Estado y de sus participantes con el nuevo Plan Sectorial de Salud.

Los talleres se desarrollaron a lo largo de cuatro jornadas, contando entre sus participantes a los representantes de las principales instituciones de servicios de salud y seguridad social del Estado de Tamaulipas, entre las que se encuentra el IMSS, ISSSTE, el Seguro Popular, COEPRIS, DIF y los representantes de la Sociedad Civil, así como las Subsecretarías que constituyen la estructura de la Secretaría de Salud.

Ilustración 4: Lista de participantes en talleres de trabajo del Programa Sectorial de Salud

Calidad y Atención Médica Especializada	Prevención y Promoción de la Salud	Planeación y Vinculación Social
Lic. Rosa Velia Mirafuentes	Dra. María de Jesús Martínez Escobar	Lic. Silvia Lara González
Lic. Nancy J. Colunga Reyesa	Dr. Áres Davaliere Buenfild Saldivar	Ing. Federico Julián Bonilla López
Dr. Carlos Pineda Murguía	Dr. Alfonso Álvarez Espinoza	Lic. Christian Ángeles Quintero
Lic. Verónica María Flores Garza	Dra. Hilda Nereyda del Carmen Selvera	Lic. Leoncio López Morales
Lic. Maritza Guadalupe Rojas Carreño	Dr. Laureano Cantú Leal	Lic. Loyda Ramírez López
Dra. Anallely Cuadras	Dr. Jorge Guadalupe Calzada Hernández	Dr. Olegario Flores Flores
Lic. Francisca Navarro Márquez	Lic. Evaristo Abraham Benitez Martínez	Lic. Roberto Herrera González
Lic. José Miguel García Ferretis	Dra. María Irene Gómez Manzanedo	Dr. Oscar Valdez Jiménez
Lic. Zaida Elizabeth Posada Ruedas	QFB. Bernardita Reyes Barrón	
	Dr. Daniel Héctor Cortina	
	Dra. Marina González Sifuentes	
	Lic. Soraya Sánchez Diez de Pinos	
	Dr. Gerardo Flores Sánchez	

Administración y Finanzas	COEPRIS
C.P. Salvador Arvizu Vargas	Lic. Christian Geovanni López Patiño
Lic. Enrique Téllez Bonilla	Mtro. Alejandro Escobedo Berumen
Lic. Beatriz Fernández	Lic. Marco Antonio Guerra García
Lic. Araceli Román	MVZ. Oscar Luis Terán Lara
C.P. Alan Tovías	MVZ. Raúl Terrazas Barraza
Lic. Víctor Girón	C.P. Héctor Rivas Herrera
Lic. Julio César Santoyo	Arq. Claudio Eutimio Cárdenas Guerrero
C.P. Gerardo Garza	C.P. Gerardo Osornio Imperial
Dr. Eduardo Eligio Quintanilla	Lic. Mónica Alexandra Pérez Saldívar
	Lic. Cynthia Margaux González Graciano

Ilustración 5: Lista de participantes en talleres de trabajo del Programa Sectorial de Salud

IMSS	ISSSTE	Seguro Popular
Dr. Luis Gerardo Ochoa Jiménez	Dr. Sergio Ortiz Castillo	Marbella Guadalupe Tovar Hernández
Ing. Emmanuel Alejandro Barrón Pérez	Dr. Rubén Fuentes Vera	Bertha Guadalupe Hernández Libera
Dr. Felipe Guarneros Sánchez	Lic. Andrés González Mendoza	Daniela San Juan Mar Manrique
C.P. Andrés A. Ortiz Salazar	Lic. María Alejandra Treviño B.	Martha Corina Salazar Conde
Lic. Jaime Alberto Avitia Briaña	Dr. Marco Antonio Gerez García	Daniel Treviño Álvarez
Lic. Mirna Samano Quiroga	Dr. Martín Tofic Salum Fares	Lázaro Nicolás Sánchez Morado
Lic. José Espronceda Galván		Luis Oscar Gómez Quintero
Dr. José Guadalupe Pizaña		
Dra. Amelia Lerma Salazar		
Lic. Lucina Beas Cruz		
Lic. Sara García Castillo		
Lic. Teresita Medrano Vargas		

Ilustración 6: Lista de participantes en talleres de trabajo del Programa Sectorial de Salud

Nombre del asistente	Entidad representada	DIF Tamaulipas
Sra. Martha Luz Falcone	Asociación Falcón	Adán Alberto González Leal
Sra. Martha Imelda Zapata Pesina	Fundación Día Vivir	Alfonso Jasso Piñero
Sr. José Daniel Llanas Rodríguez	Fundación Día Vivir	Magdalena Moreno Ortiz
Sra. Sandra Garza de Salazar	Fundación Michou y Mau	José Esteban Mendoza Flores
Sra. Juana Soto	Fundación Michou y Mau	
Lic. Nayma Karina Balquiereña Reyes	Vive Mujer AC	
Lic. Verónica Miramón Vargas	Vive Mujer AC	
Lic. Elizabeth Peña Rodríguez	Voluntad Contra el Cáncer	
Lic. Manuel Corcuera Canseco	Voluntad Contra el Cáncer	

Con ello, se permitió considerar la perspectiva de los diferentes agentes involucrados en el Sistema de Salud del Estado con relación a aspectos clave, entre los que se incluyen la identificación de las principales áreas de mejora, las acciones previamente desarrolladas y la creación de una visión de futuro.

El desarrollo de los talleres siguió un esquema de seis ejes de impacto, con base en las necesidades en salud del Estado, la situación regulatoria y otros problemas de orden mayor. A pesar de ello, la conversación se desarrolló sin limitantes sobre los temas tratados y con apertura por parte de las y los invitados.

Ilustración 7: Áreas de impacto utilizados durante los talleres



A partir de la discusión con base en estos ejes de impacto, se identificaron áreas de mejora y brechas en el modelo de atención y enfoque de protección social de salud que, junto con el diagnóstico situacional, fueron considerados para elaborar una aproximación del marco estratégico, donde se definieron cinco ejes sobre los cuales se sustenta el Programa Sectorial de Salud del Estado de Tamaulipas y que sirvieron como base para el desarrollo de los programas y acciones estratégicas que se presentan más adelante.

Ilustración 8: Modelo de salud y ejes estratégicos del Plan Sectorial de Salud del Estado



Una vez recopiladas todas las líneas y acciones requeridas, se concretó un segundo taller en el que se validaron las líneas de acción propuestas, las cuales se priorizaron con base en una valoración en impacto y en factibilidad para llevarse a cabo.

Fase 4: Plan de Acción e Implantación

Durante esta etapa, se desarrollaron las acciones previamente validadas y priorizadas, recopilando la información en fichas descriptivas compuestas de una caracterización, su objetivo estratégico, indicadores de impacto y responsables para llevarlas a cabo.

Por último, se procedió a elaborar el documento final del Programa Sectorial de Salud del Estado de Tamaulipas, el cual en conjunto con una hoja de ruta compondrán la herramienta para establecer las acciones a llevar a cabo, la secuencia detallada de los pasos a seguir, los plazos establecidos para su cumplimiento, la actividad de monitoreo y los reportes de resultados sobre ellos.

Para garantizar la alineación de los programas estratégicos y las líneas de acción del Plan Sectorial del Salud, se organizaron talleres de validación del FODA y los hallazgos relativos al análisis de la información, así como de revisión y validación de las líneas de acción, sus actividades asociadas, los indicadores que permitirán su seguimiento, además de los responsables de coordinar su cumplimiento y las entidades que los apoyarán en ese sentido.

Cada institución participante, tuvo la posibilidad de revisar y adecuar las líneas de acción, de tal forma que el documento final fuera un ejercicio consensuado entre todo el Sistema de Salud del Estado.

Lista de participantes en talleres de revisión y validación de los programas estratégicos y las líneas de acción del Programa Sectorial de Salud de Tamaulipas

Prevención y Promoción de la Salud		
Dr. Alejandro García Barrientos	Juan Felipe Arévalo Rodríguez	José Guadalupe Fuentes López
Dr. Jorge Antonio Córdova Castillo	Lic. Dalia Denisse Maya Julio	Hugo Horacio Vargas Reyes
Dra. Alma Rosa Rodríguez F.	Adriana Flores Guerrero	Dra. Irma Elena Alonso Pérez
Lic. Laura García Sáenz	Lic. Carlos Enríquez Rodríguez Nava	Dr. Gerardo Flores Sánchez
Dra. Nubia Lizeth García Camacho	Soraya Sánchez Diez de Pinos	Dr. Gustavo Saucedo Ramírez
Dr. Ernesto Lavín Hernández	Saúl Adolfo Noriega Muñiz	Ing. Raúl Huidobro
Ing. Alfonso Rodríguez P.	Alma R. Sánchez Rodríguez	Iveth de la Rosa Alonso
Lic. Martha H. P.	Lic. Juan Francisco Castañón B.	Esthela A. Sánchez Hinojosa
Lic. Martina Tumbiatiés Juárez	MVZ. Lauro Salazar Martínez	Lic. Miguel A. Ramos S.

Administración y Finanzas	Calidad y Atención Médica Especializada	Planeación y Vinculación Social
C.P. Gerardo Garza	Lic. Rosa Velia Mirafuentes Espinosa	Dr. Olegario Flores Flores
	Dr. Carlos Pineda Murguía	Dr. Oscar Valdez Jiménez
	Dr. Faustino López Vargas	

DIF Tamaulipas	ISSSTE	Seguro Popular
José Esteban Mendoza Flores	Sergio Ortiz C. Andrés González M. Lic. Alejandra Treviño Buenfild Rubén Fuentes Vera	Lic. Lázaro Nicolás Sánchez Morado Lic. Daniela Mar Manrique

Nombre del asistente	Entidad representada
José Daniel Llanas Rodríguez	Fundación Día Vivir
Sandra Garza Villarreal	Fundación Michou y Mau
Antonio Carlos Hernández Gómez	Fundación Michou y Mau
Lic. Elizabeth Peña Rodríguez	Voluntad Contra el Cáncer

4. Marco Estratégico del Programa Sectorial de Salud

El Programa Sectorial de Salud del Estado de Tamaulipas se enmarca dentro de la estrategia de salud federal de los Estados Unidos Mexicanos. En este sentido, el Gobierno de la República actualmente se encuentra inmerso en un proceso de mejora y de transformación del modelo de atención a la salud, con el objetivo de avanzar en la modernización del Sistema Nacional de Salud.

De la misma forma, el Programa se enmarca dentro de la estrategia de salud establecida en el Plan Estatal de Desarrollo, el cual establece como principal objetivo “Mejorar la atención y prevención de los problemas de salubridad más importantes en el Estado y establecer un sistema de salud moderno, con tecnologías de vanguardia y una cultura de la calidad”, esto sustentado en acciones específicas enfocadas en ampliar la cobertura de servicios de salud pública, implementar políticas públicas en prevención de enfermedades, instrumentar nuevos modelos de atención a la salud y establecer un programa de cooperación entre instituciones de salud y el sector privado para combatir y prevenir enfermedades crónico-degenerativas.

Con base en estos lineamientos, en el año 2015 se promovió un nuevo MAI, bajo las directrices que establece el PND y PROSEA que tuvo en cuenta los avances y lecciones aprendidas de los modelos desarrollados con anterioridad, tanto a nivel federal como estatal.

De esta forma, el Programa Sectorial de Salud 2013–2018 estableció seis objetivos asociados a las metas nacionales que contempla el PND. Éstos se orientan hacia la protección de la salud y prevención de enfermedades, accesibilidad a servicios de salud con calidad, reducción de los riesgos que afectan a la salud, igualdad y la equidad en el ámbito de salud, generación y uso efectivo de los recursos, así como al avance en la universalización de la salud.

Por su parte, el MAI tiene como objetivo general “contribuir a homogenizar los servicios y prácticas del sector salud, así como, optimizar la utilización de los recursos y la infraestructura disponible, incentivando los mecanismos y procesos de la participación ciudadana democrática, para avanzar hacia el acceso efectivo y universal a la protección de la salud”.

Como parte del desarrollo, se encuentra la integración de redes de servicios de salud y la participación de la sociedad en el ámbito de la mejora de la salud, se potencia la Red Mexicana de Municipios por la Salud, la cual tiene como objetivo impulsar el desarrollo y fortalecimiento de los municipios, facilitando y fomentando el intercambio de conocimientos y experiencias de promoción de la salud, con el fin de incidir positivamente en las condiciones de salud y la vida de la población.

Asimismo, entre las políticas de mejora de la calidad en los servicios de salud, se están promoviendo esquemas dirigidos a establecer una garantía mínima en la prestación de atención médica, específicamente en el ámbito de acreditación de establecimientos que prestan servicios de salud.

En este contexto de referencia estratégica, el Gobierno del Estado de Tamaulipas ha desarrollado el Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022, el cual recogió las demandas en salud de la población y se encuentra adaptado a las características propias del Estado. En el ámbito de la salud, el Plan establece como objetivo “mejorar la atención y prevención de los problemas de salubridad más importantes y establecer un sistema de salud moderno, con tecnologías de vanguardia y una cultura de la calidad”.

Asimismo, la Secretaría de Salud se esfuerza por mejorar la prestación de servicios de salud a las y los tamaulipecos con carácter general, habiendo desarrollado programas específicos en todos los grupos etarios.

En este sentido, el presente documento pretende promover la mejora de la atención a la población mediante la respuesta de necesidades generales de salud en el Estado y al enfoque a los requerimientos específicos de regiones vulnerables, estableciendo las prioridades en materia de salud; para lo cual contempla un plan de acción, una hoja de ruta y un modelo de evaluación y seguimiento que permita valorar el cumplimiento de los objetivos propuestos.

5. Modelo de Atención a la Salud

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

Las instituciones que conforman la seguridad social son: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR. Estas instituciones disponen de presupuesto, infraestructura y personal propio, y prestan servicios de atención a las y los trabajadores de la población formal de la economía y a sus familias. Su financiamiento está compuesto por: las contribuciones gubernamentales, del empleador y de las y los empleados.

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

A su vez la atención de salud se organiza en tres niveles. El primer nivel está formado por establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, unidades móviles y centros de salud, entre otros. El segundo nivel de atención lo conforman hospitales y establecimientos donde se prestan servicios de medicina interna, pediatría, gineco obstetricia, cirugía general y otras especialidades. Finalmente, el tercer nivel hace referencia a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especiales y de alta tecnología, mismos que se ofrecen en los hospitales de alta especialidad de la Secretaría de Salud, así como en determinados centros hospitalarios pertenecientes IMSS e ISSSTE.

Actualmente, la Secretaría de Salud de Tamaulipas enfrenta a la implementación del nuevo MAI que desde mediados del año 2015 está impulsando el Gobierno Federal. En este contexto, el MAI promueve la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS), con el objetivo de favorecer modelos basados en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, así como en la creación de un eje de integración estratégica de la red de servicios, donde se establezca el flujo de las personas por las diferentes unidades de salud, constituyendo este objetivo una prioridad para la dependencia.

En este contexto, desde el mes de abril de 2016 el Gobierno de México está impulsando el Sistema Universal de Salud, con el cual se pretende que una persona pueda ser atendida en cualquier institución de salud perteneciente al IMSS, ISSSTE o a las Secretarías de Salud Federal o Estatal con independencia de su afiliación. Para ello, en una primera fase se ha alcanzado un acuerdo sobre el tabulador correspondiente a un cuadro inicial de 715 servicios e intervenciones, para los cuales se prevé el intercambio de pacientes entre las instituciones colaboradoras. No obstante, este acuerdo debe implementarse en los diferentes estados, atendiendo a las necesidades de cada uno de ellos. En este sentido, el Gobierno de Tamaulipas debe potenciar la adopción de este modelo en su territorio de la forma más ajustada a las condiciones de salud de su población, tal y como lo marca el Plan Estatal de Desarrollo.

En Tamaulipas, el acuerdo ofrece cobertura al 95.18% de la población que se enmarca en la atención pública, puesto que el 56.03% de la población es derechohabiente de alguna institución de seguridad social como IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, mientras que el 43.97% es atendido por el Seguro Popular o IMSS-Prospera, al no cotizar o ser familiar de alguna o algún trabajador asegurado en otras instituciones.

Órganos de Gobierno

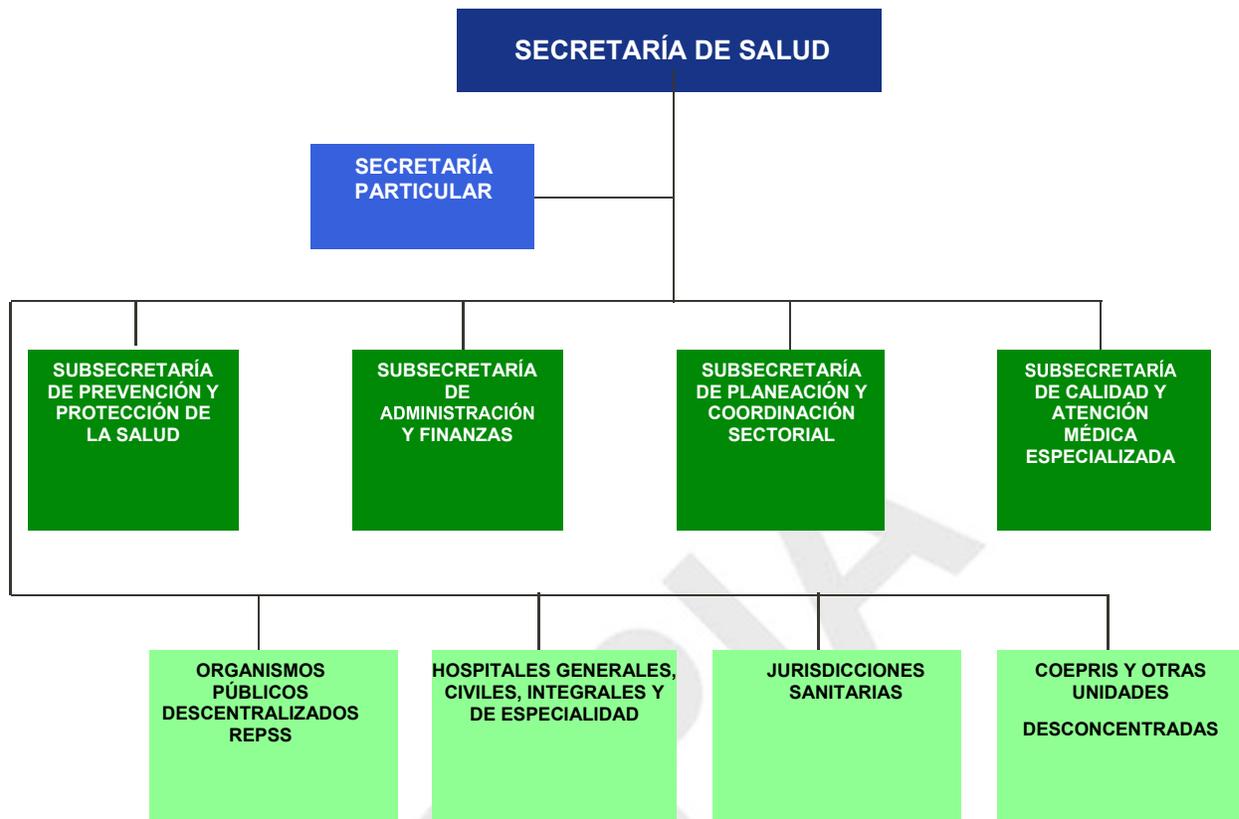
En Tamaulipas, la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas establece las bases para la protección de la salud, el acceso de la población a los servicios de salud proporcionados por el Estado con la concurrencia de los municipios, la gestión en materia de salubridad general y local, así como la mejora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

Asimismo, en los artículos 3º y 4º de la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas, se establecen las autoridades de salud estatales en Tamaulipas y se desarrollan, en artículos posteriores las competencias de cada uno de ellos. De esta forma, la Ley establece como autoridades de salud estatales a las siguientes: el Gobernador del Estado, la Secretaría de Salud, el Consejo General de Salud y los Ayuntamientos, pudiendo la o el Secretario de Salud delegar la autoridad de salud en los jefes de jurisdicción sanitaria.

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

Para la consecución de las competencias que tiene atribuidas, la Secretaría de Salud adopta el siguiente modelo organizativo:

Ilustración 9: Organigrama de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas



Por su parte, el Consejo General de Salud, tal y como establece la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas, es un órgano asesor del Ejecutivo del Estado, en los términos del artículo 145 de la Constitución Política del Estado de Tamaulipas. Este órgano está presidido por la o el titular de la Secretaría de Salud y lo integran representantes de carácter multidisciplinario e intersectorial.

Asimismo, entre otras funciones, los ayuntamientos asumen la operación de los servicios de salud que acuerden con el Poder Ejecutivo del Estado, la administración de las unidades de salud que se descentralicen en su favor, y la formulación y desarrollo de programas municipales de salud.

Jurisdicciones Sanitarias

La Jurisdicción Sanitaria es la base de operación del Sistema Estatal de Salud, la cual integra un determinado número de municipios que varía de uno a siete en el Estado y sus límites coinciden con las demarcaciones geopolíticas. Su conformación se determina por regiones, según sus características geográficas, demográficas, culturales, económicas, políticas, sociales, ambientales y de desarrollo, con el fin de planificar la prestación de los servicios, hacer uso óptimo de los recursos y responder a las necesidades de atención a la salud de la población.

Estas unidades técnico-administrativas son desconcentradas por región de la Secretaría de Salud, con recursos y facultades para otorgar atención médica a sus usuarias y usuarios, conducir programas institucionales o sectoriales y acordar con los municipios y autoridades locales, acciones para alcanzar los objetivos de salud.

En Tamaulipas, estas unidades se crearon en el año 1952 dependientes de los Distritos de Salud y a partir de 1959 son parte de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado. En 1989 se fortalecieron con la estrategia de SILOS y en 1990 se definió la estructura básica jurisdiccional y se formuló su Manual de Organización.

En los últimos años, la Secretaría de Salud Estatal modernizó su estructura para mejorar la organización y funcionamiento, se propuso su reestructuración y evolución con base en indicadores de estructura, desempeño e impacto homogéneos para facilitar la toma de decisiones en los programas sustantivos y administrativos. Asimismo, en el 2012 se autorizó por la Junta de Gobierno del Organismo Público Descentralizado (OPD) denominado Servicios de Salud de Tamaulipas, el incremento de 8 a las 12 jurisdicciones que conforman la organización vigente.

Ilustración 10: Jurisdicciones Sanitarias. Tamaulipas 2016

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

Esta estructura se conformó con base en incrementar la eficiencia, cobertura, resultados y calidad en la atención, tanto en centros de salud, como en hospitales. Con ello se fortalece el ejercicio de la rectoría y regulación en salud y se acerca la toma de decisiones a las localidades para generar acciones oportunas y apropiadas sobre salud pública. De manera complementaria, cada Jurisdicción Sanitaria dispone de su propio diagnóstico de salud.

6. Retos y Tendencias Globales

La evolución de los sistemas de salud en los países desarrollados está condicionada por varios factores que obligan a buscar nuevas fórmulas frente a la necesidad de establecer una mejor oferta de servicios en un escenario de eficiencia y sostenibilidad.

El reto de conseguir sistemas de salud más eficientes, efectivos, de calidad, trato digno y accesibles, que conduzcan a una mejora de la salud y la equidad y a un mayor desarrollo humano, viene condicionado por la demanda creciente de servicios que incrementa el gasto de salud, motivado principalmente por el envejecimiento de la población, la cronicidad y cambios epidemiológicos, junto a una mayor expectativa de la ciudadanía y pacientes que esperan mejores servicios y la reducción del gasto de bolsillo en salud.

Ilustración 11: Condicionantes de la demanda y la oferta de salud



Fuente: Adaptado de Sustainable Health Systems Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios. World Economic Forum McKinsey & Company. Enero 2013

Los modelos y sistemas de salud están por tanto adaptándose a las necesidades de la sociedad, condicionadas por una serie de factores críticos que están haciendo necesario dicho cambio. Estos factores como ya se ha indicado, se centran en evidentes cambios demográficos, que impactan en el envejecimiento de la población, provocado por el aumento progresivo de la esperanza de vida que se viene observando estos últimos años.

Los cambios demográficos afectan al rápido crecimiento de las enfermedades crónicas que, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y tumores, suponen las principales causas de muerte en la población en los países desarrollados. Este aumento del número de pacientes crónicos conlleva un incremento de los recursos necesarios para su atención. Por su parte, en la mayoría de los estados de México, los patrones de mortalidad y morbilidad ya no están dominados por enfermedades contagiosas, si bien enfermedades transmisibles de comportamiento epidémico estacional han desarrollado un comportamiento endémico, así como ha existido un aumento en enfermedades crónico-degenerativas.

Frente a los retos establecidos, el entorno social reclama una adaptación hacia un modelo de atención futuro, cuyo desarrollo se realiza con base en las siguientes tendencias clave:

1. Cambios en el perfil de la y el paciente: Uno de los principales cambios que está experimentando la y el paciente es la preocupación y la sobreinformación de la salud. Todo ello, debido a la abundante presencia tecnológica que permite una mayor conexión e interoperabilidad. Esta nueva era de sobreinformación conlleva un cambio en el modelo de atención en el que vivimos, que consiste en pasar de un modelo de tratamiento de enfermedades crónicas a un modelo de prevención de éstas, mediante la educación y concienciación a la población en la adopción de hábitos que mejoren la salud. Todo esto se hace posible mediante la implantación de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) que favorezca los entornos saludables.

2. Cambios en el modelo organizativo de salud: La revolución en la atención se está orientando a la aparición de formas complementarias de atención y provisión entre las que destacan la importancia de potenciar la atención ambulatoria y domiciliaria como alternativa de atención a la hospitalización convencional, cumpliendo con los indicadores de calidad a menor costo. Por otro lado, el sistema de trabajo en red es una estrategia de tarea en común que se está llevando a cabo, cuyo objetivo es el de conjuntar esfuerzos, evitar duplicaciones y alcanzar una mayor capacidad resolutoria de eficacia y eficiencia.

Estos modelos deben de tener un fuerte carácter anticipatorio y prestarse con calidad, seguridad, continuidad, equidad, flexibilidad y eficiencia, respetando los derechos humanos de las y los pacientes, atendiendo sus necesidades y expectativas.

3. Impacto de las TIC: Los nuevos modelos de atención deben optimizar la infraestructura y tecnología, ya que el uso de los nuevos sistemas de información y sus datos es una de las tendencias globales para dar respuesta a los retos. Un ejemplo se materializa en la implantación o evolución de los sistemas de expediente clínico electrónico, que permiten abrir una nueva frontera en beneficio directo de las y los pacientes con una mejora inmediata de la atención, evitando la presencia de eventos adversos. En este sentido, la evolución de la información debe llevar desde la captura de la actividad clínica hasta modelos de inteligencia clínica y soporte a las decisiones de los profesionales de la salud, pasando por el uso de herramientas de Big Data que están revolucionando la atención a las y los pacientes.

Además, el nuevo modelo de salud desde el apoyo de las tecnologías busca implantar un seguimiento personalizado y la puesta en marcha de servicios médicos no presenciales. Estas tendencias están contribuyendo a la mejora de la eficiencia y el ahorro de costos, al desarrollo de nuevos servicios para la y el usuario y a la prevención de riesgos de salud.

4. Organizaciones activadas por las y los pacientes: Se refiere al involucramiento de la y el paciente en el ámbito de salud desde la autoayuda o autocuidado, como parte esencial de la prestación y gestión de cuidados de forma proactiva en la que se tiene en cuenta su opinión. Hay múltiples evidencias de un mayor control de las patologías en aquellas personas que auto gestionan su enfermedad. Para ello deben establecerse servicios para la mejora de las capacidades de autocuidado con base en recursos formativos y educación, recordatorios electrónicos, y sitios Web interactivos.

5. Condicionamiento político: Los sistemas de salud en los países desarrollados buscan en general un sistema de salud universal, equitativo y solidario; lo que supone un intercambio de recursos y la disminución de costos. Este modelo de atención debe homogenizar los resultados en salud entre distintas instituciones, regiones y entidades para conducir a una mejora de la salud y mayor equidad.

6. Avances médicos: La aparición de nuevos fármacos, tecnologías médicas y la medicina personalizada están transformando por completo la cadena de valor del modelo de atención. De esta manera se evita llegar a enfermedades crónicas o se abordan los tratamientos de los problemas de salud que suponen las enfermedades de alto costo.

7. Búsqueda de la calidad: La calidad es uno de los elementos estratégicos en el cual se fundamenta la transformación y la mejora de los sistemas de salud modernos. Ésta persigue tanto la mejora de las condiciones médicas como la disminución de las muertes por errores médicos e integra a las y los pacientes, personal y proveedores.

8. Incremento de costo en salud: El creciente costo en insumos de operación ha generado una constante demanda de mayores recursos financieros que en regiones específicas se han visto frenados por un entorno de crisis y políticas de austeridad.

7. Características Demográficas

La población del Estado de Tamaulipas, según las estimaciones del CONAPO, alcanzó en el año 2016 los 3,583,295 habitantes, lo que representa el 2.95% de la población total de México. De ellos el 50.74% son mujeres y el 49.26% hombres.

La edad media en el Estado es aproximadamente de 31 años, lo que refleja que Tamaulipas tiene una población joven. A pesar de ello, se encuentra experimentando un proceso paulatino de envejecimiento tal y como reflejan los cambios en su pirámide poblacional, así como los principales indicadores demográficos.

De esta forma, la pirámide poblacional de Tamaulipas para el año 2016 va adquiriendo forma de campana, lo que implica una reducción progresiva de los tramos de edad más jóvenes y un crecimiento de la población en los tramos intermedios de edad, que poco a poco se irán trasladando a los tramos superiores como consecuencia de la disminución en la tasa de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida.

El análisis comparado de las pirámides de población de Tamaulipas entre los años 2016 y 2030 permite ver gráficamente este proceso de transformación.

Ilustración 12: Pirámide poblacional de Tamaulipas (2016-2030) y Tamaulipas (%).

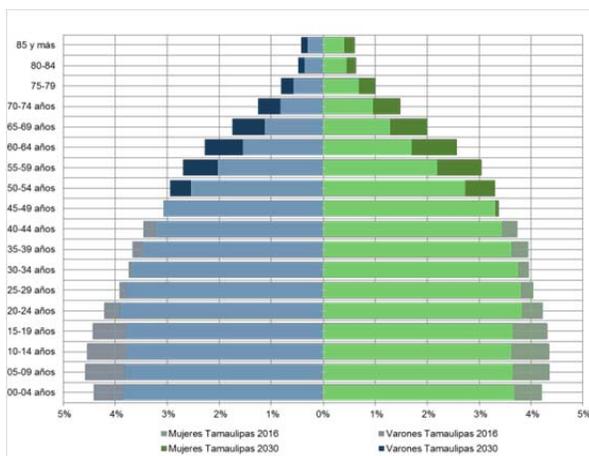
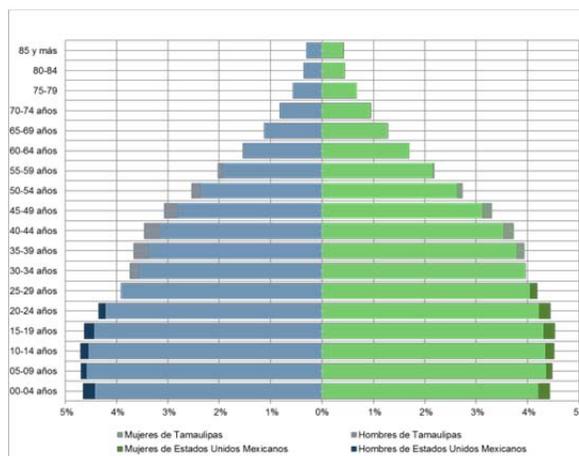


Ilustración 13: Pirámide de población de los Estados Unidos de México Año 2016



Fuente: CONAPO. Población por sexo y edad a principio de año, 2010-2031

Natalidad y Mortalidad

La población de Tamaulipas está experimentando una disminución en el número de nacimientos como consecuencia de un decrecimiento de la tasa de natalidad (número de nacimientos por cada mil habitantes), acompañado de una menor tasa de fecundidad (número de hijas y hijos por mujer). Esta tendencia se debe en parte a las actividades de control de natalidad que la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular de Tamaulipas está desarrollando en el marco de las políticas de población y planificación familiar. Las proyecciones de estos indicadores realizadas por el CONAPO contemplan una continuidad en la tendencia decreciente de estos indicadores para los próximos años.

Por lo que se refiere a la tasa de mortalidad en los últimos años ha presentado una tendencia mínimamente creciente, pasando de 5.28 defunciones por cada mil habitantes en 2010 a 5.46 en 2016, lo que representa una variación a la alza de 3.4% en 6 años. De acuerdo a las estimaciones del CONAPO, se espera que esta tasa siga creciendo lentamente hasta alcanzar 6.62 defunciones por cada mil habitantes en el año 2030.

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

La tasa de crecimiento natural, entendida como tasa de natalidad menos tasa de mortalidad, ofrece un incremento anual de la población de 11.9 por cada mil habitantes. Esta tasa no considera el efecto de los movimientos migratorios en el volumen de la población.

Ilustración 14: Tasa global de fecundidad, Tamaulipas 2010-2016

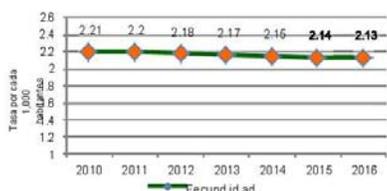
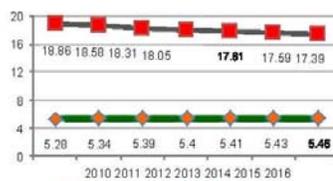


Ilustración 15: Tasa de natalidad y mortalidad Tamaulipas 2010-2016

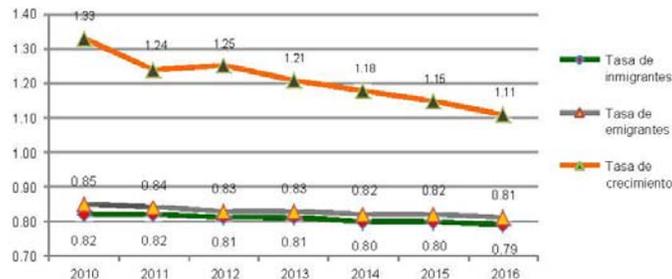


Fuente: Indicadores de demografía 2010-2030 CONAPO y proyecciones 2010-2030

El saldo negativo de los movimientos migratorios en Tamaulipas indica que el número de emigrantes es superior al de inmigrantes, tanto en el ámbito interestatal como el internacional, si bien es poco representativo con relación a la población global. De esta forma la tasa de migración neta en el año 2016, de acuerdo a las estimaciones del CONAPO, era del -0.09%, resultado de la suma de la tasa de migración neta interestatal del -0.02% y de la internacional del -0.07%.

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

Ilustración 16: Tasa de inmigración, emigración interestatal y crecimiento total del Estado de Tamaulipas 2010 – 2016 (%)



Fuente: Indicadores de demográficos 2010-2030 y proyecciones 2010-2030.

Nota: La tasa de crecimiento total expresada en tanto por ciento, es el resultado del impacto en la población del número de nacimientos, de defunciones y del saldo migratorio que experimenta anualmente la población.

Esperanza de Vida

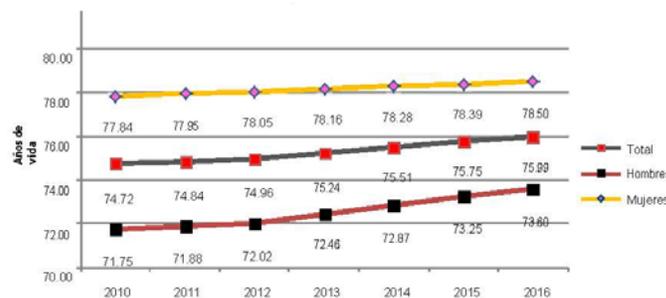
A comienzos de siglo, la esperanza de vida al nacimiento total en Tamaulipas mantenía una tendencia creciente sostenida, que hasta el año 2007 alcanzó un promedio de 75.21 años. A partir de ese año la esperanza de vida tuvo movimientos que hasta el año 2013 la situaron en torno al valor del año 2007, alcanzando 75.24. El análisis por sexo refleja que la esperanza de vida en los hombres sigue esta misma tendencia a la baja, mientras que en el caso de las mujeres nunca ha dejado de crecer.

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

Para el año 2016 la esperanza de vida promedio dentro del Estado de Tamaulipas era de 75.99 años, en mujeres alcanzaba los 78.50 años y en hombres 73.60. El comportamiento de esperanza de vida por sexo refleja mayor sobrevivencia de las mujeres, que en 2016 era de 5.7 años superior en promedio.

De acuerdo a las proyecciones del CONAPO, la esperanza de vida total incrementará un año al 2018, dos años a 2027 y a 2030 la ganancia será de 2.43 años. En hombres se aprecia un incremento mayor, ya que al año 2030 se alcanzarán hasta 3.1 años más, mientras que las mujeres en este periodo incrementarán 1.78 años. Asimismo, se aprecia que la brecha entre hombres y mujeres disminuye de 5.7 a 4.4 años entre los años 2013 y 2030.

Ilustración 17: Esperanza de vida al nacimiento Tamaulipas 2010-2016



Fuente: Indicadores demográficos 2010-2030 CONAPO y proyecciones 2010-2030

Población por Grupos Específicos de Edad

De forma complementaria al estudio de las pirámides poblacionales, el análisis de la distribución de la población por grupos etarios programáticos refleja el menor peso que de forma progresiva tienen los tramos más jóvenes en la población, frente al mayor peso de los tramos mayores.

En este sentido, en el año 2000 la población menor de 15 años representaba el 33.6%, mientras que en el año 2015 era el 26.6% del total de la población.

La población con edades comprendidas entre los grupos etarios intermedios, de los 15 a los 44 años, experimentan pequeñas variaciones, por el contrario, las personas que tienen entre 45 y 64 años pasaron de representar el 13.3% en el año 2000 al 18.9% en 2015. Igualmente, los mayores de 65 años van adquiriendo peso de forma más paulatina.

Estas variaciones por grupos etarios reflejan la transformación que está experimentando la población en Tamaulipas, pasando de forma progresiva de una población joven a una población cada vez más madura.

Ilustración 18: Crecimiento de la población por grupos etarios programáticos. Tamaulipas 2000-2010

www.youtube.comGrupo etario	2000		2010		2015		% incremento
	N	%	N	%	N	%	
< 1 año	60,893	2.2%	61,904	1.9%	61,450	1.7%	0.91%
1-4 años	243,090	8.7%	259,481	7.8%	245,326	6.9%	0.92%
5 a 14	633,043	22.7%	691,627	20.7%	636,168	18.0%	0.49%
15 a 24	552,262	19.8%	584,498	17.5%	610,015	17.2%	10.46%
25 a 44	844,012	30.2%	1,042,216	31.3%	1,080,890	30.5%	28.07%
45 a 64	372,201	13.3%	552,391	16.6%	668,588	18.9%	79.63%
> 65 años	140,367	5.0%	203,445	6.1%	240,929	6.8%	71.64%
Edad fértil	771,193	27.6%	924,142	27.7%	975,605	27.5%	26.51%
Total	2,790,660	100.0%	3,334,551	100.0%	3,543,366	100.0%	26.97%

Fuente: Proyecciones de población 2010-2030, CONAPO.

Geo localización

La mayor parte de la población se concentra en zonas urbanas, esto comprende el 81.7% frente al 18.3% que habita en zonas rurales.

Dentro del ámbito rural, el 12.2% de la población vive en zonas rurales dispersas, en localidades con menos de 2,500 habitantes, mientras que el 6.1% lo hace en zonas rurales concentradas, con una población entre 2,500 y 15,000 habitantes.

Por lo que se refiere al entorno urbano, la mayor parte de la población vive en 5 grandes localidades con más de 250,000 habitantes, el 17.0% se concentra en localidades de tamaño medio entre 50,001 y 250,000, frente a tan solo el 3% que vive en 3 localidades con una población de entre 15,000 y 50,000 habitantes.

Ilustración 20: Población según tamaño de localidad Tamaulipas 2010

Tamaño localidad (Nº de habitantes)	Nº de Localidades	Habitantes
< 2,500	7,299	398,945
2,500 a 15,000	32	199,784
15,000 a 50,000	3	98,580
50,001 a 250,000	5	555,800
> 250,000	5	2,015,445

Ilustración 19: Distribución de la población según el tamaño de la localidad en que habita



Fuente: Censo de población y vivienda 2010. INEGI.

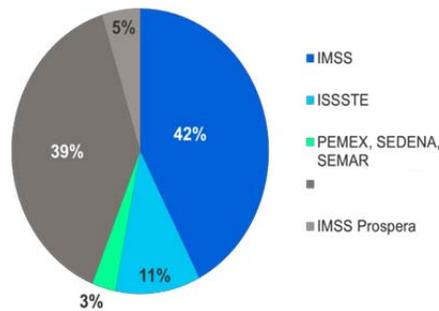
Población con y sin derechohabiencia

La población que en el año 2016, según estimaciones del CONAPO, disponía de seguridad social con base en derechohabiencia ascendía al 56% (2,007,788 habitantes), sin esperar grandes variaciones en los próximos años, de la misma forma, la población que disponía de seguridad social sin derechohabiencia, con base en servicios de IMSS-Prospera y el Seguro Popular ascendía al 44% de la población.

En mayor medida, la población de Tamaulipas con seguridad social está afiliada al IMSS, representando el 42.4% del total de la población, le siguen ISSSTE, con el 10.7% y otras entidades aseguradoras, como el Servicio de Salud de PEMEX, Servicios de Salud de la SEDENA y Servicios de Salud de la SEMAR con el 2.98%.

El análisis de la derechohabiencia por jurisdicciones sanitarias refleja que las poblaciones más pequeñas son las que presentan un menor porcentaje de personas afiliadas a la seguridad social, de esta forma, las jurisdicciones de San Fernando (VII), Padilla (XI), Jaumave (VIII) y Miguel Alemán (IX), son las que presentan respectivamente menores tasas de afiliación a la seguridad social.

Ilustración 21: Distribución de la población según institución de derechohabencia. Tamaulipas 2016



Fuente: Proyecciones de población 2010-2030. CONAPO, SS. DGIS.

Ilustración 22: Población según derechohabencia y jurisdicción sanitaria. Tamaulipas 2016

Jurisdicción Sanitaria	IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR		Seguro Popular, IMSS-Prospera		Total	
	Habitantes	%	Habitantes	%	Habitantes	%
I. Victoria	234,025	54.39	196,253	45.61	430,278	100
II. Tampico	318,722	61.03	203,501	39	522,223	100
III. Matamoros	317,099	59.74	213,681	40.26	530,780	100
IV. Reynosa	410,046	59.29	281,526	40.71	691,572	100
V. Nuevo Laredo	250,165	59.67	169,102	40.33	419,267	100
VI. El Mante	104,050	56.60	79,798	43.4	183,848	100
VII. San Fernando	18,411	26.06	52,225	73.94	70,636	100
VIII. Jaumave	18,401	31.04	40,874	68.96	59,275	100
IX. Miguel Alemán	29,607	41.72	41,362	58.28	70,969	100
X. Valle Hermoso	105,995	53.96	90,426	46	196,421	100
XI. Padilla	20,459	27.54	53,835	72.46	74,294	100
XII. Altamira	180,808	54.18	152,924	45.82	333,732	100
Estado	2,007,788	56.03	1,575,507	43.97	3,583,295	100



Pobreza y Marginación

De acuerdo con el artículo 36 de la Ley General de Desarrollo Social, la pobreza se mide con base en 7 dimensiones, que permiten conocer el grado de carencias con el que cuenta la población de un determinado país, estado o comunidad.

Dimensiones de medición de la pobreza según la Ley General de Desarrollo Social, 2014



Fuente: Creación propia con datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

Con ese antecedente, existen 2 grados específicos de medición de la pobreza en nuestro país, pobreza y pobreza extrema. En este sentido, el CONEVAL considera como pobreza a la situación en la que determinada población tiene al menos una carencia social dentro de los ámbitos previamente señalados y un ingreso por debajo de la línea de bienestar, que para el 2014 era de \$2,542.13 pesos para el sector urbano y \$1,614.65 para el rural.

Por otro lado, el mismo CONEVAL considera pobreza extrema a la situación en la que una población o grupo de personas mantiene su ingreso por debajo de la línea de bienestar y cuenta con 3 o más de las carencias sociales previstas.

Con ese antecedente, el CONEVAL con apoyo de datos del INEGI identificó que en México en el 2014 existían 55.3 millones de personas en situación de pobreza, equivalente al 46.2% de la población, con un promedio de 2.3 carencias por cada una. Además, existían 11.4 millones de personas en situación de pobreza extrema, equivalente al 9.5% de la población, con 3.6 carencias sociales en promedio.

No obstante, existe otro grueso de la población en situación de vulnerabilidad ante la pobreza por dos razones, ingreso y carencias sociales. Así, 31.5 millones de personas, correspondiente al 26.3% de la población del país, se encontraba en una situación comprometida, al presentar un promedio de 1.8 carencias. Además, 8.5 millones de personas, relacionado con el 7.1% de la población de 2014, contaba con un ingreso muy cercano a la línea de bienestar y con tendencia a la baja, lo que podría ponerlos en riesgo, acercándolos a la línea de pobreza.

A nivel nacional las principales carencias sociales son el acceso a servicios básicos en la vivienda (incremento de 2.2% en 2014) y acceso a la alimentación (incremento de 2.3% en 2014), mientras que el acceso a servicios de salud (-13.9% de población con esta carencia) y la calidad y espacios en la vivienda (-2.2% de población con esa carencia) son los elementos que más terreno ganaron, para no convertirse en las primeras causas asociadas con pobreza.

En Tamaulipas por su parte, la pobreza incrementó en 1.1%, equivalente a 15 mil de personas. Hablando de pobreza extrema, ésta tuvo el comportamiento opuesto, al disminuir 5.3%, en relación con periodos anteriores.

Las principales causas de la pobreza y pobreza extrema caracterizadas en el Estado son: el rezago educativo con 289 mil personas, equivalente el 5.4% de la población y el acceso a servicios básicos de la vivienda con 387 mil personas, equivalente al 10% de la población total.

Afortunadamente el panorama parece avanzar hacia una mejor situación en la que la calidad de espacios en la vivienda y el acceso a seguridad social disminuyeron su participación como carencias sociales en 20.2% y 8% respectivamente (CONEVAL, 2014).

Mientras el indicador de pobreza como medida de la desigualdad en nuestro país se establece con base en umbrales, existe una medición complementaria que enfatiza el tema territorial, para referirse al número de personas con ciertas características que habitan en zonas marginadas.

En este sentido, el CONAPO ha definido marginación como el proceso estructural relacionado con el desarrollo económico del país, que hace compleja la propagación del progreso en todos los grupos sociales, lo cual repercute en la estructura productiva y se expresa en desigualdades territoriales (CONAPO, 2012).

Con ello, las comunidades marginadas se caracterizan por ser vulnerables socialmente y estar inmersas en un proceso de difícil mitigación, ya que sus causas no se encuentran relacionadas con un modelo productivo y económico extrínseco que no brinda las mismas oportunidades para todos.

Al igual que la pobreza, la marginación se define a través de 4 dimensiones que incluyen: educación, vivienda, distribución de la población e ingresos monetarios.

Dimensiones de marginación en México, última actualización 2015



Fuente: Creación propia con datos de CONEVAL

Tamaulipas es uno de los 9 estados de la República con grado de marginación bajo. Ocupa el lugar número 24 de 32, sólo por debajo de la Ciudad de México, Nuevo León, Baja California, Coahuila, Aguascalientes, Jalisco, Colima y Sonora.

Su índice de marginación es -0.616% y se compone principalmente de aspectos relacionados con ingresos monetarios, de población ocupada con ingresos de hasta dos salarios mínimos, con 37.39% y de la población en localidades con menos de 5,000 habitantes con 13.92%. A ello le sigue un tema de distribución de la población en donde el 28.69% se mantiene en viviendas con algún nivel de hacinamiento (CONAPO, 2015).

Cohesión Social

Para medir el grado de cohesión social, el CONEVAL emplea 4 indicadores:

1. **Coefficiente de Gini.** Mide la desigualdad económica de la sociedad, a través del estudio de la concentración de los ingresos de la población. Este indicador toma valores en un rango entre 0 y 1, donde 1 refleja el valor máximo de desigualdad en la distribución del ingreso y 0 el valor mínimo o aquellas condiciones de mayor equidad en cuanto a la distribución de los ingresos (CONEVAL, 2010)
2. **Razón de ingreso.** Identifica la brecha entre los ingresos de las personas en pobreza extrema respecto a las personas que no son pobres o no son vulnerables a la pobreza. Se calcula dividiendo el ingreso promedio de la población en pobreza extrema entre el ingreso de la población no pobre/no vulnerable.
3. **Grado de polarización social.** Permite conocer las diferencias entre las condiciones de vida de la población que vive en el mismo municipio o dentro de la misma entidad. Para su cálculo se emplea el índice de marginación del CONAPO, de donde se elabora la siguiente clasificación:

Tipo de municipio/entidad

Polarizado: Un tercio o más de su población, muestra condiciones favorables en sus viviendas, ingresos, nivel educativo, mientras que otro tercio o más, presenta la condición contraria, es decir condiciones precarias en el rubro.

Polo de alta marginación (izquierdo): La mayor parte de su población mantiene condiciones precarias en viviendas, bajos ingresos y bajos niveles educativos.

Polo de baja marginación (derecho): La mayor parte de su población presenta condiciones favorables en viviendas, ingresos y niveles educativos.

Sin polo: Considera a la población que no pertenece a los polos de alta y baja marginación o a los polarizados.

4. **Índice de percepción de redes sociales.** Mide la percepción de la población respecto a la facilidad para recibir ayuda de sus redes sociales en caso de enfrentar alguna situación, desde ser cuidado en una enfermedad, obtener dinero, conseguir trabajo, etc.

Al respecto, Tamaulipas se encuentra por debajo de la media nacional de desigualdad, al presentar un coeficiente de Gini de 0.45 vs un 0.50 del país. Por otro lado, su razón de ingreso es 0.03 puntos (0.11) por arriba de la media del país (0.08). Además, en cuanto a la percepción de redes sociales o la percepción de facilidad para ser apoyado por alguna red social o comunidad, la entidad presenta un nivel medio.

En conjunto las mediciones anteriores hacen que la entidad presente un grado de cohesión social alto, en el que la desigualdad social, la brecha de ingresos, las diferencias en el nivel de vida y el grado de apoyo entre las redes de personas se encuentran por arriba del nivel aceptable y con una gran oportunidad de mejorar (CONEVAL, 2010).

8. Estado de Salud

Morbilidad

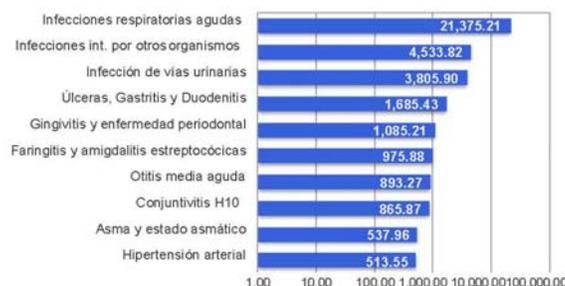
El Sistema Estatal de Salud integra la información de todas las instituciones del sector salud, incluso las privadas, en lo relativo a la morbilidad de la población. De esta forma, el sistema de la notificación semanal de casos nuevos de enfermedad reporta un total de 113 padecimientos. De ellos, 100 son padecimientos de mayor frecuencia y los 13 restantes deben ser notificados de forma inmediata, aunque también se incluyan en el reporte semanal.

Estos casos se relacionan con las siguientes enfermedades: fiebre amarilla, peste, fiebre recurrente transmitida por piojos, tifo epidémico, tifo murino, fiebre manchada, encefalitis equina venezolana, meningitis por haemophilus influenzae, fiebre del oeste del nilo, efectos indeseables de las vacunas y/o sustancias biológicas, poliomieltis, meningoencefalitis amebiana primaria e intoxicación por picadura de abeja africanizada.

En los últimos 5 años se han incrementado el número de casos nuevos notificados pasando de 1,295,598 en el año 2010 a 1,467,747 en 2015, siendo las tasas respectivamente por cada 100,000 habitantes de 39,659 y 41,422.

En el Estado de Tamaulipas las principales causas de enfermedades notificadas para el conjunto de la población se recogen en la gráfica adjunta.

Ilustración 23: Principales causas de enfermedades notificadas en población total (Tasa por cada 100,000 habitantes). Tamaulipas, 2015.



Fuente: SUIVE. Secretaría de Salud Tamaulipas

El análisis por grupos programáticos de población refleja que en todos los casos se mantiene como primera causa de morbilidad la relacionada con infecciones respiratorias agudas, sin embargo, para los menores de 20 años en todos los tramos de edad la segunda causa de morbilidad son las infecciones intestinales por otros organismos, seguidas por faringitis y amigdalitis estreptocócicas. Asimismo, otras enfermedades que se encuentran entre las 10 primeras de impacto en el Estado, son conjuntivitis, asma, otitis media aguda e infecciones de las vías urinarias. Si bien existen otras que no figuran entre las más recurrentes en edades adultas como neumonías, bronconeumonías y escabiosis.

En los menores de 10 años también se encuentran enfermedades propias de edades más jóvenes como varicela, que a pesar de que es una enfermedad prevenible por vacunación no se encuentra recogida en el esquema oficial de vacunación.

En el caso de las personas mayores de 19 años, la segunda y tercera causa de morbilidad varía entre infecciones de las vías urinarias e infecciones intestinales por otros organismos. De forma característica entre los segmentos de edad de 20 a 45 años, figura como 9ª y 10ª causa de enfermedad la vaginitis aguda y la candidiasis urogenital vinculadas a enfermedades de transmisión sexual y que no figuran entre las principales causas de enfermedad de la población de mayor edad.

Asimismo, otras enfermedades que figuran entre las principales en todos los tramos de edad adultos son úlceras, gastritis y duodenitis, así como gingivitis y enfermedades periodontales.

De igual forma a partir de los 45 años las enfermedades crónicas como diabetes mellitus no insulino dependiente e hipertensión arterial, figuran entre las principales causas de morbilidad. A partir de los 65 años aparecen entre las enfermedades más frecuentes: patologías propias de la edad, como hiperplasia de la próstata e insuficiencia venosa periférica.

Morbilidad Hospitalaria

En lo que se refiere a los principales motivos de hospitalización, en términos globales destacan las causas obstétricas, parto único espontáneo y aborto que en conjunto representan el 33% de egresos. Asimismo, los traumatismos son la tercera causa, mientras que las enfermedades crónicas y el cáncer acumulan el 10%.

Igualmente considerando a las entidades aseguradoras, entre los principales motivos de egresos figura el código 160 correspondiente a las causas obstétricas directas, salvo en el caso de PEMEX, cuyos principales motivos de alta son los traumatismos y envenenamientos, los cuales también son muy representativos en el caso de la SEMAR y el ISSSTE.

Ilustración 24: Total de egresos hospitalarios. Sector Salud. Tamaulipas. Año 2015

Causas	Institución						Gran Total
	Salud	IMSS Prospera	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	
160 Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)	15,056	691	11,125	1,337	175	271	30,354
161 Parto único espontáneo	15,900	659	8,031	183	15	56	26,386
166 Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	6,105	250	5,361	1,159	1,572	259	14,339
126 Colelitiasis y colecistitis	3,293	203	3,059	811	427	68	8,144
159 Aborto (solo morbilidad)	3,321	151	2,773	194	102	23	7,034
163 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	4,222	95	2,009	115	74	50	6,825
049 Tumores malignos	1,625	28	3,648	517	873	32	6,651
097 Enfermedades del corazón	2,323	163	2,401	1,058	533	69	6,574
061 Diabetes mellitus	2,491	199	2,394	725	239	77	6,117
120 Hernia de la cavidad abdominal	1,529	131	2,046	327	242	59	4,285
Otras causas	28,429	1,442	31,671	8,160	6,951	913	77,566
Total	88,079	4,012	74,518	14,586	11,203	1,877	194,275

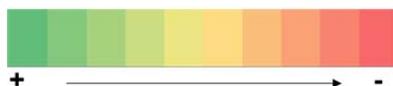


Fuente: DGIS Cubos Dinámicos 2015 Sector Salud (SS, IMSS, IMSS-Prospera, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, Otros)

Los egresos hospitalarios generados en las unidades particulares en el Estado fueron en total 37,452. El 66.3% corresponden a mujeres. Las principales causas de egresos son el embarazo, parto y puerperio con el 24.6%, le siguen en frecuencia las enfermedades digestivas con el 12.7%, los traumatismos y envenenamientos con el 9.7% y las enfermedades del sistema respiratorio y el genitourinario con frecuencia menor.

Ilustración 25: Principales causas de egreso hospitalario según código CIE 10 en establecimientos particulares, según sexo, Tamaulipas 2014

Grupo de diagnósticos de egreso	Total		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Embarazo, parto y puerperio	9,244	24.68	0	0	9,244	37.12
Enfermedades del sistema digestivo	4,790	12.79	2,186	17.42	2,604	10.46
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	3,643	9.73	2,073	16.52	1,570	6.30
Enfermedades del sistema respiratorio	3,324	8.88	1,746	13.92	1,578	6.34
Enfermedades del sistema genitourinario	2,973	7.94	1,169	9.32	1,804	7.24
Resto de los grupos de diagnósticos	13,478	35.99	5,373	42.82	8,105	32.54
Total	37,452	100	12,547	33.50	24,905	66.50



Fuente: INEGI. Dirección General de Estadísticas Económicas. Estadísticas de Salud.

Ilustración 26: Egresos hospitalarios por especialidad e institución, Tamaulipas 2015

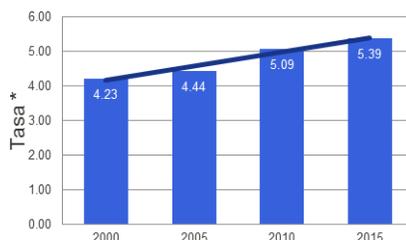
Institución	Egresos hosp de medicina interna	Egresos hosp de cirugía	Egresos hosp de ginecoobstetricia	Egresos hosp de pediatría	Egresos hosp de otras especialidades	Total
Secretaría de Salud	15,958	14,533	41,273	13,661	4,270	89,695
IMSS Oportunidades	763	1,281	2,160	232	81	4,517
IMSS	13,084	17,807	15,787	7,314	-	53,992
ISSSTE	5,108	5,492	2,630	834	-	14,064
PEMEX	1,475	2,013	1,047	552	4,640	9,727
SEDENA	71	321	94	146	94	726
SEMAR	325	190	314	148	465	1,442
Total	36,784	41,637	63,305	22,887	9,550	174,163

Fuente: DGIS Cubos Dinámicos 2015 Sector Salud

Mortalidad

Durante el periodo 2000 a 2015, las tasas de mortalidad se incrementaron progresivamente, pasando de 4.23 a 5.39 defunciones por cada 1,000 habitantes.

Ilustración 27: Tasa de mortalidad general en Tamaulipas (Nº de defunciones por cada 1,000 habitantes)



Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones.

La mortalidad presenta características específicas relacionadas con el sexo, como consecuencia de factores biológicos y sociales. La mujer tiene mayor sobrevivencia, por exponerse menos a accidentes y por adoptar menos conductas de riesgo, lo cual disminuye la mortalidad. La información estatal muestra que en el año 2000 se observó que 55.7% de defunciones fueron del sexo masculino y el 44.3 del femenino, para el año 2010 los valores fueron 58.9 y 41.1, y para el 2015, de 55.96 y 44.04, respectivamente.

Ilustración 28: Porcentaje de defunciones según sexo, Tamaulipas 2000-2015

Sexo	2000		2005		2010		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	6,581	55.70	7,677	56.20	10,001	58.9	10,694	55.96
Femenino	5,226	44.30	5,978	43.80	6,968	41.10	8,414	44.04
Total	11,807	100	13,655	100	16,969	100	19,108	100

Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológico de las Defunciones.

Principales Causas de Mortalidad General

Las diez principales causas de defunción en 2015 incluyen nueve causas no transmisibles y una transmisible, siendo ésta las infecciones respiratorias agudas bajas, que ocupan el octavo lugar con una tasa de mortalidad de 15.27 por cada 100 mil habitantes. Las causas de mayor frecuencia son diabetes mellitus con 86.70, enfermedades isquémicas del corazón con 84.07, tumores malignos 71.1 seguidos de enfermedad cerebrovascular con 26.84.

Al comparar las principales causas de defunción de 2015 con las ocurridas en el año 2000, se aprecia en este año la ausencia de enfermedades transmisibles, enfocándose en enfermedades no transmisibles o accidentes por vehículo de motor y agresiones. Destaca que en el 2015 las tasas son superiores. Este comportamiento convalida que en 15 años las enfermedades crónicas ocupan casi la totalidad de las primeras causas de muerte.

Ilustración 30: Principales causas de mortalidad general en Tamaulipas. Año 2015 (por cada 100,000 habitantes)

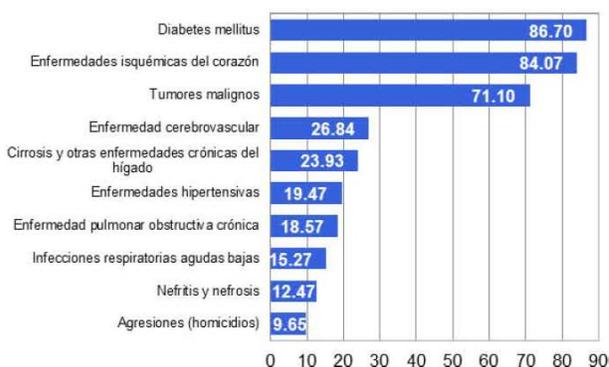
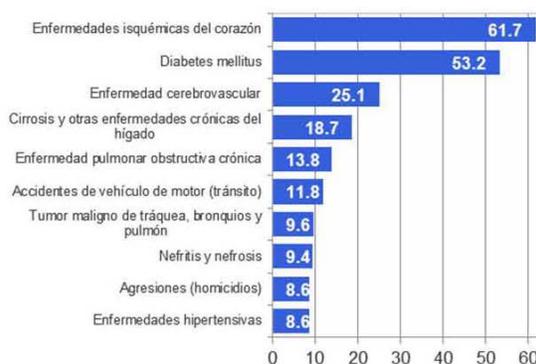


Ilustración 29: Principales causas de mortalidad general en Tamaulipas. Año 2000 (por cada 100,000 habitantes)



Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones.

A continuación, se explican las principales causas de mortalidad general en el 2015.

Primera causa. Diabetes mellitus. Las 3,072 muertes por esta causa son el 16.1% del total de defunciones del Estado, con una tasa de 86.7 por cada 100 mil habitantes. El 58.2% corresponden a diabetes mellitus no insulino dependiente, la diabetes mellitus no especificada con el 40.2%, la diabetes mellitus insulino dependiente el 1.1% y la relacionada con desnutrición, el 0.4%. El incremento en la tasa en el periodo 2000-2015, es del 62.9%.

Segunda causa. Enfermedades isquémicas del corazón. Representan el 15.6% del total de defunciones del Estado con una tasa de 84.1 por cada 100 mil habitantes. De las 2,979 defunciones, el 89.3% corresponden al infarto agudo al miocardio, en segundo término, está la enfermedad isquémica crónica del corazón con el 7.5%, mientras que el resto de las causas son de muy baja frecuencia. La diferencia de tasas entre 2000 y 2015, muestra un incremento del 36.3% que implica mayor riesgo de muerte por esta causa.

Tercera causa. Tumores malignos. Representan el 13.2% de todas las defunciones en el Estado con una tasa de 71.1 por cada 100 mil habitantes, en total son 2,520 muertes por esta causa, de las cuales las más frecuentes son el tumor maligno de hígado con tasa de 7.5, le siguen tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón con tasa de 7.5, tumor maligno de mama con 6.7, tumor maligno de próstata con 6, y de colon y recto con 5.6. Los linfomas ocupan el noveno lugar con 3.1 y las leucemias el décimo con 3.

Las tasas por tumores malignos entre el 2000 y el 2015 pasaron de 63.7% a 71.1%. En esta área, presentan el mayor aumento el tumor maligno de útero 57.6%, tumor maligno de colon 55%, tumor maligno de próstata 44.4% y tumor maligno de mama 33.6%. Por su parte, los tumores malignos con decremento son: de esófago -49%, tumor maligno de tráquea -29% y tumor maligno del cuello del útero -51.9%.

Cuarta causa. Enfermedad cerebro vascular. Fallecieron por esta causa 951 personas, que representan el 5% de las defunciones totales, con una tasa de 26.84 por cada 100 mil habitantes. De las causas que la integran el 24.9% son otras enfermedades cerebrovasculares, hemorragia intracefálica con el 22.44%, accidente vascular encefálico agudo con 22%, secuelas de enfermedad cerebrovascular con el 10.6%, otras causas como infarto cerebral, hemorragia subaracnoidea y hemorragias intracraneales no traumáticas con porcentajes menores a 6.2%. La diferencia de tasas por esta causa entre 2000 y 2015 refleja 7% de incremento, lo que indica un comportamiento estable.

Quinta causa. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Agrupa a 848 defunciones, el 4.4% del total del Estado con una tasa de 23.93 por cada 100 mil habitantes. Sus principales componentes son las muertes por fibrosis y cirrosis del hígado con tasa del 15.4, enfermedad alcohólica del hígado con 4.1 y cirrosis ocasionada por insuficiencia hepática o hepatitis crónica con tasas menores a 3.9. La diferencia de tasas entre el año 2000 y 2015 muestra un incremento del 28.2%, que es muestra de un riesgo mayor de muerte por esta causa.

Sexta causa. Enfermedades hipertensivas. Fallecieron por esta causa 690 personas, el 3.61% del total con tasa de 19.47 por cada 100 mil habitantes. La enfermedad renal hipertensiva con tasa de 5.81 es la causa más frecuente de este grupo, mientras que la enfermedad cardíaca hipertensiva con insuficiencia cardíaca tiene una tasa de 3.78. El incremento de las tasas por esta causa en el periodo 2000 y 2015 es del 126.4%, lo que indica que el riesgo de muerte se ha incrementado significativamente y obliga a tomar medidas de prevención y control inmediatas.

Séptima causa. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Fallecieron 658 personas por esta causa, conjuntando el 3.44% del total, con una tasa de 18.57 por cada 100 mil habitantes; sus principales componentes son, enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada con una tasa de 11.06, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección aguda con tasa de 4.74 y el enfisema con una tasa de 1.81. En el periodo 2000 al 2015 se muestra un incremento en las tasas del 35% que implica mayor riesgo de morir por estas enfermedades.

Octava causa. Infecciones respiratorias agudas bajas. Ocurrieron 541 defunciones por esta causa, que representa el 2.83% del total, con una tasa de 15.3 por cada 100 mil habitantes. Entre las entidades nosológicas agrupadas está la neumonía por organismo no especificado con una tasa de 11.29, infección aguda no especificada de vías respiratorias inferiores y el resto de causas como influenza, neumonía viral, bronquitis aguda, bronquiolitis aguda presentan tasas menores a 0.9. En el 2010 esta causa no se registró entre las diez primeras.

Novena causa. Nefritis y nefrosis. Ocurrieron 442 defunciones por esta causa, el 2.31% del total, con una tasa de 12.47 por cada 100 mil habitantes; entre las causas que integra está insuficiencia renal crónica no especificada con una tasa de 7.82, insuficiencia renal aguda no especificada con una tasa de 1.04, enfermedad renal crónica etapas 4 y 5, así como el síndrome nefrítico, el síndrome nefrótico y las nefritis, tienen tasas menores a 0.76. El riesgo de morir por esta causa entre el 2000 y el 2015 aumentó en un 32.4%.

Décima causa. Agresiones (homicidio). Ocurrieron 342 defunciones, el 1.8% del total, con una tasa de 9.65. Los principales tipos de agresión fueron: agresión con disparo de arma de fuego con una tasa del 4.97 por cada 100 mil habitantes, agresión con objeto cortante con una tasa de 2.09, agresión por ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación con una tasa de 0.82 y el resto de agresiones, con objeto romo, ahogamiento, agresión con humo, fuego o llamas o por colisión de vehículo de motor y por medios no especificados, tienen tasas menores al 0.34. El incremento en las tasas en el periodo 2000 a 2015 fue de 11.8%, no obstante es relevante señalar que de 2011 a 2014 las tasas han variado de 22.0 a 45.2 por cada 100 mil habitantes, hasta llegar en 2015 a 9.65, situación que indica disminución en el riesgo de muerte por homicidio.

Ilustración 31: Principales causas de mortalidad por derechohabiencia. Tamaulipas 2016

Subcategoría	N.E.	S.D.	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	S.P.	OTRA	IMSS OP.	SE IGNORA	Total
Enfermedades isquémicas del corazón	124	398	1,204	305	128	9	9	907	52	2	143	3,281
Diabetes mellitus	70	180	1,428	355	127	9	4	826	43	7	48	3,097
Enfermedad cerebrovascular	12	69	463	102	51	2	-	299	15	1	30	1,044
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	19	116	303	75	22	3	4	299	8	2	26	877
Enfermedades hipertensivas	24	51	295	69	34	2	1	172	12	-	18	678
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8	47	289	71	10	4	-	207	16	1	9	662
Agresiones (homicidios)	9	206	97	28	7	2	1	196	14	-	22	582
Infecciones respiratorias agudas bajas	9	51	248	47	37	1	-	148	11	2	8	562
Nefritis y nefrosis	9	29	221	39	21	1	-	130	2	-	8	460
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	5	68	84	30	4	6	-	49	5	-	20	271
TOTAL Principales Causas (Incluye otras)	396	1,569	6,311	1,487	618	50	26	4,317	245	27	435	15,481
Total General (Incluye mal definidas)	494	2,043	8,072	1,875	835	72	41	5,437	303	40	587	19,799

S.D. = Sin Derechohabiencia

S.P. = Seguro Popular

Fuente: Secretaría de Salud de Tamaulipas. Principales causas de mortalidad 2016, por residencia y derechohabiencia.

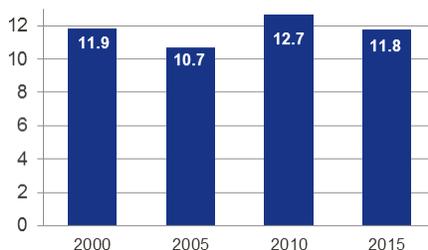
Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil es un indicador que refleja las condiciones de vida de la población menor a 1 año de edad y permite establecer comparaciones en los ámbitos estatal, nacional e internacional. La mortalidad infantil en el año 2000 presentó 732 defunciones, mientras que para el año 2015 hubo un decrecimiento hacia 703 fallecimientos, su comportamiento muestra una tendencia estable que pasó de 11.9 a 11.8 defunciones por cada mil nacidos vivos en el periodo 2000 a 2015.

Las principales causas de mortalidad en este grupo de edad incluyen dos enfermedades transmisibles, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades infecciosas intestinales, que representan el 4.5% de las muertes. La mayor cantidad de muertes están relacionadas con causas del periodo perinatal, con el 87.84%, mismas que incluyen asfixia y trauma al nacimiento, enfermedades congénitas y prematuridad.

Las causas de mortalidad infantil entre 2000 y 2015 presentan las características siguientes: en este último año no se registran muertes por meningitis, nefritis y nefrosis que ocupaban los lugares nueve y diez en el 2000, las enfermedades transmisibles muestran decrementos significativos en el periodo, las infecciones respiratorias agudas tienen un decremento del 44.4%, y las enfermedades infecciosas intestinales del 88%. Las afecciones perinatales muestran un decremento de 10.1 %, no así las defunciones por bajo peso al nacimiento y prematuridad que incrementaron 32.5%.

Ilustración 32: Tasa de mortalidad en menores de 1 año en Tamaulipas. Años 2000-2015



Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones. SEED.

Ilustración 33: Principales causas de mortalidad infantil por derechohabencia. Tamaulipas 2016

Subcategoría	N.E.	S.D.	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	S.P.	OTRA	IMSS OP.	SE IGNORA	Total
Afección y trauma al nacimiento	13	27	56	3	2	1	-	95	3	2	9	211
Malformaciones congénitas del corazón	2	6	33	-	1	-	-	20	-	-	2	64
Bajo peso al nacimiento y prematuridad	3	11	15	3	-	-	-	11	-	-	2	45
Infecciones respiratorias agudas bajas	-	3	4	-	-	-	-	4	-	-	-	11
Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e Inmunológicas	1	-	4	-	-	-	-	3	-	-	-	8
Anencefalia y malformaciones similares	1	3	-	-	-	-	-	1	-	-	-	5
Enfermedades infecciosas intestinales	-	-	2	1	-	-	-	2	-	-	-	5
Defectos de la pared abdominal	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	4
Desnutrición calórico proteica	-	-	2	-	-	-	-	2	-	-	-	4
Nefritis y nefrosis	-	1	1	1	-	-	-	1	-	-	-	4
TOTAL Principales Causas	20	55	126	8	3	1		149	3	3	13	381
Total General (Incluye causas mal definidas)	33	94	226	20	7	3	1	250	7	4	17	662

S.D. = Sin Derechohabencia

S.P. = Seguro Popular

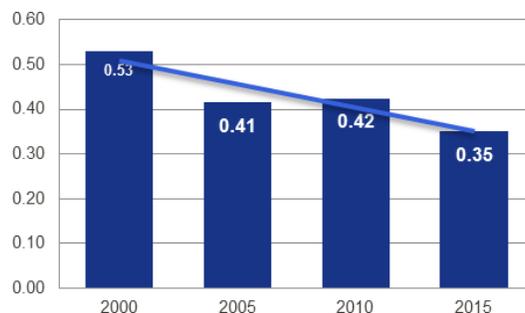
Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones. SEED.

Mortalidad Preescolar

Incluye a las y los niños de 1 a 4 años de edad. Las defunciones ocurridas en el 2010 fueron 129 y han disminuido progresivamente hasta llegar a 86 en el 2015. La tasa de mortalidad en este grupo muestra una clara tendencia descendente, pasó de 0.53 a 0.35 defunciones por cada 1,000 niñas/niños de este grupo de edad.

Las principales causas de mortalidad preescolar son las malformaciones congénitas del corazón, con 14 defunciones totales, seguido por la leucemia con 8 defunciones totales, los accidentes de tráfico de vehículo de motor con un total de 11 y las infecciones respiratorias agudas con 5 defunciones. Es relevante el peso de las causas por accidentes y agresiones a los preescolares que son el 21% de las defunciones de este grupo de edad, ocasionadas por cuatro de sus principales causas.

Ilustración 34: Tasa de mortalidad en niños de 1-4 años. Tamaulipas 2000-2015



Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones. SEED.

Ilustración 35: Principales causas de mortalidad preescolar por derechohabencia. Tamaulipas 2016

Subcategoría	N.E.	S.D.	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	S.P.	OTRA	SE IGNORA	Total
Malformaciones congénitas del corazón	1	-	7	2	-	-	4	-	-	14
Leucemia	-	1	2	2	-	-	1	2	-	8
Accidentes de vehículo de motor (transito)	-	1	1	-	-	1	2	-	1	6
Infecciones respiratorias agudas bajas	-	1	1	-	-	-	3	-	-	5
Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	-	-	2	-	-	-	2	-	1	5
Ahogamiento y sumersión accidentales	-	1	-	-	-	-	-	-	1	2
Asma	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2
Enfermedades infecciosas intestinales	1	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Enfermedades inflamatorias del corazón	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2
Envenenamiento accidental	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2
Total Principales Causas	2	4	22	4	-	1	18	2	3	56
Total General (Incluye mal definidas)	2	10	44	5	1	1	37	4	4	108

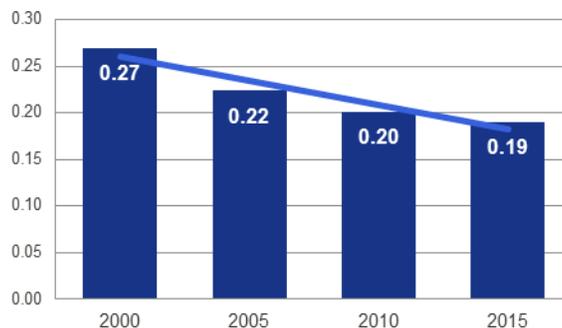
Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones. SEED.

Mortalidad Escolar

La mortalidad escolar incluye las defunciones de niñas/niños de 5 a 14 años de edad que en 2010 ascendió a 156 y en 2015 a 120. La tasa de mortalidad en este grupo de edad muestra una tendencia descendente al pasar de 0.27 a 0.19 defunciones por cada 1,000 niñas/niños de 5 a 14 años de edad.

Las principales causas de muerte en 2016 fueron las agresiones y homicidios con un total de 17 defunciones, seguido de la leucemia con 15, el ahogamiento y sumersión accidentales con 8 y los accidentes de vehículo de motor con 5. Las causas externas, homicidios, ahogamiento y sumersión accidentales y accidentes de vehículo de motor suman el 47% de las principales causas de mortalidad en este rango de edad en el Estado.

Ilustración 36: Tasa de mortalidad en niñas/niños de 5-14 años, Tamaulipas 2000-2015



Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones. SEED.

Ilustración 37: Principales causas de mortalidad escolar por derechohabencia, Tamaulipas 2016

Subcategoría	N.E.	S.D.	IMSS	ISSSTE	S.P.	OTRA	SE IGNORA	Total
Agresiones (homicidios)	-	3	3	-	10	1	-	17
Leucemia	-	2	5	-	8	-	-	15
Ahogamiento y sumersión accidentales	1	1	2	-	3	1	-	8
Accidentes de vehículo de motor (transito)	-	-	1	-	3	-	1	5
Malformaciones congénitas del corazón	-	-	2	-	3	-	-	5
Enfermedad cerebrovascular	-	-	1	1	2	-	-	4
Enfermedades inflamatorias del corazón (exc. Fiebre reumática)	-	1	1	-	1	-	-	3
Infecciones respiratorias agudas bajas	-	-	2	-	1	-	-	3
Desnutrición calórico proteica	2	-	-	-	-	-	-	2
Epilepsia	-	-	1	-	1	-	-	2
TOTAL Principales Causas (Incluye otras)	3	7	23	1	39	4	1	78
TOTAL GENERAL	7	14	51	2	60	6	3	143

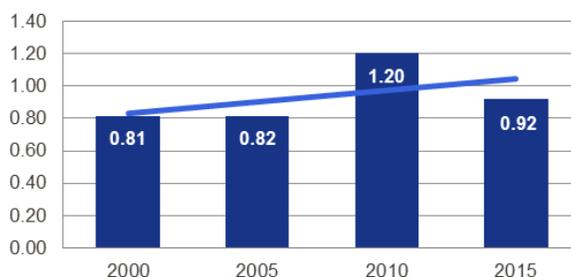
Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones. SEED.

Mortalidad de Adolescentes y Jóvenes

La mortalidad en el grupo de adolescentes y jóvenes presenta una tendencia ascendente, en números absolutos pasó de 450 a 560 decesos en el periodo de 2010 a 2015. En términos relativos, la mortalidad pasó de 0.81 a 0.92 defunciones por cada 1,000 personas de entre 15 y 24 años. Las defunciones en el 2015 representaron el 2.93% de las ocurridas en el Estado.

Predominan como causas de muerte, las agresiones, los accidentes de tráfico y las muertes por ahogamiento y sumersión con defunciones de 158,43 y 26, respectivamente; estas causas agrupan al 34.1% de muertes cuya génesis se vincula con situaciones de entorno y comportamiento. La cirrosis y la anemia son la cuarta y quinta causa de mortalidad con 3 defunciones cada una, seguido de una larga lista de causas con mortalidades bajas y de impacto aislado.

Ilustración 38: Tasa de mortalidad en personas de 15-24 años. Tamaulipas 2000-2015



Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones. SEED.

Ilustración 39: Principales causas de mortalidad en adolescentes y jóvenes por derechohabencia. 2016

Subcategoría	N.E.	S.D	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	S.P.	OTRA	IMSS OP.	SE IGNORA	Total
Agresiones (homicidios)	6	58	17	4	-	-	67	1	-	5	158
Accidentes de vehículo de motor (transito)	1	13	10	5	-	-	9	1	-	4	43
Ahogamiento y sumersión accidentales	1	8	5	-	-	-	10	-	1	1	26
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1	3
Anemia	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	3
Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del Sist. Nervioso Cent	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2
Apendicitis	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Asma	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Caidas accidentales	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Depresión unipolar mayor	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL Principales Causas (Incluye otras)	12	104	91	14	3	-	153	3	1	16	397
TOTAL GENERAL	19	142	150	17	5	1	227	7	2	25	595

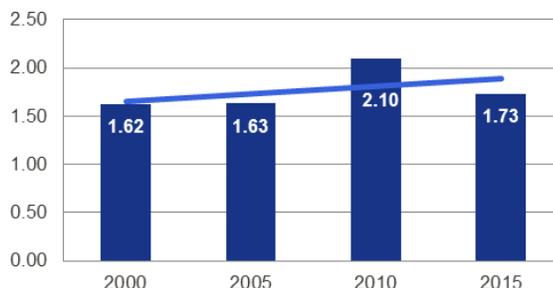
Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones. SEED.

Mortalidad de Adultos Jóvenes de 25 a 44 años

La mortalidad en el grupo de personas en edad productiva de 25 a 44 años tiene un comportamiento ascendente. En el año 2000 ocurrieron 1,371 defunciones y 1,870 en el 2015. La tasa de mortalidad se ha incrementado de 1.62 a 1.73 por cada 100 mil personas de este grupo de edad. En 2015 las defunciones de este grupo etario alcanzaron 9.78% del total de muertes en el Estado.

Las principales causas de muerte son las agresiones, las enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes mellitus, con un número de defunciones de 272, 150 y 148, respectivamente. Cabe resaltar que el total de defunciones por causas externas generan 443 defunciones, siendo el 30% de las principales causas de mortalidad de este rango de edad. La presencia del VIH/SIDA, como quinta causa con 107 defunciones, muestra el impacto de esta enfermedad en este grupo etario y junto con las infecciones respiratorias agudas, son las únicas enfermedades transmisibles identificadas entre las diez más frecuentes.

Ilustración 40: Tasa de mortalidad en personas de 25-44 años, Tamaulipas 2000-2015



Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones. SEED.

Ilustración 41: Principales causas de mortalidad por derechohabencia en personas de 25-44 años.

Subcategoría	N. E.	S. D.	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	S. P.	OTRA	IMSS OP.	SE IGNORA	Total
Agresiones (homicidios)	2	108	46	12	4	2	-	79	5	-	14	272
Enfermedades isquémicas del corazón	5	39	47	6	1	-	-	38	1	1	12	150
Diabetes mellitus	7	9	58	6	1	-	-	63	2	-	2	148
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	2	37	32	12	1	3	-	19	3	-	10	119
VIH/SIDA	3	5	44	3	-	-	-	44	2	-	6	107
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2	27	17	1	-	-	-	41	-	-	8	96
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	1	18	18	-	-	-	-	14	-	-	1	52
Enfermedad cerebrovascular	-	7	19	4	-	-	-	14	1	-	3	48
Infecciones respiratorias agudas bajas	-	3	22	-	2	-	-	17	1	-	1	46
Nefritis y nefrosis	-	6	14	2	2	-	-	15	1	-	2	42
TOTAL Principales Causas (Incluye otras)	30	305	493	56	13	6	1	461	18	2	68	1,453
TOTAL GENERAL	49	424	658	71	21	13	1	601	26	3	95	1,962

2016

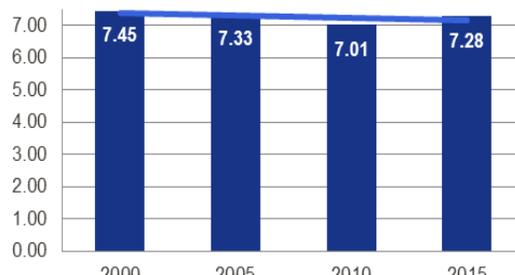
Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones. SEED.

Mortalidad de Adultos de 45 a 64 años

En el grupo de personas en edad productiva de 45 a 64 años, la mortalidad tiene tendencia descendente del 2000 al 2015, pasó de 7.45 a 7.28 por cada 1,000 personas de este grupo de edad. En 2015 se registraron 4,869 defunciones que son el 25.5% de las ocurridas en el Estado.

Las principales causas de muerte en el Estado son las enfermedades no transmisibles, estando en primer lugar a la diabetes mellitus con 1,124 defunciones, que representan el 26.7% de las principales causas de mortalidad en este rango etario y es 17% mayor a la del año 2000. La segunda causa es la enfermedad isquémica del corazón con el 752 defunciones que representan el 17.8% de las principales causas de mortalidad en este rango etario y es 5.6% mayor a la del año 2000. La cirrosis, así como la enfermedad cerebrovascular con 442 y 213 defunciones respectivamente presentan tasas menores a las ocurridas en el año 2000. En quinto lugar emergen las enfermedades hipertensivas y en sexto la nefritis nefrosis.

Ilustración 42: Mortalidad de 45 – 64 años, Tamaulipas 2000-2015



Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones. SEED.

Ilustración 43: Principales causas de mortalidad en adultos por derechohabencia. 2016

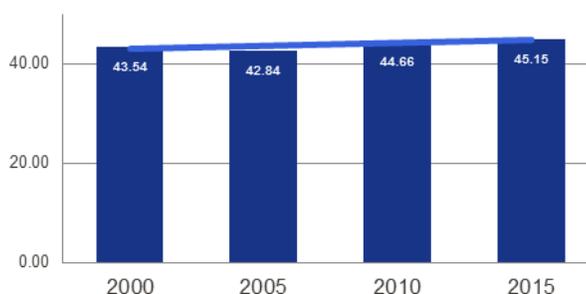
Subcategoría	N.E.	S.D.	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	S.P.	OTRA	IMSS OP.	SE IGNORA	Total
Diabetes mellitus	15	62	549	97	26	2	3	329	15	4	22	1,124
Enfermedades isquémicas del corazón	27	107	253	63	19	1	4	222	15	1	40	752
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6	72	140	31	2	1	2	180	3	-	5	442
Enfermedad cerebrovascular	2	13	97	11	8	1	-	70	3	-	8	213
Enfermedades hipertensivas	3	8	68	10	4	-	-	34	3	-	3	133
Nefritis y nefrosis	5	4	74	10	2	-	-	33	-	-	1	129
Tumor maligno de la mama	1	5	62	18	4	2	-	32	1	-	3	128
Agresiones (homicidios)	1	29	21	12	2	-	1	34	6	-	3	109
Infecciones respiratorias agudas bajas	2	4	46	4	4	-	-	27	2	-	1	90
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	2	4	53	11	1	-	-	12	-	-	1	84
TOTAL Principales Causas (Incluye otras)	83	414	1,799	342	106	11	13	1,250	62	6	125	4,211
TOTAL GENERAL	95	512	2,212	393	130	12	16	1,476	75	9	161	5,091

Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones. SEED.

Mortalidad en Mayores de 65 años

La población mayor de 65 años crece progresivamente por las mejores condiciones en salubridad y de servicios de salud que ahora disponen. La etapa de la vejez está asociada con el deterioro biológico, menor participación laboral y mayor dependencia de la familia y la comunidad. Es el grupo etario con la mayor cantidad de defunciones, en el 2000 fueron 6,111 y se incrementaron significativamente hacia el año 2015 presentando 7,601. La mortalidad muestra incremento al pasar de 43.53 a 45.15 defunciones por cada 1,000, mayores de 65 años. En el año 2013 del total de las muertes ocurridas, el 40.9% fueron en este grupo de edad. En los adultos mayores en 2016, nueve de las diez principales causas de muerte son enfermedades no transmisibles. La primera de ellas es la enfermedad isquémica del corazón con un total de defunciones de 2,367 tasa de 907.3 por cada 100,000 adultos mayores, lo que representa el 26.3% de las principales causas de mortalidad en este grupo etario. La segunda causa de muerte es la diabetes mellitus, misma que aglutina el 20.2% de las principales causas de mortalidad en este grupo etario, con un total de 1,819 defunciones.

Ilustración 44: Mortalidad de mayores de 65 años. Tamaulipas 2000-2015



Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones. SEED.

Ilustración 45: Principales causas de mortalidad de adultos mayores de 65 años por derechohabencia, 2016

Subcategoría	N. E.	S. D.	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	S. P.	OTRA	IMSS OP.	SE IGNORA	Total
Enfermedades isquémicas del corazón	92	250	898	236	108	8	5	643	36	-	91	2,367
Diabetes mellitus	48	109	821	252	100	7	1	428	26	3	24	1,819
Enfermedad cerebrovascular	10	46	339	86	43	1	-	209	11	1	18	764
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7	36	263	64	9	4	-	171	16	1	8	579
Enfermedades hipertensivas	20	40	208	58	30	2	1	128	8	-	14	509
Infecciones respiratorias agudas bajas	6	38	170	42	31	1	-	94	8	2	6	398
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	11	15	145	43	20	2	2	77	5	2	12	334
Nefritis y nefrosis	4	18	127	26	17	1	-	79	1	-	5	278
Tumor maligno de la próstata	6	13	82	14	9	1	1	41	5	1	3	176
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	3	7	77	22	14	1	-	43	8	1	-	176
TOTAL Principales Causas (Incluye otras)	247	687	3,797	1,067	495	31	13	2,268	155	16	210	8,986
TOTAL GENERAL	287	842	4,727	1,365	671	43	22	2,780	178	22	280	11,217

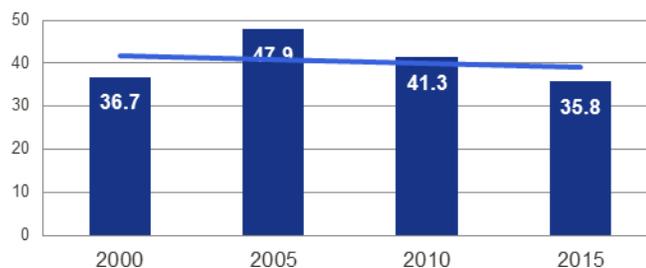
Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones. SEED.

Mortalidad Materna

La mortalidad materna presenta tendencia descendente con variaciones en el periodo 2000 a 2015, en que presentó tasas de 36.7 y 35.8 por cada 100 mil nacidos vivos, respectivamente.

Las principales causas de muerte en 2016 corresponden a la eclampsia en el útero, con un total de 3 defunciones en el Estado, seguida de cuatro causas con 3 defunciones cada una, las cuales son hemorragias obstétricas, embolia de coagulo sanguíneo y las enfermedades del sistema circulatorio.

Ilustración 46: Tasa de mortalidad materna. Tamaulipas 2000-2015



Fuente: Sistema de Estadística Epidemiológica de las Defunciones; SEED. Sistema de Información Sobre Nacimientos. SINAC

Ilustración 47: Principales causas de mortalidad materna por derechohabencia, 2016

Subcategoría	Causa CIE 4 dígitos	N.E.	S.D.	IMSS	PEMEX	SEGURO POPULAR	SE IGNORA	Total
Hemorragia obstétrica	O721 otras hemorragias postparto inmediatas	1	-	-	-	1	-	2
Infección puerperal	O85x sepsis puerperal	-	-	-	-	1	-	1
Edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo	O142 síndrome hellp	-	-	-	-	1	-	1
Otras causas maternas	O152 eclampsia en el puerperio	-	-	1	-	2	-	3
	O008 otros embarazos ectópicos	-	-	1	-	-	-	1
	O266 trastornos del hígado en el embarazo, el parto y el puerperio	-	1	-	-	-	-	1
	O882 embolia de coagulo sanguíneo, obstétrica	-	1	-	1	-	-	2
	O980 tuberculosis	-	-	-	-	1	-	1
	O984 hepatitis viral	-	-	-	-	-	1	1
	O994 enfermedades del sistema circulatorio	-	-	-	-	2	-	2
O998 otras enfermedades que complican el embarazo, el parto y el puerperio	-	-	1	-	1	-	2	
TOTAL Mortalidad Causas Maternas		1	2	3	1	9	1	17

Fuente: Secretaría de Salud de Tamaulipas. Mortalidad causas maternas 2016, por residencia y derechohabencia.

Mortalidad Hospitalaria

En las unidades hospitalarias del Sector Salud del Estado ocurrieron 7,111 defunciones de un total de 194,275 egresos hospitalarios, para una tasa de mortalidad de 3.7 por cada 100 egresos. Las tasas mayores corresponden al ISSSTE con 5 e IMSS con 4 y las menores a IMSS-Prospera y SEMAR con 1.3, mientras que en la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular fue de 3.2.

En términos porcentuales de los 7,111 egresos, el 59.2% corresponden a instituciones de seguridad social, 42.4% al IMSS, 10.3% al ISSSTE y el 6.4% a PEMEX, SEDENA y SEMAR. Por su parte, las instituciones sin seguridad social generaron el 40.8 de los egresos: el IMSS-Prospera 0.1 y la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular el 40.0.

Ilustración 48: Mortalidad hospitalaria. Sector Salud, Tamaulipas 2014

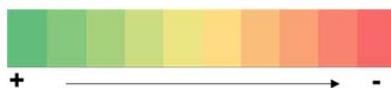
Egresos hospitalarios	Institución						Total
	SALUD	IMSS	IMSS Prospera	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	
Total Egresos	88,079	74,518	4,012	14,586	11,203	1,877	194,275
Egresos por defunción	2,851	3,015	53	736	432	24	7,111
Tasa de mortalidad	3.2	4.0	1.3	5.0	3.9	1.3	3.7

Fuente: DGIS Cubos Dinámicos 2014 Sector Salud (SS, IMSS, IMSS-Prospera, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, Otros)

La principal causa de egreso por mortalidad en unidades hospitalarias del sector fue la diabetes mellitus con una tasa de 13.7 por cada 100 egresos. Se identifica que siete de las principales causas son enfermedades crónicas y tumores, dos son infecciosas y las afecciones perinatales ocupan el séptimo lugar.

Ilustración 49: Principales causas de egreso hospitalario por defunción. Sector Salud, Tamaulipas 2014

Principales causas de egresos por defunción	Institución						Total	Tasa
	IMSS							
	SALUD	IMSS	Prospera	ISSSTE	PEMEX	SEMAR		
Diabetes mellitus	300	614	3	51	5	0	973	5
Enfermedades del corazón	328	360	13	148	35	0	884	4.6
Tumores malignos	203	476	1	81	31	0	792	4.1
Enfermedades cerebrovasculares	197	204	3	33	28	0	465	2.4
Neumonía e influenza	212	172	2	47	13	0	446	2.3
Enfermedades del hígado	202	184	1	32	7	0	426	2.2
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	273	75	1	7	5	0	361	1.9
Insuficiencia renal	125	130	8	70	13	0	346	1.8
Septicemia	101	63	3	33	95	0	295	1.5
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	92	101	3	16	4	0	216	1.1
Otras	410	316	2	45	66	24	839	4.3
Total	2,443	2,695	40	563	302	24	6,043	31.1



Fuente: DGIS Cubos Dinámicos 2014 Sector Salud (SS, IMSS, IMSS-Prospera, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, Otros)

Durante el 2015 los hospitales de la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular reportaron como principal causa de egreso por defunción, la diabetes mellitus con una tasa de 2.98 defunciones por cada 1,000 egresos, siete de las causas son por enfermedades crónicas, dos que afectan a la población infantil y una infecciosa.

Ilustración 50: Principales causas de mortalidad hospitalaria. Secretaría de Salud, Tamaulipas 2016

Nº	Causa de mortalidad	N	Tasa
1	Diabetes mellitus	267	2.98
2	Infecciones respiratorias agudas bajas	239	2.66
3	Enfermedades hipertensivas	170	1.90
4	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	167	1.86
5	Enfermedad cerebrovascular	159	1.77
6	Enfermedades isquémicas del corazón	155	1.72
7	Nefritis y nefrosis	149	1.66
8	Asfixia y trauma al nacimiento	104	1.16
9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	98	1.09
10	Bajo peso al nacimiento y prematuridad	74	0.83
	Otras	479	5.34
	Total	2,061	22.98

Fuente: DGIS Cubos Dinámicos 2015, SST Tamaulipas * Tasa por cada 1,000 egresos

Principales Causas de Años de Vida Saludable Perdidos

El análisis de la carga global de la enfermedad a través de los años de vida saludable perdidos o ELVISA permite cuantificar las pérdidas en salud. Este indicador integra los daños provocados por muerte prematura como los daños por vivir enfermo y con discapacidad.

En el ámbito nacional, en el año 2013 se perdieron casi 30 millones de años de vida saludable. En su mayoría estas pérdidas se concentraron en los tramos de edad de entre 35 a 60 años, así como en los de 80 y más.

Por lo que se refiere a la evolución en los factores de riesgo, se observa una tendencia creciente de las enfermedades crónicas no transmisibles como fuente de ELVISA, mientras que se reduce el impacto de las enfermedades transmisibles, nutrición y reproducción.

El análisis de las 10 principales causas de ELVISA en Tamaulipas refleja que la cardiopatía isquémica, seguida por diabetes y enfermedad renal crónica, son las principales enfermedades que restan años de vida saludable a la población.

Si se compara Tamaulipas con México como país, se observa que mientras que en el conjunto de las entidades federativas la violencia ocupa el último lugar, en Tamaulipas es la cuarta causa de ELVISA. Asimismo, en Tamaulipas no está presente la cirrosis entre las 10 principales causas de años de vida saludable perdidos, mientras que en el conjunto de la nación ocupa la cuarta posición. Igualmente, mientras que en Tamaulipas está presente también la enfermedad cerebrovascular, a nivel nacional no figura.

Ilustración 51: Diez principales causas de ELVISA. Nacional y Tamaulipas.

Ranking	Nacional	Tamaulipas
1	Diabetes Mellitus	Cardiopatía Isquémica
2	Cardiopatía Isquémica	Diabetes Mellitus
3	Enfermedad Renal Crónica	Enfermedad Renal Crónica
4	Cirrosis	Violencia
5	Depresión	Depresión
6	Accidentes de tránsito	Accidentes de tránsito
7	Anomalías congénitas	Lumbalgia
8	EPOC	Anomalías congénitas
9	Lumbalgia	EPOC
10	Violencia	Enfermedad cerebrovascular

Fuente: IHME Estudio de la carga mundial de enfermedad 2013.

Discapacidad

La discapacidad es un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. Según el censo de población de 2010, INEGI, la prevalencia de estas patologías es del 4.0%, consecuencia de las 130,765 personas con alguna discapacidad. La prevalencia más elevada corresponde a discapacidad para caminar o moverse con 2.11 y para ver con 1.21, por cada 100 habitantes. Los demás tipos de discapacidad tienen prevalencias menores a 0.39.

La mayor frecuencia de discapacidades corresponde a caminar o moverse, con el 43.76%, en segundo lugar, a problemas visuales, con 25.13, mentales con 8.07, auditivos 7.78, del habla y lenguaje con 7.55 y el resto de causas con porcentajes menores a 4.33.

Ilustración 52: Frecuencia y prevalencia de discapacidades por tipo, Tamaulipas 2010

Discapacidad	Número	Porcentaje discapacidad	Prevalencia
Caminar o moverse	68,951	43.76	2.11
Problemas visuales	39,598	25.13	1.21
Problemas mentales	12,716	8.07	0.39
Problemas auditivos	12,256	7.78	0.37
Problemas del habla y lenguaje	11,895	7.55	0.36
Autocuidado	6,825	4.33	0.21
Atención y aprendizaje	5,334	3.39	0.16
Total de discapacidades	157,575	100	...
Total personas	130,765	...	4.00

Fuente: Censo de población y vivienda INEGI. 2010.

Riesgos para la Salud y Mapas de Riesgos

Para prevenir las enfermedades y mantener una mayor calidad de la salud de la población, es fundamental centrar la atención en la identificación de los principales riesgos para la salud. Es importante destacar cómo éstos han ido cambiando durante las últimas décadas. Antes, entre los principales riesgos de salud se encontraban aquellos relacionados con factores ambientales y ocupacionales, mientras que actualmente los principales riesgos son de origen metabólico, entre los que destaca la hiperglucemia, sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial entre otros, así como las conductas de riesgo, malos hábitos dietéticos, tabaquismo o baja actividad física.

Anualmente en Tamaulipas se actualiza el sistema de información sobre riesgos sanitarios, mediante el cual se programan acciones de vigilancia en salud para intervenir oportunamente y evitar daños a la salud de la población.

Ilustración 53: Principales riesgos de salud Nacional y Estatal 2013

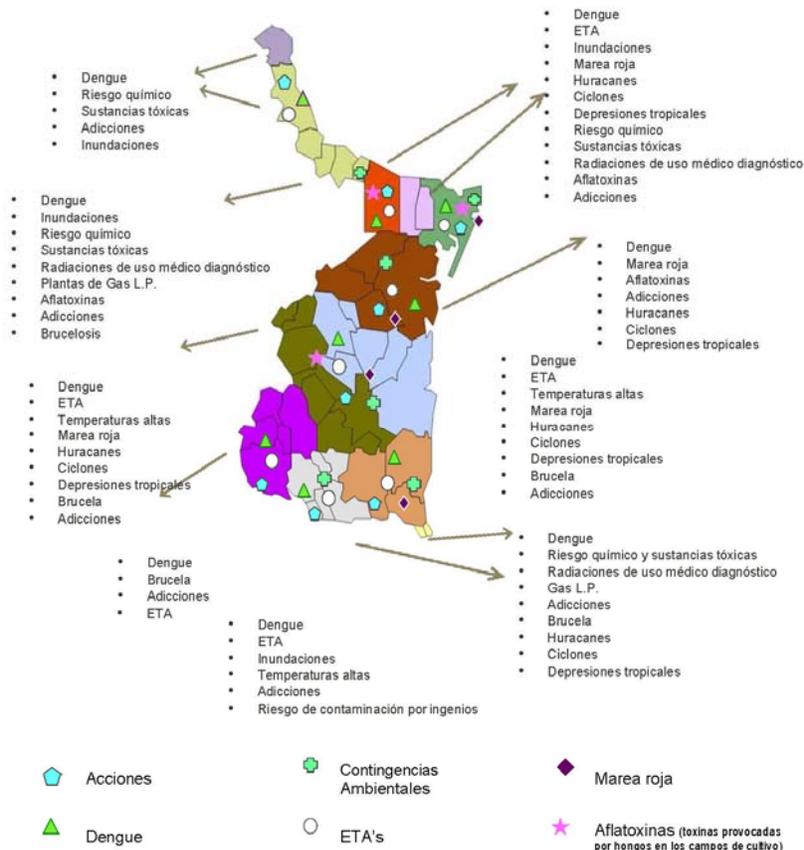
Factores de Riesgo	Nacional	Tamaulipas
Hiperglucemia	1	3
Sobrepeso y obesidad	2	2
Malos hábitos dietéticos	3	1
Hipertensión arterial	4	4
Consumo de alcohol y drogas	5	6
Baja filtración glomerular	6	5
Tabaquismo	7	7
Colesterol elevado	8	8
Mal nutrición	9	10
Baja actividad física	10	9



Fuente: IHME Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2013

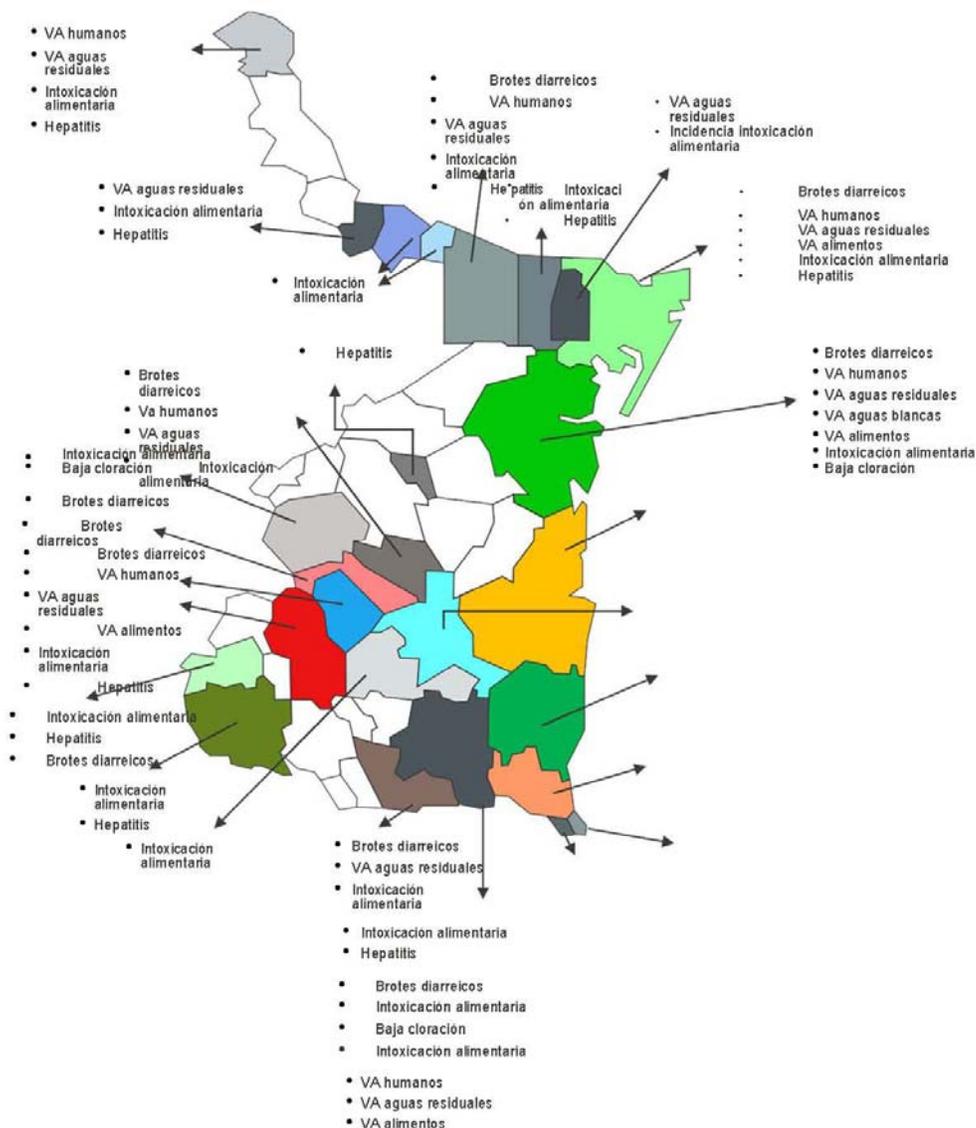
Para llevar un mayor control de los riesgos para la salud, se elaboran mapas de riesgos en salud que actúan como una herramienta con base en los distintos sistemas de información que identifican los factores de riesgo, epidemiológicos, en salud, ambientales, demográficos y de infraestructura a los que está expuesta la población y que inciden negativamente sobre su salud. Estos mapas se registran y presentan por afinidad y región, para cada una de las jurisdicciones sanitarias.

Ilustración 54: Mapa de Riesgos Sanitarios, Tamaulipas 2016



Fuente: Plan Estatal de Salud de Tamaulipas 2016

Ilustración 55: Mapa de Riesgos Sanitarios y Brotes, Tamaulipas 2016



Fuente: Plan Estatal de Salud de Tamaulipas 2016

Los principales riesgos en las jurisdicciones del norte del Estado son las condiciones para el desarrollo del dengue, emergencias por químicos, adicciones, radiaciones, aflatoxinas, inundaciones y plantas de gas. Además, las elevadas temperaturas en esta zona y la gran cantidad de puestos ambulantes de alimentos, requieren de especial control en salubridad en todo el proceso desde su distribución hasta el consumo, para reducir la incidencia de enfermedades provocadas por un mal manejo de éstos.

En las jurisdicciones de la zona centro y litoral del Estado, se presentan riesgos a la salud provocados preferentemente por contingencias ambientales como huracanes, ciclones, golpe de calor, lluvias atípicas e inundaciones, lo que provoca daños a las viviendas, carreteras y afecta a las plantas potabilizadoras de la zona, lo que supone una disminución en el aporte de agua potable y se traduce en que los alimentos son un factor de riesgo por la presencia de aflatoxinas, brucelosis y otras enfermedades transmitidas por alimentos contaminados. En las zonas costeras se monitorea la presencia de mareas rojas para alertar a la población y a los establecimientos que expenden productos pesqueros.

En las jurisdicciones de la zona sur, los mayores riesgos son la existencia de condiciones para el desarrollo del dengue, adicciones, enfermedades transmitidas por alimentos, riesgo químico, radiaciones por usos médicos, huracanes, ciclones, brucelosis, golpe de calor y residuos de ingenios.

En cuanto a la información sobre la calidad química, física y bacteriológica del agua, ésta se obtiene por muestreo y se identifican áreas con incumplimiento de los parámetros del agua potable, en particular de la cantidad de partes por millón de cloro de este insumo. En Tamaulipas, la eficiencia de cloración del agua para uso y consumo humano es del 98%, se constata con el muestreo bacteriológico que permite verificar el cumplimiento de la normatividad realizado por la Plataforma del Sistema de Información y Vigilancia de Agua, que monitorea 1,300 puntos de las redes de agua e identifica municipios con baja cloración, para que las autoridades en salud se coordinen con las instancias operativas locales e intervengan para garantizar la calidad del agua para uso y consumo humano. Ante la presencia de brotes de enfermedades gastrointestinales, se activan los mecanismos para identificar las áreas o productos de riesgo para la salud, en particular por falta de higiene en la preparación de los alimentos y/o consumo de éstos en la vía pública.

Con toda la información en riesgos de salud y epidemiológicos plasmada en los mapas de riesgo, se formulan pronósticos de posibles daños a la salud pública y se generan escenarios para el trabajo con enfoque de riesgo y temporalidad en los establecimientos y giro en salud. Concretamente, en el periodo invernal se verifican las condiciones en salubridad de albergues, baños públicos y áreas de almacenamiento y preparación de alimentos, mientras que en el periodo de cuaresma y semana santa la atención de riesgos se centra en las áreas turísticas y centros recreativos.

Asimismo, la información procesada permite desarrollar y aplicar herramientas para la protección contra riesgos de salud, así como formar grupos de trabajo para investigar y aplicar las metodologías para la operación de programas de salud y apoyar en la planeación, evaluación y toma de decisiones. Es por eso que se realizan sistemáticamente acciones de vigilancia en salud, operativos en salud, atención de urgencias, alertas en salud, vigilancia de salubridad en alimentos, rastros, playas, áreas sin consumo de tabaco y farmacovigilancia.

Órganos implicados en el control de riesgos para la salud

La Secretaría de Salud de Tamaulipas cuenta con la COEPRIS, un órgano desconcentrado que efectúa la evaluación y protección contra riesgos de salud conforme a la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tamaulipas. Verifica anualmente más de 30 mil establecimientos y servicios de un padrón de más de 60,000 y realiza más de 59,000 monitoreos de cloro residual en las redes de agua potable, y expide más de 2,800 autorizaciones de salubridad.

Para que esta Comisión pueda desarrollar correctamente su actividad es imprescindible que pueda acceder en todo momento a la petición de pruebas de laboratorio. En este sentido, su capacidad de solicitud de pruebas se ve limitada, lo que imposibilita el desempeño de sus funciones.

Por otro lado, el Comité Estatal de Seguridad en Salud (CESS) formado por un conjunto de organismos e instituciones, tiene como principal finalidad contener las infecciones, brotes y epidemias que como consecuencia de fenómenos hidrometeorológicos afectan la salud de la población, en especial la de aquéllos que habitan en zonas de riesgo como las costeras. En Tamaulipas existen 370 localidades que históricamente están consideradas por sufrir inundaciones, principalmente ubicadas en la zona del litoral.

9. Recursos e Infraestructura

El Sistema Estatal de Salud, tal y como recoge el artículo 6º de la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas, lo constituyen todas las dependencias y entidades del Estado y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones, a fin de dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. Esto incluye, no solamente los SST y el Programa IMSS-Prospera, sino también instituciones de salud y seguridad social como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR.

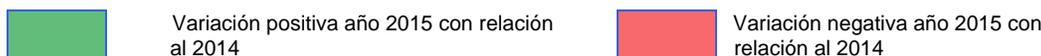
Infraestructura Disponible en el Sector Salud

En el marco del sector público de salud, en el año 2015 Tamaulipas contaba con un total de 623 unidades médicas, 3 menos de las que tenía el año anterior, a pesar del incremento de la población y por tanto, de la mayor demanda de servicios. Esta pérdida de unidades médicas, se produce tanto en la consulta externa como en hospitalización general, mientras que se construye un nuevo hospital general.

Las instituciones en salud que experimentan variaciones en sus recursos de atención son: el IMSS que reduce en 2 su número de unidades médicas de consulta externa y genera un nuevo hospital general. Por su parte, el ISSSTE crea una nueva consulta externa, mientras que PEMEX la pierde. Asimismo, la SEMAR reduce sus 3 hospitales generales pero gana 1 hospital de especialidad.

Ilustración 56: Unidades médicas del sector salud por nivel de atención e institución, Tamaulipas

Institución Sanitaria	Consulta externa		Hospitalización general		Hospitalización especializada		Total estatal	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
IMSS	44	42	7	8	0	0	51	50
ISSSTE	26	27	7	7	0	0	33	34
PEMEX	4	3	1	1	1	1	6	5
SEDENA	0	0	1	1	0	0	1	1
SEMAR	0	0	3	0	0	1	3	1
IMSS-Op.	113	113	4	4	0	0	117	117
SST	394	394	18	18	3	3	415	415
Total	581	579	41	39	4	5	626	623



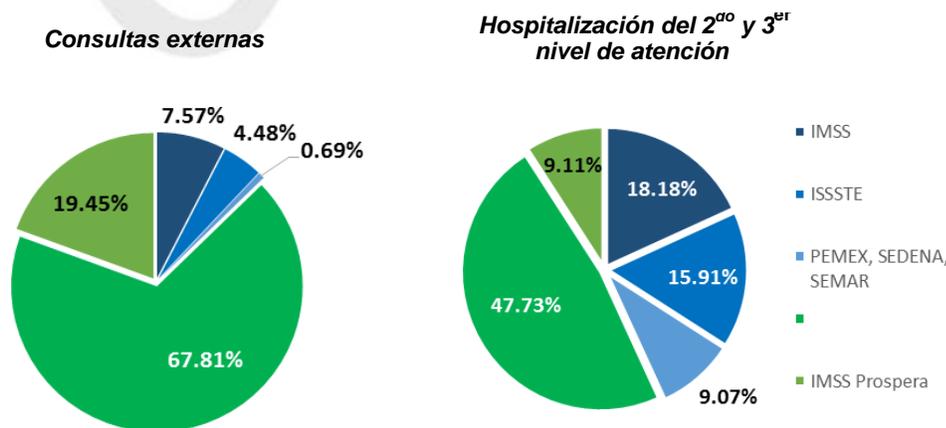
Nota: Las unidades médicas de hospitalización general y especializada prestan a su vez servicio de consulta externa. La información de la SEDENA correspondiente al año 2015 no está disponible, por lo que se ha considerado para ese año la misma que para el 2014. Las unidades para consulta externa incluyen: consultorios rurales, consultorios urbanos, centros avanzados de atención primaria a la salud, centros de salud con servicio ampliado, consultorio delegacional, unidad de ministerio público, casa de salud, brigada móvil, unidad móvil, clínica de especialidades, centro de salud con hospitalización (unidad híbrida) y unidad de especialidades médicas.

Fuente: Anuario estadístico y geográfico de Tamaulipas. Años 2015 y 2016. INEGI.

La distribución de las unidades de consultas externas entre las diferentes instituciones de salud refleja que la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular de Tamaulipas dispone del 67.81% de las mismas, seguida con el 19.45% por el IMSS-Prospera, mientras que el IMSS que ofrece cobertura al 42.4% de la población atendida por el sistema público de salud tan solo cuenta con el 7.57% de la consulta externa. Ello se debe a que las instituciones de seguridad social disponen de unidades de consulta externa de mayor tamaño, lo que les permite ofrecer una mayor cobertura poblacional y regional, mientras que las instituciones que atienden a la población sin seguridad social son, por lo general, unidades de uno o dos consultorios.

De la misma forma, la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular dispone del 47.73% de los hospitales de 2^{do} y 3^{er} nivel de atención, seguida por el IMSS con el 18.18%. Sin embargo, los hospitales del IMSS disponen de una mayor capacidad que los de la Secretaría de Salud que en términos generales son más pequeños.

Ilustración 57: Distribución de las unidades médicas del sector salud por institución. Consulta externa y hospitalización del 2^{do} y 3^{er} nivel de atención, Tamaulipas 2015



Fuente: Anuario estadístico y geográfico de Tamaulipas. Año 2016. INEGI.

En la consulta externa se deberían de resolver aproximadamente el 85% de los problemas prevalentes de salud, sin embargo, actualmente existen ciertos problemas para el acceso de la población a las consultas externas en el primer nivel de atención, por ejemplo: la poca planeación en la localización de las unidades o el desajuste entre los horarios de apertura de los centros, en contraste con la disponibilidad horaria real de parte de la población.

Esto hace que en ocasiones la población acuda a niveles superiores de atención que deberían estar destinados preferentemente a la asistencia de padecimientos de mayor complejidad (15% restante) y que se ven saturados por la atención de pacientes poco complejos. Esto resta eficiencia al Sistema Nacional de Salud, puesto que para resolver un caso de baja complejidad se utilizan de forma innecesaria recursos de muy elevado costo para brindar la atención requerida.

Camas hospitalarias

El número de camas hospitalarias es uno de los indicadores que permite medir la capacidad de producción de los servicios de los hospitales. En este sentido, se diferencian dos tipologías de camas:

- Camas censables: Son aquellas que se encuentran en el servicio instalado en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos e incluyen incubadoras para la atención a pacientes recién nacidos en estado patológico. Por tanto, son aquellas camas que producen registros de egresos hospitalarios y que no tienen carácter ambulatorio.
- Camas no censables: También denominadas camas de tránsito, ya que se destinan a la atención transitoria o provisional de un paciente. Son las camas del área de urgencias y otros servicios que no generan formalmente egresos hospitalarios por ser de observación o de corta estancia.

Por lo que se refiere a las camas censables, en el Estado de Tamaulipas existen 3,236, lo que representa el 0.90 camas por cada 1,000 habitantes. Este promedio refleja un déficit en el número de camas censables por habitante, siendo la media de la OCDE para el año 2016 de 5 por cada 1,000 habitantes.

La Secretaría de Salud de Tamaulipas a través del Seguro Popular, junto con el IMSS, concentran el mayor número de camas censables, teniendo el 78.1% del total del Estado, sin embargo, si se compara el número de camas medio por hospital se observa que los hospitales del IMSS son mucho más grandes que los del resto de las instituciones de salud, ya que tienen un volumen de camas medio de 149 frente a la entidad que ocupa la segunda posición, que es PEMEX con una media de 85. Los hospitales de la Secretaría de Salud de Tamaulipas en 2016 en conjunto suponen 1,438 camas censables, con una media de 68.48 camas por hospital.

A pesar de ello, si se analiza el número de camas atendiendo al número de afiliadas y afiliados de cada entidad, se desprende que por cada 1,000 afiliados el IMSS tiene 0.78 camas censables, frente a las 0.95 que tiene la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular de Tamaulipas o las 0.88 del ISSSTE. Por su parte, PEMEX, SEDENA y SEMAR, tienen en conjunto 2.54 camas por afiliado.

Por lo que se refiere a las camas no censables, éstas tienden a incrementarse conforme aumenta el número de subespecialidades y la capacidad resolutive de los hospitales que requieren de instalaciones para procedimientos intervencionistas en su ámbito. En conjunto la relación de camas no censables por cada cama censable es de 54.2%. En este sentido el IMSS y la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular de Tamaulipas mantienen un ratio superior, llegando al 57%, lo que representa una relación aceptable.

Ilustración 58: Camas censables y no censables, según institución, Tamaulipas 2016

Concepto		Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	IMSS-Prospera	S S T
	N	3,236	1,190	336	170	25	76	103	1,336
Camas censables	%	100.0	36.8	10.4	5.3	0.8	2.3	3.2	41.3
Camas censables por cada 1,000 usuarios	N	0.9	0.78	0.88	2.54			0.59	0.95
Nº medio de camas censables por hospital	N	74	149	48	85	25	76	26	64
	N	1,753	673	165	83	0	26	44	762
Camas no censables	%	100.0	38.4	9.4	4.7	0.0	1.5	2.5	43.5
Camas no censables por cada 1,000 usuarios	N	0.5	0.4	0.4	1.0			0.3	0.5
Nº medio de camas no censables por hospital	N	40	84	24	42	0	26	11	36
Nº de camas no censables/ Nº de camas censables	%	54.2	56.6	49.1	48.8	0.0	34.2	42.7	57.0
Total camas	N	4,989	1,863	501	253	25	102	147	2,098
Total camas por cada 1,000 usuarios	N	1.4	1.2	1.3	3.6			0.8	1.5
Número medio de camas por hospital	N	113.4	232.9	71.6	126.5	25.0	102.0	36.8	99.9

Fuente: Registros Informe de Gobierno.2016

Consultorios

Se dispone en el Estado de 2,081 consultorios generales y de especialidades en unidades de primer y segundo nivel de atención del sector salud, para un indicador de 0.58 por cada 1,000 habitantes. Para las instituciones de seguridad social es de 0.47 y para población abierta de 0.73. En el desagregado por institución se identifica que para el IMSS es de 0.38, el ISSSTE de 0.53, PEMEX, SEDENA y SEMAR alcanza 1.42, en IMSS-Prospera 0.78 y en SST 0.72. La cantidad de consultorios varía para cada institución de acuerdo a los parámetros de su modelo de atención, según el número de usuarias y usuarios que atienden y los turnos que operan. A nivel nacional este indicador es de 0.57, cifra sólo un centésimo menor a la estatal.

Ilustración 59: Consultorios según institución, Tamaulipas 2016

Concepto	Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	IMSS-Prospera	SST
Nº de consultorios	2,081	582	203	140	N.D.	12	135	1,009
% de consultorios	100.0	28.0	9.8	6.7	N.D.	0.6	6.5	48.5

Fuente: Registros Informe de Gobierno. 2016

N.D. = No Disponible

Quirófanos

Existen en el sector 119 quirófanos a nivel estatal, 37 corresponden al IMSS, 15 al ISSSTE, 7 a PEMEX, 2 a la SEMAR, 4 al Programa IMSS-Prospera y 54 a la SST. Corresponde a nivel sectorial un indicador de 3.3 quirófanos por cada 100 mil habitantes, en línea con el indicador a nivel nacional del año 2014 (indicador más actualizado), que era de 3.3 según datos del INEGI. A nivel institucional son PEMEX, SEMAR y SEDENA quienes tienen el mayor indicador con 8.4, el IMSS 2.4 y el ISSSTE 3.9, en tanto que el IMSS Prospera mantiene 2.3 y la SST 3.9. El indicador a nivel nacional es de 2.9 por cada cien mil habitantes.

Ilustración 60: Quirófanos según institución, Tamaulipas 2016

Concepto	Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	IMSS-Prospera	SST
Nº de quirófanos	119.0	37	15	7	N.D.	2	4	54
% de quirófanos	100.0	31.1	12.6	5.9	N.D.	1.7	3.4	45.4
Razón de quirófanos por cada 100,000 afiliados	3.3	2.4	3.9	8.4			2.3	3.9

Fuente: Registros Informe de Gobierno. 2016

N.D. = No Disponible

Salas de expulsión

Tamaulipas tiene una amplia cobertura de atención del parto por personal profesional en instituciones médicas, siendo más del 99% anualmente. El sector dispone de 80 salas de expulsión, 28 en instituciones de seguridad social y 52 en instituciones para población abierta, donde el indicador estatal es de 2.2 salas de expulsión por cada 100 mil habitantes y el indicador más alto corresponde a PEMEX-SEDENA-SEMAR con 3.7, el ISSSTE tiene 2.1 y el IMSS 1.1, los Servicios de Salud del Estado 3.4 y el IMSS-Prospera 2.3.

Ilustración 61: Salas de expulsión según institución, Tamaulipas 2016

Concepto	Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	IMSS-Prospera	SST
Nº de salas de expulsión	80.0	16	8	3	N.D.	1	4	48
% de salas de expulsión	100.0	20.0	10.0	3.8	N.D.	1.3	5.0	60.0
Ratio de quirófanos por cada 100,000 afiliados	2.2	1.1	2.1	3.7			2.3	3.4

Fuente: Registros Informe de Gobierno. 2016

N.D. = No Disponible

En la siguiente ilustración se refieren otros recursos esenciales del sector para la atención médica.

Ilustración 62: Recursos de unidades médicas del sector salud según institución, Tamaulipas 2016

Concepto	Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	IMSS-Prospera	SST
Medios diagnósticos							
Laboratorios	116	65		2	1	4	37
Gabinetes de radiología	62	43	8	6	1	4	...
Equipos de rayos X	180	37	23	12	5	4	99
Recursos de infraestructura y soporte para atención							
Farmacias	271	48	7	6	1	107	102
Bancos de sangre	22	6	5	2	0	0	9
Incubadoras	195	56	23	12	2	10	92
Áreas de urgencias	59	19	9	3	1	4	23
Áreas de terapia intensiva	35	6	5	2	1	0	21
Ambulancias	111	37	25	21	3	6	19

Fuente: INEGI. Dirección General de Estadísticas Económicas. Estadísticas de salud.

Sistemas de información hospitalaria

Expediente Clínico Electrónico

En el marco de los sistemas de información de salud, en agosto de 2013 el Gobierno del Estado expidió la Ley del Expediente Clínico Electrónico en Tamaulipas, mediante la cual se contempla la exigencia a todos los establecimientos de salud pública, privada y social, de disponer del ECE.

Sin embargo, actualmente la implantación del ECE es desigual, de tal forma que la mayor parte de los centros continúa con el manejo tradicional de los expedientes en papel. En este sentido, el IMSS ya impulsó en el año 2006 el Programa del Expediente Clínico Electrónico, a pesar de ello, el modelo del IMSS no permite la continuidad de la atención entre el primer y el segundo nivel, es decir, no contempla un modelo de referencia y contra referencia entre niveles. Por su parte, el ISSSTE todavía no ha avanzado en su desarrollo, mientras que desde la Secretaría de Salud se están impulsando iniciativas que permitan avanzar en este objetivo, como la futura implantación del ECE en el Hospital General de Victoria.

La implementación del ECE evitará la duplicidad de recetas, estudios y pruebas, permitirá que los resultados de laboratorio e imagen sean transferidos electrónicamente al sistema de gestión hospitalaria y reducirá los riesgos en las salas de emergencia, ya que el personal médico tendrá acceso inmediato a los datos relevantes de la o el paciente, tales como alergias, enfermedades y tratamientos.

Telesalud

El desarrollo del sistema de telesalud ha avanzado en los últimos años en el desarrollo de infraestructura de conectividad, telecomunicación satelital, radiofrecuencia y equipamiento tecnológico. En el año 2016, existían 19 hospitales conectados a 67 centros de salud. Los hospitales infantiles de Tamaulipas, generales y civiles del Estado, sirven como nodos a los que se conectan los centros de salud y los hospitales integrales.

El sistema se organiza mediante grupos de redes sociales coordinados por un médico, comparten e intercambian experiencias y conocimientos y promueven la cultura del autocuidado, en especial del embarazo.

Además, se llevan a cabo acciones de interconsulta médica de especialidad, especialmente urgencias médicas y seguimiento de casos con complicaciones.

Adicionalmente, se inició el desarrollo de un sistema de telesalud con el uso de aplicaciones móviles, APPs, para conformar redes de médicos quienes otorgan asesoría principalmente en obstetricia, pediatría y medicina interna. La red móvil interactúa a través de teléfonos celulares inteligentes, da seguimiento a embarazadas, a menores de cinco años y adultos mayores para mejorar su estado de salud.

En concreto, en el año 2011 el Hospital General de El Mante impulsó un programa de telesalud, que a través de su red mantiene comunicación con los hospitales Civil y General de Ciudad Victoria, Infantil de Tamaulipas, Hospital Regional de Alta Especialidad y General Altamira, entre otros. En el año 2016 el proyecto integraba a 7 hospitales, 60 centros de salud y 372 médicos en red, con capacidad para otorgar atención médica especializada de 2^{do} y 3^{er} nivel a través de consultas en tiempo real.

De esta forma mediante el uso de APPs ha sido posible diagnosticar y dar tratamiento a 2,560 mujeres embarazadas, con referencia inmediata de aquellas consideradas de alto riesgo con el fin de disminuir los casos de muerte materna. Igualmente, desde el año 2011 hasta la fecha se atendieron a 600 personas con diversos padecimientos, más de 700 eventos obstétricos y se refirieron 55 pacientes graves al hospital correspondiente. Mediante este sistema se favorece el acceso a la atención de salud a la población que habita en comunidades rurales y apartadas.

Gestión de procesos administrativos

La existencia de modelos de citación electrónica no está generalizada, los centros de la Secretaría de Salud no disponen de este servicio, mientras que el ISSSTE fue la primera institución en formalizar el Sistema de Cita Médica Telefónica e Internet. En 2015 se logró agendar 12 millones de consultas utilizando este método, lo cual benefició a 10 millones de derechohabientes, un 80.4% de la derechohabiencia total.

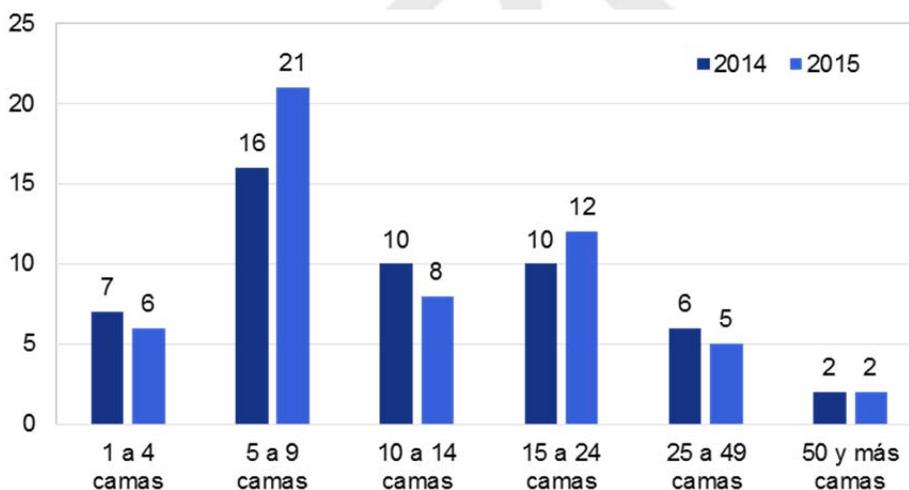
Asimismo, la ausencia de medios y protocolos de registro y custodia de la información clínica de las y los pacientes, hace que en muchos casos sea la o el propio paciente quien se responsabilice en gran medida de su información clínica, así como de la realización de los trámites administrativos asociados con la atención de sus padecimientos.

Infraestructura del sector privado de salud

En el año 2015, según datos de INEGI existían en el Estado 54 establecimientos particulares que ofrecían atención hospitalaria, 3 más que el año anterior.

En general, se trata de establecimientos pequeños, así de los 54 centros, 47 (87%) tiene menos de 25 camas. Asimismo, 5 establecimientos tienen entre 25 y 49 camas, y tan solo 2 centros tienen más de 49 camas.

Ilustración 63: Hospitales particulares según número de camas censables, Tamaulipas. Años 2014 y 2015



Fuente: INEGI. Anuario estadístico y geográfico de Tamaulipas. Años 2015 y 2016.

En la siguiente tabla se indica la disponibilidad de recursos e infraestructuras con los que están dotados los centros hospitalarios del sector privado. En este sentido, el incremento en el número de unidades de atención de carácter privado que se ha producido en el año 2015, conlleva un incremento de carácter general, sin embargo, se aprecia una disminución en el número de camas no censables, que pasan de 239 en el año 2014 a 232 en el 2015, lo que representa una diferencia de 7 camas. Por lo que se refiere a los equipos de diagnóstico, los siguientes medios de diagnóstico ven reducido en una unidad su número en el año 2015: unidades de resonancia magnética, endoscopios y tomografía axial computarizada. De la misma forma cabe resaltar el fortalecimiento de los consultorios, sobre todo en el área de especialidad, de igual forma ha existido una ampliación en quirófanos, salas de expulsión, cuidados intensivos y áreas de urgencias. En general se observa un crecimiento de la infraestructura acorde a las necesidades de la población.

Ilustración 64: Infraestructura de hospitales particulares según número de camas censables. Tamaulipas, años 2014 y 2015

Concepto	2014	2015	Variación (%)
Recursos de infraestructura y soporte a la atención			
Consultorios	316	331	0.05
Generales	110	112	0.02
De especialidad	206	219	0.06
Camas	1,029	1,051	0.02
Camas censables	790	819	0.04
Camas no censables	239	232	-0.03
Quirófanos (salas)	108	110	0.02
Salas de expulsión	47	49	0.04
U. de cuidados intensivos	48	50	0.04
Adultos	29	30	0.03
Neonatos	19	20	0.05
Áreas de urgencias	56	58	0.04
Litotriptores	5	5	0.00
Medios diagnósticos			
Laboratorios de análisis clínicos	24	25	0.04
Laboratorios de anatomía patológica	3	4	0.33
Salas o gabinetes de radiología	33	36	0.09
Equipos de rayos X (móviles o fijos)	53	60	0.13
Unidades de resonancia magnética	6	5	-0.17
Equipos para mamografía	21	21	0.00
Equipos de ultrasonido	41	42	0.02
Endoscopios	16	15	-0.06
Tomografía axial computarizada	10	9	-0.10

Fuente: INEGI. Anuario estadístico y geográfico de Tamaulipas. Años 2015 y 2016.

Infraestructura de los Servicios de Salud del Estado

La Secretaría de Salud a través del Seguro Popular dispone de una red consolidada de servicios de salud, en lo que se refiere al número de unidades médicas, infraestructura y equipamiento. La red presta atención a la salud a personas sin seguridad social y ofrece protección contra riesgos a la salud al conjunto de la población.

En el primer nivel de atención, la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular dispone de 300 centros de salud, de los cuales 166 (56.3%) se encuentran ubicados en zonas rurales, mientras que el resto, 129 (43.7%) se ubican en el entorno urbano. Los centros se clasifican atendiendo no solo a la zona donde se localizan, sino también al número de núcleos básicos con los que cuentan. En este sentido, cabe señalar que en el Modelo de Atención a la Salud prevalece el criterio de que el núcleo básico se conforma por un médico, una enfermera y un promotor de la salud. Adicionalmente, este equipo puede tener variaciones para dar respuesta a las necesidades locales, teniendo capacidad para brindar servicios de salud hasta 3,000 personas.

Los centros de salud urbanos están compuestos en su mayoría por un número reducido de núcleos básicos. De esta forma, el 81.4% tienen entre 1 y 2 núcleos básicos. Los de mayor tamaño corresponden al centro de salud rector de cada jurisdicción. Además, en abril de 2017, el Hospital Integral "Rodolfo Torre Cantú" fue rebautizado como Centro de Salud con Servicios Ampliados de Camargo, ya que no tiene la categoría de hospital. El centro médico permanece en funcionamiento las 24 horas del día con un servicio de emergencias, cuya única limitante es que no realiza cirugías.

Se dispone de 46 unidades médicas móviles, que brindan servicios de salud a población que no tiene acceso a centros de salud fijos, de ellas, 16 unidades, las de mayor equipamiento, corresponden al Programa Caravanas de la Salud, el resto son vehículos tipo pick up con cabina que transportan a los profesionales y sus insumos de trabajo, quienes atienden a la población en casas de salud en las comunidades que visitan. Los vehículos son renovados principalmente por el Programa Prospera.

El programa de prevención y control de rabia, dispone de centros de atención canina, anteriormente centros antirrábicos, en sólo 5 de las 12 jurisdicciones. Se prevé disponer de estas unidades en todas las jurisdicciones, principalmente las de mayor urbanización. Aún cuando se ha mantenido eliminada la rabia humana y canina en el Estado por más de 30 y 13 años respectivamente, aún prevalece esta zoonosis en zonas rurales del Estado y afecta principalmente al ganado vacuno, con riesgo para el humano. Asimismo, existen 15 centros de especialidades: 10 Centros de Atención Integral para la Reducción de Riesgos Sexuales (CAIRRS), 1 Centro de Salud Mental, 2 Centros de Atención a la Juventud y 1 Centro Contra la Tuberculosis.

Igualmente, se dispone de 33 Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) con diferentes ámbitos de actuación. De esta forma, existen 16 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), 5 Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, 3 unidades de Hemodiálisis, 2 centros orientados al Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes Mellitus (SoRID), 2 Centros Integrales de Salud Mental (CISAME), 2 Centros Oncológicos, 1 Centro de Prevención de Cáncer de Mama y 1 Unidad de Cirugía Ambulatoria.

La red hospitalaria de los servicios de salud del Estado ésta integrada por 20 unidades, 4 son hospitales integrales, 14 hospitales generales y 2 hospitales de especialidad, uno en pediatría y otro en psiquiatría. Los hospitales integrales disponen parcialmente de especialidades médicas, por su parte los hospitales generales cuentan con subespecialidades que refuerzan la atención a nivel regional.

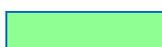
Esta red estatal se complementa con una unidad de máxima referencia, el Hospital Regional de Alta Especialidad de Victoria, que corresponde a la red de hospitales de alta especialidad del Gobierno Federal y funge como unidad de tercer nivel de atención. La cobertura y productividad del hospital de alta especialidad se incrementan progresivamente y su cartera de servicios ofrece cobertura a las necesidades sectoriales, incluyendo al IMSS, ISSSTE, Seguro Popular y al sector privado. De la misma forma, se dispone de 2 centros pertenecientes al Laboratorio Estatal de Salud Pública y de 1 Centro Estatal de Transfusión Sanguínea (banco de sangre). Entre las unidades administrativas, la Secretaría de Salud cuenta con 9 almacenes y 1 centro coordinador de almacenes y abastecimiento, así como 12 oficinas jurisdiccionales, 1 oficina central de la Secretaría de Salud y 1 Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico.

Ilustración 65: Infraestructura de salud por tipo de unidad de atención y jurisdicción, 2017

Clasificación	Jurisdicción sanitaria												Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Rural de 01 núcleo básico	24		13	8		15	16	17	5	9	19	13	139
Rural de 02 núcleos básicos	3		2			4	1	1	2	4	3	2	22
Rural de 03 núcleos básicos						1						1	2
Otros Centros de Salud Rural							1	1	1				3
Centros de Salud Rurales (Subtotal)	27	0	15	8	0	20	18	19	8	13	22	16	166
Urbano de 01 núcleos básicos		13	16		7	3	5					4	48
Urbano de 02 núcleos básicos	6	1	13	19	5	2	1	1	1	6		2	57
Urbano de 03 núcleos básicos	3	1			1					1			6
Urbano de 04 núcleos básicos	1		1		2				1				5
Urbano de 05 núcleos básicos	1												1
Urbano de 06 núcleos básicos			1			1	1			1			4
Urbano de 07 núcleos básicos												1	1
Urbano de 08 núcleos básicos				1									1
Urbano de 10 núcleos básicos	1	2											3
Otros Centros de Salud Urbano	1	2											3
Centros de Salud Urbanos (Subtotal)	13	19	31	20	15	6	7	1	2	8	0	7	129
CESSA									1				1
Unidades Móviles	8		5	2		5	3	7	2	1	4	5	42
Centros de Atención Canina	1		1	1	1	1							5
Centros de Especialidades	2	1	2	2	2	1	1		1	2		1	15
UNEME	7	5	4	4	5	1	1	1	1	2	1	1	33
Hospital Integral								1	1		1	1	4
Hospital General	2	2	1	2	2	1	1			2		1	14
Hospital de Especialidad	1	1											2
Hospital de Alta Especialidad	1												1
Centro Estatal de Transfusión (Banco de Sangre)	1												1
Laboratorio Estatal de Salud Pública	1			1									2
Almacenes estatales y jurisdiccionales	4	1	1	1	0	1	1	1					10
Oficinas estatales y jurisdiccionales	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
TOTAL	71	30	61	42	26	37	33	31	17	29	29	33	439



Ámbito Clínico



Ámbito Administrativo

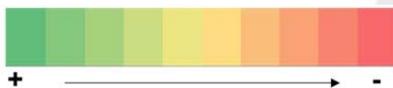
La Secretaría de Salud a través del Seguro Popular, cuenta en el Estado de Tamaulipas con un total de 603 consultorios, lo que supone una razón de 1.1 consultorios por cada 3,000 habitantes sin seguridad social.

En este sentido, cabe destacar que las jurisdicciones de Nuevo Laredo (V), Tampico (II), Reynosa (IV) y Altamira (XII) presentan una razón inferior, respectivamente, 0.6, 0.8, 0.8 y 0.9.

Esta situación plantea la necesidad de fortalecer los servicios de primer nivel en las ciudades de mayor tamaño; en especial Ciudad Madero que presenta un indicador de 0.5 consultorios por 3,000 habitantes. Este último es el municipio que, en el año 2016, contaba con menos consultorios para atender a su población. Se debe tener en cuenta que en el año 2012 cuando se incrementaron a 12 el número de jurisdicciones sanitarias se explicitó la necesidad de fortalecer esta infraestructura especialmente en los municipios indicados, recomendándose centros de salud con un alcance igual o superior a 6 núcleos básicos para que tengan todos los elementos de prevención y promoción de la salud, así como diagnósticos y terapéuticos para atención ambulatoria.

Ilustración 66: Centros de salud y consultorios por jurisdicción sanitaria, según indicador de consultorios para cada 3000 habitantes, Tamaulipas 2016

Jurisdicción sanitaria	Nº de centros de salud	Nº de consultorios	Población sin seguridad social	Nº Cons. x 3,000 hab
I Victoria	40	94	196,253	1.4
II Tampico	19	53	203,501	0.8
III Matamoros	46	75	213,681	1.1
IV Reynosa	28	76	281,526	0.8
V Nuevo Laredo	15	34	169,102	0.6
VI El Mante	26	49	79,798	1.8
VII San Fernando	25	35	52,225	2.0
VIII Jaumave	20	36	40,874	2.6
IX Miguel Alemán	10	26	41,362	1.9
X Valle Hermoso	21	43	90,426	1.4
XI Padilla	22	38	53,835	2.1
XII Altamira	23	44	152,924	0.9
Total	295	603	1,575,507	1.1



Fuente: Nº de Centros de Salud. Secretaría de Salud de Tamaulipas. Directorio CLUES 23 Junio 2017. Unidades SSA Nº de Consultorios. Sinerhías, SST. 2015. Población según derechohabencia. DGIS.

Las jurisdicciones de Victoria y Tampico se encuentran con valor mayor a uno, lo que indica cobertura adecuada. En el caso de la jurisdicción de Victoria cuenta con 2 hospitales generales y uno de especialidad, el Hospital Infantil de Tamaulipas. A pesar de que éste es un hospital de tercer nivel, cubre en gran medida la hospitalización de segundo nivel que no atiende el hospital general de esta jurisdicción, lo que plantea la necesidad de un reordenamiento para regularizar el estatus de estas unidades e incrementar su eficiencia.

Asimismo, en el esquema de regionalización estatal se prevé que la población de la jurisdicción de Padilla sea atendida por los hospitales de Victoria, situación que de hecho ocurre y propicia mejor cobertura, ya que la jurisdicción 11 solo tiene el Hospital Integral de Abasolo y su indicador alcanza 0.22 camas por cada 1,000 habitantes y el flujo de las y los pacientes es hacia la capital del Estado. Conviene también señalar que esta jurisdicción cuenta con 2 hospitales del IMSS-Prospera, uno en San Carlos y otro en Soto la Marina.

En el caso de la jurisdicción de Tampico, el hospital de especialidad con el que cuentan es el psiquiátrico y tiene cobertura estatal para esta especialidad, y los hospitales General y Civil en función, son los que dan cobertura al segundo nivel de atención, y dado el flujo habitual de la población contigua, atienden a los habitantes de la zona huasteca que acuden hacia estas unidades hospitalarias.

Cabe destacar que el Hospital General de Tampico se ha renovado recientemente con el mismo número de camas censables que disponía en sus antiguas instalaciones. Por su parte, el Hospital Civil de Madero se encuentra en funciones con 82 camas y está en construcción el nuevo hospital para sustituirlo, considerando un incremento a 90 camas censables. Una característica importante de ambos hospitales es el fortalecimiento de los servicios de diagnóstico y terapéuticos, así como las camas no censables para mejorar la calidad y capacidad resolutive de la unidad. Destaca también, que se dispondrá de un Centro Oncológico en el Hospital General de Madero.

La jurisdicción de Matamoros tiene 0.65 camas por cada 1,000 habitantes sin seguridad social. Actualmente su hospital tiene 124 camas censables y se construye el hospital que lo sustituirá con 120 camas censables y 94 camas no censables, lo que implica que el déficit de camas censables será mayor. Se previó que este nuevo hospital pueda crecer en la medida que su ocupación lo demande, dado que ésta no ha sido mayor a 65% en los últimos 5 años.

En la jurisdicción de Reynosa se dispone de 2 hospitales con 200 camas en total y un indicador de 0.79 camas censables por cada 1,000 habitantes sin seguridad social. El Hospital General de Reynosa tiene ocupación mayor al 80% y el Hospital Materno Infantil de Reynosa de 60%. En este último recientemente se amplió la capacidad instalada en el servicio de pediatría en 21 camas. No obstante, se aprecia un déficit en camas hospitalarias en la región, principalmente por tratarse de un municipio con fuerte crecimiento demográfico, en especial de migrantes del Estado de Veracruz que buscan emplearse en las empresas maquiladoras o bien pasar a Estados Unidos, pero finalmente se establecen en la periferia de la ciudad y pasan a ser las y los usuarios de los Servicios de Salud del Estado.

En la jurisdicción de Nuevo Laredo se dispone de 2 hospitales generales con 114 camas censables y un indicador de 0.67 camas por cada 1,000 habitantes, que refleja un déficit importante en esta ciudad, que también tiene un fuerte crecimiento demográfico. El Hospital General requiere acciones de fortalecimiento, conservación, mantenimiento y ampliación a un mínimo de 90 camas, en tanto que el Hospital Civil requiere ser sustituido y ampliado por uno nuevo con un mínimo de 60 camas, para fortalecer su capacidad resolutive y de cobertura.

La jurisdicción de El Mante tiene un Hospital General de 60 camas censables, con un indicador de 0.75 camas por cada 1,000 habitantes, con una ocupación del 90%, que plantea la necesidad de ampliación a una unidad de 90 camas en el corto plazo; situación que puede ser llevada a cabo en la misma unidad.

La jurisdicción sanitaria de San Fernando tiene una unidad de 37 camas censables, con un indicador de 0.77 camas por cada 1,000 habitantes y una ocupación de 38.5%. Está previsto que esta unidad sea sustituida por una nueva con 40 camas, principalmente por estar en una zona de riesgo, en la que ante eventos de lluvia extrema existen inundaciones. Para ello, se dispone de terreno en una zona sin riesgo y se cuenta con las autorizaciones pertinentes.

La jurisdicción de Jaumave cuenta con un Hospital Integral con 15 camas y un indicador de 0.37 camas por cada 1,000 habitantes, con una ocupación del 12%. Este hospital requiere fortalecimiento de sus áreas quirúrgica y hospitalaria.

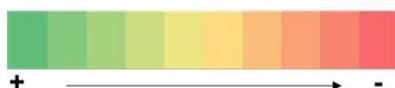
La jurisdicción sanitaria de Miguel Alemán cuenta con un Hospital Integral con 10 camas y un indicador de 0.24 camas por cada 1,000 habitantes con una ocupación de 37%. La unidad requiere ampliación a Hospital General con 30 camas, como paso inmediato para atender la cobertura regional. En caso de concretar el crecimiento y por la situación de desarrollo energético de la zona, se prevé que la capacidad deba incrementar aún más, no obstante que el IMSS ya cuenta con una unidad de 46 camas censables.

La jurisdicción sanitaria de Valle Hermoso cuenta con 2 hospitales generales, el de Río Bravo con 30 camas censables y el de Valle Hermoso con 23; el indicador de camas por cada 1,000 habitantes es de 0.59, lo que implica un déficit de 41 camas. La ocupación actual de ambos hospitales es de 30.2% y 88.3%, respectivamente. El Hospital General de Río Bravo deberá fortalecer sus servicios, principalmente las áreas hospitalarias, el área quirúrgica, gineco-obstétrica y pediátrica. Requerirá incrementar los médicos especialistas, disminuir los servicios de medicina general, trasladarlos a los centros de salud y establecer un adecuado mecanismo de referencia y contra referencia con los hospitales generales de Reynosa. La jurisdicción sanitaria de Altamira cuenta con 1 Hospital General con 60 camas y 1 integral de 13, con un indicador de 0.48 camas por cada 1,000 habitantes y una ocupación de 41% y 32%, respectivamente. El Hospital General de Altamira deberá mejorar la calidad de atención y fortalecer los mecanismos de acceso para incrementar la cobertura de su población. Por su parte, el Hospital Integral de Aldama deberá valorar su sustitución y convertirse en un Hospital General con 30 camas, que cuente con las especialidades básicas, capacidad resolutive adecuada y médicos especialistas suficientes, para brindar atención sin requerir desplazar a las y los pacientes.

El promedio de camas por cada 1,000 habitantes sin seguridad social es de 0.83, si únicamente se considera la población adscrita a la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular (1,402,265), el indicador asciende a 0.93, lo que refleja la necesidad de incrementar la infraestructura del segundo y tercer nivel.

Ilustración 67: Hospitales según camas censables por cada 1000 habitantes sin seguridad social. Tamaulipas 2016.

Jurisdicción sanitaria	Nº hospitales	Nº camas	Población S/SS	Camas x 1000 hab.	Camas x hospital
Estado de Tamaulipas (H. Alta Especialidad)	1	94	1,575,507	0.06	94.0
I Victoria	3	333	196,253	1.7	111.0
II Tampico	3	232	203,501	1.14	77.3
III Matamoros	1	138	213,681	0.65	138.0
IV Reynosa	2	221	281,526	0.79	110.5
V Nuevo Laredo	2	114	169,102	0.67	57.0
VI El Mante	1	60	79,798	0.75	60.0
VII San Fernando	1	40	52,225	0.77	40.0
VIII Jaumave	1	15	40,874	0.37	15.0
IX Miguel Alemán	1	10	41,362	0.24	10.0
X Valle Hermoso	2	53	90,426	0.59	26.5
XI Padilla	1	12	53,835	0.22	12.0
XII Altamira	2	73	152,924	0.48	36.5
Total		1,301	1'575,507	0.83	65.05



Nota: En la Jurisdicción Sanitaria de Tampico (II) se ha tenido en cuenta en la contabilización del número de camas las correspondientes al hospital psiquiátrico (43), si se excluyen estas camas del cómputo global la ratio de número de camas por cada 1,000 habitantes disminuye a 0.93 camas.

Fuente: Secretaría de Salud de Tamaulipas. Directorio CLUES 23 Junio 2017. Unidades SSA

La Secretaría de Salud a través del Seguro Popular cuenta con 15 unidades especializadas, que corresponden al Centro de Internamiento y Rehabilitación Renacer, Centro Estatal de Salud Mental Villas de la Esperanza, 2 centros de Atención a la Juventud y 1 red de 11 centros para la atención integral y reducción de riesgos sexuales, principalmente para vigilancia y control de personas con mayor exposición.

Estas unidades se vinculan y aplican la normatividad vigente para la prevención y promoción de la salud según los grupos expuestos. Tiene una coordinación estatal y unidades operativas en 10 jurisdicciones sanitarias.

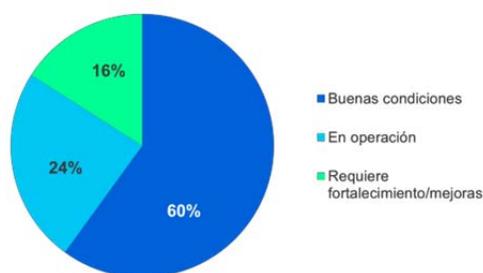
Las unidades de especialidades médicas se han incrementado en los últimos 10 años acorde al Modelo Integrado de Atención a la Salud. Actualmente existen 33 en el Estado, de las cuales 16 corresponden a UNEME CAPA, Nueva Vida para la prevención y atención de las adicciones, 5 son CAPASITS, Centro Ambulatorio de Prevención y Atención de Sida e Infecciones de Transmisión Sexual, 3 UNEMES de enfermedades crónicas, 2 UNEME CISAME para prevención y atención de la salud mental, una UNEME de Cirugía Ambulatoria y 3 UNEMES de Hemodiálisis. Recientemente se construyeron 2 UNEME DEDICAM para la detección y diagnóstico del cáncer de mama. Las jurisdicciones de los municipios de Victoria, Tampico, Nuevo Laredo, Matamoros y Reynosa, concentran el 76% de estas unidades.

Se dispone de un Centro Estatal de Transfusión Sanguínea ubicado en ciudad Victoria, que procesa la mayor parte de las unidades de sangre y sus derivados, para garantizar su calidad e inocuidad y abastecer a la red hospitalaria mediante un proceso logístico que garantiza oportunidad. Asimismo, se cuenta con el Laboratorio Estatal de Salud Pública, que apoya a la vigilancia epidemiológica y de salubridad, con estudios de laboratorio de alta especialidad para el diagnóstico, referencia y seguimiento de los problemas y condiciones de salud pública del Estado. Dispone de instalaciones adecuadas, no obstante, el incremento en tecnologías, plantea la necesidad de ampliación de áreas.

Ilustración 68: Estado de situación de los centros de especialidades de los servicios de salud. Año 2016

Jurisdicción sanitaria	Buenas condiciones	En operación	Requiere fortalecimiento/mejoras	Requiere sustitución	Requiere concluir proyecto	Total Jurisdicción
I Victoria	8	1				9
II Tampico	2	1	2	1		6
III Matamoros	4	1	1			6
IV Reynosa	4		2			6
V Nuevo Laredo	4	1	1		1	7
VI El Mante	1	1				2
VII San Fernando	1	1				2
VIII Jaumave	1					1
IX Miguel Alemán	1	1				2
X Valle Hermoso	2	2				4
XI Padilla	1	1				2
XII Altamira	1	2				3
Total situación	30	12	6	1	1	50

Ilustración 69: Distribución los centros de especialidades de los servicios de salud por estado de situación. Año 2016



Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud

Los Servicios de Salud de Tamaulipas disponen de un sistema de planeación de infraestructura que se nutre de las necesidades identificadas por el personal de las jurisdicciones sanitarias y hospitales, para garantizar el acceso y calidad de la atención.

Con este fin, los Servicios de Salud de Tamaulipas participan en la integración del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMIFS), como instrumento rector para la planeación, desarrollo y reordenamiento de la infraestructura y el equipamiento médico, con el fin de racionalizar y priorizar los recursos para la inversión pública y garantizar la operación sustentable.

El PMIFS es un sistema de redes de servicios cuya finalidad es hacer más eficiente e incrementar la capacidad de respuesta de los SESA. Propone la optimización y ampliación de la capacidad instalada mediante la dignificación y remodelación de las unidades existentes y la creación de nuevas unidades. Este plan se basa en información sociodemográfica, epidemiológica, infraestructura disponible y proyecciones para los próximos años.

A nivel nacional se estructuraron 18 redes regionales de servicios, una de ellas con cabecera en Tamaulipas en consolidación operativa. Esta red se integra por un hospital regional de alta especialidad, hospitales generales, hospitales comunitarios, unidades de especialidades médicas (UNEMES) y unidades de primer nivel de atención. En Tamaulipas, las redes se integran como jurisdicciones sanitarias, 12 en total según se describió previamente.

El Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud se sustenta en el Certificado de Necesidad, para racionalizar la construcción de unidades, proteger al sistema de salud contra la sobre-oferta de servicios, optimizar del presupuesto para la inversión en salud, planear el crecimiento de la infraestructura en salud, garantizar la participación de autoridades y la transparencia en materia de infraestructura en salud.

A continuación se incluyen las acciones en infraestructura física en salud, del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud de Tamaulipas a junio de 2017.

Ilustración 70: Infraestructura física en salud del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, Tamaulipas. Junio 2017

Unidad médica	Obra nueva	Sustitución	Reemplazamiento	Ampliación	Ampliación y rehabilitación	Total por unidad médica
Unidad de Apoyo	6	0	0	0	0	6
Centro de Salud	38	14	109	104	2	267
Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA)	0	0	1	0	0	1
Unidad de Especialidades Médicas (UNEME)	35	0	0	0	0	35
Hospital de la Comunidad	2	0	0	1	0	3
Hospital General	3	2	1	0	0	6
Hospital Especializado	0	0	1	0	0	1
Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE)	1	0	0	0	0	1
Total por acción	85	16	112	105	2	320

Fuente: Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud de Tamaulipas. Actualizado a junio de 2017.

Recursos Humanos para la Salud

Las instituciones de salud integran personal de diferentes disciplinas, profesiones y niveles de capacitación, desde auxiliares, técnicos y profesionales con posgrado, llegando a 35,718 trabajadoras y trabajadores, según los registros institucionales al año 2016.

Este personal tiene el perfil para las funciones que debe realizar para brindar servicios a la población de su responsabilidad, no obstante, persisten limitaciones que requieren ser atendidas para disponer de trabajadoras y trabajadores de la salud mejor preparados y adecuadamente distribuidos en las unidades donde se necesiten sus servicios.

En algunos casos, los médicos eventuales bajo contrato pueden llegar a percibir la cuarta parte del salario de un médico de base, sin que existan diferencias laborales que lo justifiquen. Estas condiciones salariales impactan en todo el personal de salud que no está amparado por una base, afectando también en gran medida a las enfermeras.

El bajo salario y la ausencia de una certeza en el puesto de trabajo hace que muchas doctoras y doctores busquen alternativas laborales y prefieran otras modalidades de trabajo (por ejemplo, consultorios).

Estas condiciones desfavorables en las que se encuentran parte de los profesionales eventuales, genera dificultades para la cobertura de plazas, así como una elevada rotación de profesionales. En este sentido, tanto los médicos como las y los enfermeros aceptan trabajar en estas condiciones a la espera de encontrar una oportunidad laboral mejor.

En Tamaulipas las y los trabajadores de la salud corresponden a todas las categorías para un indicador de 10.1 por cada 1,000 habitantes. Por institución el mayor indicador lo tienen PEMEX, SEDENA y SEMAR con 17.8, le sigue el ISSSTE con 8.3, el IMSS 7.8, el Programa IMSS-Prospera con 4.6 y la SST con 9.8. El promedio nacional es de 6.4. La mayor parte de instituciones estatales lo supera.

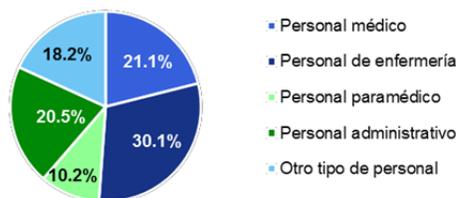
Ilustración 71: Recursos humanos de las instituciones del sector salud.

Categorías	IMSS	ISSSTE	PEMEX	IMSS PROSPERA	HRAEV	SST	Estado	%
Personal médico	2,926	658	304	196	147	3,289	7,520	21.1
Generales	216	173	80	107	0	1,150	1,726	4.8
Especialistas	1,800	385	200	17	116	1,010	3,528	9.9
En formación	615	59	0	46	31	738	1,489	4.2
Otras actividades	295	41	24	26	0	391	777	2.2
Personal de enfermería	3,710	785	323	319	268	5,339	10,744	30.1
Generales	1,710	287	56	21	84	1,710	3,868	10.8
Especialistas	685	185	99	-	184	778	1,931	5.4
En formación	125	12	98	5	0	1,002	1,242	3.5
Auxiliares	1,120	191	65	288	0	1,674	3,338	9.3
Otras actividades	70	110	5	5	0	176	366	1.0
Personal paramédico	0	198	158	26	106	3,140	3,628	10.2
Personal administrativo	2,278	1,084	324	188	72	3,391	7,337	20.5
Otro tipo de personal	3,905	239	515	14	46	1,771	6,490	18.2
Total	12,819	2,964	1,624	743	639	16,929	35,718	100.0

Fuente: Vi Informe de Gobierno. Registros institucionales. 2016

Por categorías, el 21.1% del total corresponde a médicos, el 30.1% a enfermeras y enfermeros, el 10.2% personal paramédico, 20.5% al administrativo y 18.2% al resto.

Ilustración 72: Recursos humanos de las instituciones del sector salud.



Fuente: VI Informe de Gobierno. Registros institucionales. 2016

Médicos

Las y los médicos son el recurso clave de las instituciones de salud, su importancia se confirma con el registro de 7,520 médicos generales, especialistas y en formación en 2016. El mayor porcentaje lo tiene la SST con el 43.7%, lo que supone un valor de 2.1 médicos por cada 1,000 habitantes. El indicador nacional es de 1.6, que es menor al indicador estatal. Por categoría predominan las y los médicos especialistas con el 44.9% y las y los generales con el 21.3%.

Enfermeras/Enfermeros

Con relación al personal de enfermería, el Estado tiene un indicador de 3 enfermeras o enfermeros por cada 1,000 habitantes. El mayor valor es para la SST, con 3.8 (49.7% del total), siendo el indicador nacional de 2.2.

La relación de enfermeras y enfermeros por médico es de 1:1.4 a nivel estatal, que supera el nivel nacional que es de 1:1.3 enfermeras y enfermeros por médico, superado por IMSS-Prospera, que cuenta con 1:1.7 y SST con una razón de 1:1.6.

Recursos humanos en el sector privado de salud

Los recursos humanos de las unidades médicas se dividen en personal médico en nómina y personal en acuerdo especial. El personal médico en nómina es aquél que está registrado en la plantilla del establecimiento y cuyo salario procede del hospital por la cobertura de una jornada laboral. Por otro lado, el personal médico en acuerdo especial es el contratado y remunerado por las y los usuarios que pagan por los servicios.

Al analizar el personal médico en nómina se observa como ha pasado de 206 profesionales en el 2014 a 249 en el año 2015. Los aumentos más notables fueron de las y los médicos pasantes con un incremento de 75%, seguido de las y los médicos especialistas con un 63% y, por último, las y los médicos dedicados a otras actividades que duplicaron su presencia.

En cuanto al personal médico en acuerdo especial, ha tenido en conjunto una disminución, pasando de 1,421 profesionales en el 2014 a 1,328. Sólo dos categorías de las cuatro consideradas han aumentado en número de profesionales, incluyendo éstas a médicos generales con un 7% y profesionales en otras actividades con un 167%. Cabe destacar que la disminución de odontólogos fue únicamente de un 4%.

Por último, tanto el personal de enfermería como los profesionales encargados de los procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento aumentaron en el 2015 un 5% y un 33% respectivamente. Sin embargo, el personal administrativo, de mantenimiento y limpieza, sufrieron una disminución de un 14% y un 1%, respectivamente.

Ilustración 73: Recursos humanos de las instituciones del sector privado de salud por tipología de contratación y categoría profesional. Años 2014 y 2015.

Categorías profesionales	2014	2015	Variación
Personal Médico en Nómina			
Médicos generales	147	151	3%
Médicos especialistas	48	78	63%
En formación	8	14	75%
Otras actividades	3	6	100%
TOTAL	206	249	
Personal Médico en Acuerdo			
Médicos Generales	192	206	7%
Médicos Especialistas	1,199	1,083	-10%
Odontólogos	24	23	-4%
Otras actividades	6	16	167%
TOTAL	1,421	1,328	
Personal No Médico que Labora			
Enfermería y personal paramédico	1,244	1,308	5%
Profesionales de procedimientos médicos	102	136	33%
Personal administrativo	570	490	-14%
Mantenimiento y limpieza	505	502	-1%

Fuente: INEGI

Anuario Estadístico y Geográfico de Tamaulipas. 2015 y 2016.

10. Servicios Otorgados

Servicios de Salud otorgados por Instituciones del Sector

En este Capítulo se tiene en consideración la información relativa a los servicios que se otorgan a la población por parte de las instituciones del sector salud, a través de su infraestructura en el Estado. En este sentido, el análisis de la actividad realizada en las diferentes tipologías de servicios, refleja una evolución desigual en el año 2015 con respecto a 2014.

De esta forma, en términos relativos el mayor incremento de actividad se produce en las consultas de planificación familiar que aumentaron un 13.9%. En menor medida, experimentan un crecimiento las sesiones de tratamiento (5.3%) y los egresos hospitalarios (4.7%).

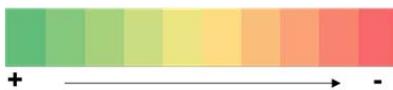
Por lo que se refiere a los servicios que disminuyeron su actividad, cabe destacar la reducción en el número de abortos registrados en el año 2015, considerando 4,940, cifra 26.7% menor respecto al año anterior. Igualmente, reduce significativamente su actividad la atención al parto, en un 17.1%.

Asimismo, otras actividades que reducen su actividad son las intervenciones quirúrgicas (13.3%), las dosis de biológicos aplicadas (11.7%), las pláticas en educación para la salud (6.5%) y los estudios de diagnóstico (5.8%).

Las consultas externas reducen ligeramente su actividad (0.2%), aunque por la cifra, podría decirse que se mantuvieron estables.

Ilustración 74: Servicios de salud otorgados. Sector Salud. Tamaulipas 2014 y 2015

Servicio	Total 2014	Total 2015	Var.	2015					
				IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	IMSS Prospera	SST
Consultas externas	10,328,861	10,309,116	-0.2%	4,063,643	814,937	691,283	74,073	375,989	4,289,191
Estudios de diagnóstico	13,693,760	12,902,538	-5.8%	6,920,356	744,899	781,565	108,889	332,511	4,014,318
Sesiones de tratamiento	2,119,776	2,232,808	5.3%	1,533,659	107,708	76,556	38,467	-	476,418
Egresos hospitalarios	184,449	193,063	4.7%	71,109	17,378	8,976	1,417	4,488	89,695
Intervenciones quirúrgicas	100,854	87,408	-13.3%	40,340	7,778	4,952	854	2,685	30,799
Defunciones hospitalarias	9,282	9,314	0.3%	5,073	778	381	35	78	2,969
Partos atendidos	49,974	41,451	-17.1%	366	1,107	15,938	204	1,177	22,659
Abortos registrados	6,742	4,940	-26.7%	2,353	195	151	10	151	2,080
Dosis de biológicos aplicadas	4,894,047	4,319,085	-11.7%	2,871,273	106,694	49,031	3,091	109,269	1,179,727
Pláticas educación para salud	674,045	630,227	-6.5%	-	7,843	5,639	958	38,245	577,542
Consultas de planificación familiar	242,500	276,328	13.9%	90,696	11,089	4,113	366	13,268	156,796



Fuente: Anuario estadístico y geográfico de Tamaulipas INEGI 2015 y 2016

Consultas Externas

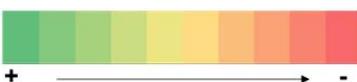
El número de consultas externas que se realizan en el sector público de salud en el Estado de Tamaulipas, apenas experimentó variación durante los años 2014 y 2015, manteniéndose en torno a los 10 millones 300 mil.

Del total de consultas, las generales representan el 69.1%, seguidas de las de especialidad que suponen el 16%. Con respecto al año 2014, en el 2015 las consultas generales se incrementan 1% y las de especialidad disminuyen un 3.5%.

En menor medida, se llevan a cabo consultas de urgencia, 9.6% y de odontología, 5.3%. Por lo que se refiere a la evolución en el año 2015, las consultas de urgencia se mantienen estables, mientras que las consultas odontológicas se reducen 5.1%.

Ilustración 75: Consultas otorgadas según tipo e institución del sector salud. Tamaulipas 2014 y 2015

Tipo de consulta	Total 2014	Total 2015	Var.	Año 2015					
				IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	IMSS Prospera	SSA
Total	10,328,861	10,309,116	-0.2%	4,063,643	814,937	691,283	74,073	375,989	4,289,191
General	7,058,839	7,126,556	1.0%	2,787,620	477,280	314,322	33,410	318,040	3,195,884
Especializada	1,712,114	1,652,368	-3.5%	592,377	284,102	262,097	31,805	15,133	466,854
De urgencia	983,439	984,870	0.1%	535,073	35,160	90,516	5,654	27,499	290,968
Odontológica	574,469	545,322	-5.1%	148,573	18,395	24,348	3,204	15,317	335,485



Fuente: Anuario estadístico y geográfico de Tamaulipas INEGI 2014 y 2015

Ilustración 76: Distribución del número de consultas según su tipología. Tamaulipas 2015

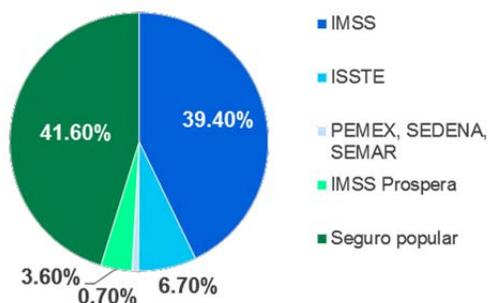
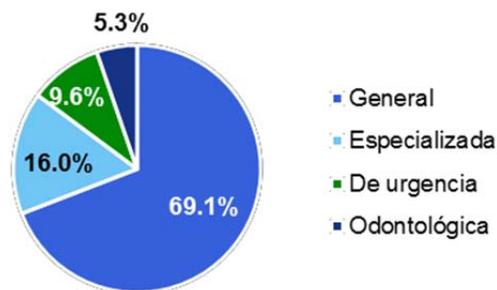


Ilustración 77: Distribución del número de consultas según institución de salud. Tamaulipas 2015



Fuente: Anuario estadístico y geográfico de Tamaulipas INEGI 2015 y 2016

Servicios auxiliares de diagnóstico

De acuerdo a la información estadística del INEGI, el número de personas a las que se les realizaron estudios diagnósticos se redujo de forma significativa en el año 2015 con respecto a 2014, un 7.2%. También se redujo, aunque en menor medida, el número de estudios diagnósticos realizados, un 5.8%.

Sin considerar la categoría “otros estudios de diagnóstico” que es la que en más se vio afectada en términos relativos por esta disminución de actividad, los estudios que porcentualmente se vieron mayormente impactados fueron los análisis clínicos y ultrasonidos, con un 6.0% y un 5.8%, respectivamente. Asimismo, reducen las pruebas de radiología en un 1.6%, pero se incrementan las pruebas de electro-diagnóstico y de anatomía patológica un 3.5% y un 2.8%, respectivamente.

Por término medio, a cada persona se le realizaron 5.5 análisis clínicos, 1.3 pruebas de radiología, 1.1 ultrasonidos y anatomía patológica, así como una prueba de electro-diagnóstico.

Ilustración 78: Servicios auxiliares de diagnóstico otorgados, por tipo e institución del sector salud. Tamaulipas 2014 y 2015

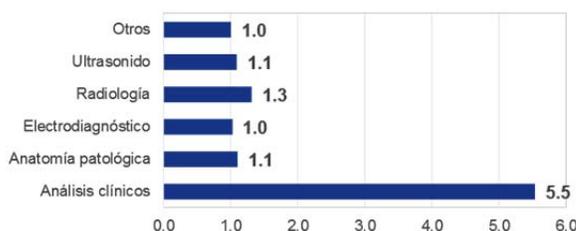
Tipo de estudio	Total 2014	Total 2015	Var.	2015					
				IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	IMSS Prospera	SST
Estudios de diagnóstico	13,693,760	12,902,538	-5.8%	6,920,356	744,899	781,565	108,889	332,511	4,014,318
Análisis clínicos	12,417,514	11,671,687	-6.0%	6,276,361	609,854	665,645	94,497	318,312	3,707,018
Anatomía patológica	113,962	116,960	2.6%	61,446	2,691	18,277	1,186	n.d.	33,360
Electro diagnóstico	131,760	136,370	3.5%	88,838	12,362	12,393	950	351	21,476
Radiología	793,436	780,357	-1.6%	368,120	103,644	68,311	10,029	13,471	216,782
Ultrasonido	192,148	180,976	-5.8%	113,103	15,990	13,895	1,929	377	35,682
Otros	44,940	16,188	-64.0%	12,488	358	3,044	298	0	0
Personas atendidas	3,361,307	3,120,835	-7.2%	1,622,392	296,187	226,176	27,368	45,732	902,980
Análisis clínicos	2,276,779	2,108,065	-7.4%	1,048,068	221,109	128,744	17,187	37,953	655,004
Anatomía patológica	105,332	106,029	0.7%	56,449	2,467	16,037	1,155	0	29,921
Electro diagnóstico	127,787	132,936	4.0%	88,527	10,126	12,393	20,940	n.d.	950
Radiología	628,936	592,583	-5.8%	306,032	45,967	61,171	5,849	7,779	165,785
Ultrasonido	180,750	165,173	-8.6%	110,828	16,191	4,895	1,929	n.d.	31,330
Otros	41,723	16,049	-61.5%	12,488	327	2,936	298	0	0



n.d.: no disponible.

Fuente: Anuario estadístico y geográfico de Tamaulipas INEGI 2015 y 2016

Ilustración 79: Promedio de número de estudios realizados según tipología por persona atendida. 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Anuario estadístico y geográfico de Tamaulipas INEGI 2016

Servicios Auxiliares de Tratamiento

Las instituciones del sector salud en el ámbito público realizaron en el año 2015 más de 2.2 millones de sesiones de tratamiento, suponiendo un crecimiento con relación al año anterior del 5.3% en el número de sesiones y del 21.7% en el volumen de personas atendidas.

Ilustración 80: Sesiones practicadas y personas atendidas en servicios auxiliares de tratamiento Instituciones del sector salud, según tipos de institución. Tamaulipas 2014 y 2015

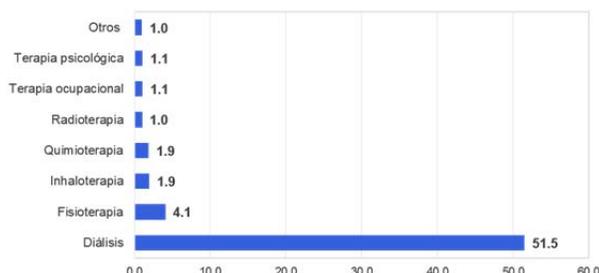
Tipo de tratamiento	Total 2014	Total 2015	Var.	Año 2015					
				IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	IMSS Prospera	SST
Sesiones de tratamiento	2,119,776	2,232,808	5.3%	1,533,659	107,708	76,556	38,467	0	476,418
Diálisis	1,047,879	1,055,435	0.7%	1,037,067	10,041	7,777	550	0	0
Fisioterapia	575,700	716,955	24.5%	422,181	95,157	62,200	20,058	0	117,359
Inhaloterapia	29,892	28,654	-4.1%	28,334	0	0	320	0	0
Quimioterapia	21,930	22,683	3.4%	17,576	2,329	2,756	22	0	0
Radioterapia	9,700	10,210	5.3%	0	181	0	10,029	0	0
Terapia ocupacional	36,584	342,849	837.2%	25,396	0	0	952	0	316,501
Terapia psicológica	10,786	29,244	171.1%	2,604	0	3,823	5,512	0	17,305
Otros b/	387,305	26,778	-93.1%	501	0	0	1,024	0	25,253
Personas atendidas	498,383	606,369	21.7%	90,780	3,922	5,194	30,055	0	476,418
Diálisis	13,579	20,503	51.0%	19,666	585	244	8	0	0
Fisioterapia	89,975	175,477	95.0%	40524	2,851	2,539	12,204	0	117,359
Inhaloterapia	13,747	14,724	7.1%	14,368	36	0	320	0	0
Quimioterapia	12,406	12,051	-2.9%	11,478	316	251	6	0	0
Radioterapia	8,608	10,163	18.1%	0	134	0	10,029	0	0
Terapia ocupacional	5,670	319,096	5527.8%	1,643	0	0	952	0	316,501
Terapia psicológica	9,415	27,577	192.9%	2,600	0	2,160	5,512	0	17,305
Otros b/	344,983	26,778	-92.2%	501	0	0	1,024	0	25,253



Fuente: Anuario estadístico y geográfico de Tamaulipas INEGI 2015 y 2016

Por término medio, se realizaron 51.5 tratamientos de diálisis por persona, 4.1 tratamientos de fisioterapia, 1.9 de inhaloterapia y quimioterapia y 1 de radioterapia.

Ilustración 81: Promedio de número de estudios realizados según tipología por persona atendida. 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Anuario estadístico y geográfico de Tamaulipas INEGI 2016

Prestaciones Otorgadas por los Servicios de Salud de Tamaulipas

En este apartado se analiza la información acerca de los servicios otorgados por los Servicios de Salud de Tamaulipas.

Servicios Hospitalarios

La red de servicios hospitalarios está integrada por 20 unidades, de las cuales 2 son de especialidad, 11 son hospitales generales, 3 hospitales civiles y 4 hospitales integrales. Esta infraestructura tiene como unidad de referencia al Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria.

En el año 2016 se generaron en los nosocomios de los Servicios de Salud 80,187 egresos hospitalarios, que permiten alcanzar un indicador de 50.9 por cada mil habitantes, considerando como población sin derechohabencia (las y los afiliados al IMSS-Prospera y el Seguro Popular) en ese mismo año de 1,575,507.

Los egresos se realizaron en su mayoría, 47.3%, en el ámbito de gineco-obstetricia, 18.1% en medicina interna, el 16.9% en cirugía, el 13% en pediatría, y un 4.7% en otros servicios.

La tasa de ocupación es un indicador del nivel de utilización de un hospital. Se considera que una tasa de ocupación mayor a 80%, supone un riesgo significativo para la seguridad de la o el paciente, favoreciendo el desarrollo de enfermedades nosocomiales resistentes e incrementando el tiempo para que las y los pacientes puedan acceder a una cama. Por otro lado, cifras menores denotan ineficiencia en la asignación y uso de recursos. En este sentido, el porcentaje de ocupación de la red hospitalaria en el año 2016 era de 65.88%, siendo superior al 80% sólo en 4 de los 20 hospitales. Estos hospitales son, el Hospital Civil de Madero (86.15), el Hospital General de Victoria (86.14), el Hospital General de Reynosa (85.94) y el Hospital General de Mante (81.74).

Asimismo, en condiciones estandarizadas, una estancia hospitalaria de menor duración representa un uso más eficiente de recursos. Esto es válido si la reducción en la estancia no se acompaña de disminución en la efectividad de las intervenciones o de un aumento en los eventos adversos.

El promedio de días estancia en los hospitales de los Servicios de Salud de Tamaulipas, es de 3.45 en el año 2016.

Ilustración 82: Indicadores de la Red Hospitalaria de los Servicios de Salud de Tamaulipas 2016.

UNIDAD HOSPITALARIA	EGRESOS						PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA	%OCUPACIÓN
	CIRUGÍA	M. INTERNA	PEDIATRÍA	GINECOOBS	OTROS	TOTAL		
General Tampico	1,173	1,577	1,440	4,226	458	8,874	4.23	68.51
General Matamoros	1,334	1,240	927	5,271	298	9,070	3.26	65.40
General Victoria	1,932	2,660	425	4,419	633	10,069	3.84	86.14
General Reynosa	1,554	1,538	1,337	2,758	476	7,663	4.91	85.94
Civil Victoria	1,181	1,126	625	2,513	434	5,879	3.30	55.35
Civil Madero	1,308	1,117	1,007	2,598	0	6,030	4.28	86.15
Materno Infantil	133	19	1,034	4,302	0	5,488	2.71	50.93
General Nuevo Laredo	976	948	777	1,917	217	4,835	3.49	69.09
General Altamira	632	748	334	1,214	341	3,269	3.50	52.21
General Mante	1,116	1,176	856	2,457	450	6,055	2.96	81.74
Civil Nuevo Laredo	0	62	811	2,805	0	3,678	2.22	47.68
General San Fernando	611	660	182	1,062	94	2,609	1.95	37.67
General Río Bravo	132	367	153	484	0	1,136	2.61	27.08
General Valle Hermoso	902	690	185	1,227	222	3,226	2.05	78.88
Integral Jaumave	25	115	25	62	23	250	1.95	8.89
Integral Aldama	161	172	164	298		795	1.71	28.62
Integral Abasolo	49	111	68	82	69	379	2.01	17.35
Integral Miguel Alemán	356	181	48	234	63	882	1.30	31.42
Total estatal	13,575	14,507	10,398	37,929	3,778	80,187	3.45	65.88
	16.9%	18.1%	13.0%	47.3%	4.7%	100.0%		

Fuente: Secretaría de Salud 2016

Intervenciones quirúrgicas

En los Servicios de Salud del Estado se disponen de 49 quirófanos en los que se realizaron en el 2016 un total de 36,336 cirugías. El Hospital General Victoria fue el que más intervenciones quirúrgicas realizó, con 5,166, seguido del Hospital General de Tampico, con 4,052.

El promedio diario de cirugías por quirófano, es un indicador que mide productividad quirúrgica y que permite valorar la necesidad de aumentar la capacidad instalada o bien establecer acciones correctivas que permitan agilizar y dar un mejor uso a los quirófanos para aumentar su productividad. En este sentido, se considera que el estándar óptimo de este indicador es de 5 cirugías diarias por quirófano, siendo el promedio diario calculado para el conjunto de hospitales de la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular de Tamaulipas de 2 en el año 2016. En ningún caso, los hospitales de la red hospitalaria estatal alcanzan el valor de 5. Los que presentan un promedio más elevado son el Hospital General de Mante, 3.56, junto con el Hospital General Victoria, 3.54.

Los hospitales que tienen mayor capacidad quirúrgica, son el Hospital General de Tampico y el Hospital General de Matamoros, con 8 y 6 quirófanos respectivamente, los cuales presentan una media diaria de 1.39 y 1.68 intervenciones.

Ilustración 83: Cirugías realizadas. Red Hospitalaria de los Servicios de Salud de Tamaulipas 2016

UNIDAD HOSPITALARIA	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	Nº QUIRÓFANOS	PROMEDIO DIARIO DE CIRUGÍAS POR QUIRÓFANO
General Tampico	4,052	8	1.39
General Matamoros	3,689	6	1.68
General Victoria	5,166	4	3.54
General Reynosa	3,407	3	3.11
Civil Victoria	3,503	4	2.40
Civil Madero	2,629	4	1.80
Materno Infantil	2,304	2	3.16
General Nuevo Laredo	1,681	3	1.54
General Altamira	1,552	2	2.13
General Mante	2,600	2	3.56
Civil Nvo Laredo	2,327	2	3.19
General San Fernando	778	2	1.07
General Río Bravo	385	2	0.53
General Valle Hermoso	1,424	1	3.90
Integral Jaumave	0	1	
Integral Aldama	298	1	0.82
Integral Abasolo	15	1	0.04
Integral Miguel Alemán	526	1	1.44
Total estatal	36,336	49	2.0

Fuente: Secretaría de Salud 2016

Nacimientos

Los nacimientos atendidos en los Servicios de Salud del Estado en 2015 fueron 30,453, de ellos 19,254 por parto vaginal y 11,199 por cesárea, siendo este último el 36.8 % del total.

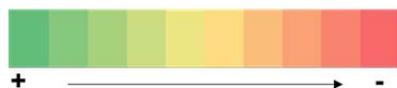
En los hospitales generales se atendieron 15,414 partos, correspondió al Hospital General Tampico el mayor número de atenciones con 3,018, seguido del Hospital General de Matamoros con 3,014 y el Hospital Materno Infantil de Reynosa con 2,526. En los hospitales civiles se atendieron 3,494 partos y en el de ciudad Victoria el mayor número con 1,215. En los hospitales integrales se atendieron 346 partos anuales, mientras que el número de cesáreas realizadas fue de 11,199. En cuanto a participación por tipo de hospital, la mayor parte de estos procedimientos se realizaron en hospitales generales, el 78.6%; mientras que en los hospitales civiles atendieron sólo 21.4%.

El porcentaje de nacimientos por cesárea, es un indicador de calidad de atención obstétrica. Durante el 2015 el porcentaje de cesáreas a nivel estatal fue de 36.8%, lo que supone cifras elevadas que rebasan la norma nacional de 25% y la recomendada internacionalmente del 15%. Este aumento de la práctica de cesáreas puede distraer recursos de otros servicios en aquellos hospitales sobrecargados y frágiles, además de suponer un aumento de los costos, pues las mujeres sometidas a cesáreas requieren de más días de hospitalización y utilización de medicamentos como analgésicos que pueden provocar efectos secundarios.

Ilustración 84: Nacimientos por partos o cesárea. Red Hospitalaria de los Servicios de Salud de Tamaulipas 2015

Unidad hospitalaria	Partos atendidos	Cesáreas realizadas	%de nacimientos por cesárea
General Tampico	3,018	1,014	25.1
General de Matamoros	3,014	1,132	27.3
General Victoria	1,936	1,879	49.3
General Reynosa	1,262	643	33.8
Civil Victoria	1,215	687	36.1
Civil Madero	1,136	919	44.7
Materno Infantil Reynosa	2,526	1,483	37.0
General Nuevo Laredo	957	486	33.7
General Altamira	402	425	51.4
General Mante	1,031	920	47.2
Civil Nuevo Laredo	1,143	785	40.7
General San Fernando	436	283	39.4

General Río Bravo	393	53	11.9
General Valle Hermoso	439	318	42.0
Integral Jaumave	29	0	0.0
Integral Aldama	151	109	41.9
Integral Abasolo	55	1	1.8
Integral Miguel Alemán	111	62	35.8
Estatal	19,254	11,199	36.8



Fuente: SAEH-2015* cifras preliminares

Consultas Externas

La consulta de especialidad es una actividad clave de las unidades hospitalarias. Durante el año 2016 se realizaron un total 596,960 consultas, de las cuales el 61.7% fueron de alguna especialidad.

El Hospital General Tampico fue el que realizó el mayor volumen de consultas, con un total de 177,867, siendo la media de consultas al día de 705.82, muy superior al promedio de consultas diarias que realizan el resto de hospitales. De esta forma, los hospitales que más consultas realizan son el Hospital Civil de Madero, el General de Matamoros y el General de Victoria, con 49,324, 47,776 y 46,423 consultas totales respectivamente.

Ilustración 85: Consultas de especialidad y generales. Red Hospitalaria de los Servicios de Salud de Tamaulipas 2016

Unidad Hospitalaria	Especialidad	General	Totales	%Consultas por Tipo		Promedio Diario de Consulta
				Especialidad	General	
General Tampico	92,768	85,099	177,867	52.2	47.8	705.82
General Matamoros	25,575	22,201	47,776	53.5	46.5	189.59
General Victoria	46,335	88	46,423	99.8	0.2	184.22
General Reynosa	13,688	3,211	16,899	81.0	19.0	67.06
Civil Victoria	9,070	137	9,207	98.5	1.5	36.54
Civil Madero	48,906	418	49,324	99.2	0.8	195.73
Materno Infantil	17,438	25,542	42,980	40.6	59.4	170.56
General Nuevo Laredo	25,173	5,576	30,749	81.9	18.1	122.02
General Altamira	15,282	2,971	18,253	83.7	16.3	72.43
General Mante	18,005	30	18,035	99.8	0.2	71.57
Civil Nuevo Laredo	13,656	10,335	23,991	56.9	43.1	95.20
General San Fernando	15,516	5,744	21,260	73.0	27.0	84.37
General Río Bravo	8,900	5	8,905	99.9	0.1	35.34
General Valle Hermoso	3,487	9,860	13,347	26.1	73.9	52.96
Integral Jaumave	1,944	24,844	26,788	7.3	92.7	106.30
Integral Aldama	3,715	1,736	5,451	68.2	31.8	21.63
Integral Abasolo	2,587	17,957	20,544	12.6	87.4	81.52
Integral Miguel Alemán	6,165	12,996	19,161	32.2	67.8	76.04
TOTAL ESTATAL	368,210	228,750	596,960.0	61.7	38.3	2,369.0

Fuente: Secretaría de Salud 2016

Estudios Diagnósticos

Los estudios complementarios para el diagnóstico son una parte importante de las actividades hospitalarias. En 2015 se realizaron 3,488,573 estudios de laboratorio, destacando el Hospital General Matamoros con 660,741 estudios, representando el 18.9% de los reportados. Por su parte, el Hospital General Reynosa realizó 365,918 estudios y el Hospital General Tampico 359,994.

Los estudios de radiodiagnóstico realizados por las unidades hospitalarias en el 2015 fueron 367,629. En los hospitales generales es donde más se realizaron este tipo de estudios, incluyendo al Hospital General Victoria con 53,457, el Hospital General Mante con 43,871 y el Hospital General Reynosa con 40,525.

En 2015 se realizaron 68,949 estudios de ultrasonografía en los hospitales de los Servicios de Salud de Tamaulipas; el mayor volumen se registró en los Hospitales General y Civil Victoria con 12,318 en y 13,178 estudios, respectivamente. Se identifica que el Hospital General Reynosa tiene muy poco registro de estos estudios.

Ilustración 86: Estudios de diagnóstico realizados. Red Hospitalaria de los Servicios de Salud de Tamaulipas 2015

Unidad hospitalaria	Estudios de Laboratorio	Estudios Radiodiagnóstico	Estudios Ultrasonografía
General Tampico	359,994	20,606	6,886
General Matamoros	660,741	17,775	3,462
General Victoria	350,564	53,457	12,318
General Reynosa	365,918	40,525	72
Civil Victoria	193,623	26,675	13,178
Civil Madero	262,769	21,245	4,920
Materno Infantil Reynosa	202,654	12,997	3,546
Infantil de Tamaulipas	218,948	33,206	1,770
General Nuevo Laredo	191,539	29,195	4,928
Psiquiátrico	0	0	0
General Mante	148,807	43,871	4,834
General Altamira	101,015	13,678	4,163
Civil Nuevo Laredo	57,099	5,800	3,634
General San Fernando	79,358	14,092	560
General Río Bravo	48,769	1,868	288
General Valle Hermoso	134,019	14,569	0
Integral Jaumave	52,852	6,604	2,234
Integral Aldama	34,759	6,290	0
Integral Abasolo	11,244	3,238	32
Integral Miguel Alemán	13,901	1,938	2,124
Estatal	3,488,573	367,629	68,949

Fuente: SIS 2015* cifras preliminares

Servicios de Primer Nivel de Atención

La consulta externa en el primer nivel de atención se ha incrementado en los últimos años. En el 2015, la consulta de medicina general alcanzó el 91% del total de atenciones médicas, seguida por las de odontología y especialidad. En el periodo de 2010 al 2015 hubo un incremento de 1'134,894 consultas, 55.2%, a expensas principalmente de la consulta general, la cual aumentó en 60%. De las 12 jurisdicciones sanitarias, solo en tres se dan consultas de especialidad en forma regular; en la de Victoria, Miguel Alemán y Nuevo Laredo.

Ilustración 87: Consultas en primer nivel de atención por tipo. Tamaulipas 2015.

Jurisdicción	Total	General	%	Especializada	%	Dental	%
I. Victoria	740,405	665,246	89.8	9,255	1.25	65,904	8.9
II. Tampico	272,637	247,238	90.7	0	0.00	25,399	9.3
III. Matamoros	433,765	397,956	91.7	89	0.02	35,720	8.2
IV. Reynosa	329,902	299,240	90.7	0	0.00	30,662	9.3
V. Nuevo Laredo	168,686	133,200	79.0	856	0.51	34,630	20.5
VI. El Mante	233,687	220,315	94.3	17	0.01	13,355	5.7
VII. San Fernando	198,435	192,504	97.0	0	0.00	5,931	3.0
VIII. Jaumave	135,832	126,437	93.1	0	0.00	9,395	6.9
IX. Miguel Alemán	70,855	63,617	89.8	1,222	1.72	6,016	8.5
X. Valle Hermoso	173,441	164,238	94.7	7	0.00	9,196	5.3
XI. Padilla	198,395	186,495	94.0	8	0.00	11,892	6.0
XII. Altamira	233,144	209,157	89.7	17	0.01	23,970	10.3
TOTAL	3,189,184	2,905,643	91.1	11,471	0.36	272,070	8.5

Fuente: DGIS Cubos Dinámicos 2015 preliminar

En el 2015 la Jurisdicción de Victoria otorgó el 22.9% del total de consultas médicas y la de Matamoros el 13.7%. El indicador de consultas de medicina general por cada 1,000 habitantes de población sin seguridad social en las jurisdicciones sanitarias es de 1,816 a nivel estatal, con variación de 793 en Nuevo Laredo y 4,343 en San Fernando. La baja demanda en Nuevo Laredo se explica por causas que requieren mayor desglose de la información para su análisis.

El análisis del promedio de “consultas médicas por día médico” es un indicador de productividad y desempeño del médico. En el 2015 el promedio estatal fue de 11.3, la variación entre las jurisdicciones es de 6 en Miguel Alemán y 18.3 en San Fernando, ésta junto con Padilla 14.6 y Victoria con 13.3, son las jurisdicciones con la productividad más elevada, en tanto las que tienen productividad menor, además de Miguel Alemán, son Tampico con 7.1 y Valle Hermoso con 8.9. El estándar estatal de productividad de consultas por día médico es 18.

Las consultas de especialidad en el primer nivel de atención son 11,471, el 0.3% del total. El 80.6% es otorgado en la Jurisdicción de Victoria, el 10.6 en Miguel Alemán y el 7.4 en Nuevo Laredo. En 4 jurisdicciones no se otorga esta consulta y en las restantes cinco, su volumen es mínimo. En términos de productividad se identifica que en 11 jurisdicciones que disponen de una o un médico especialista no se alcanza a otorgar un mínimo de consultas diarias que justifiquen su participación, por lo que deberán valorarse estrategias para su mejor productividad o, en su caso, su reubicación.

Las atenciones de salud mental se otorgan por personal de psicología adscrito a los centros de salud. En 2015 se brindaron 35,425 atenciones y 5 jurisdicciones, Victoria, Mante, Altamira, Nuevo Laredo y Tampico concentraron el 79.2%. 4 jurisdicciones tienen productividad muy baja, menor a 1,000 atenciones anuales, lo que equivale a solo cuatro atenciones diarias y que hace necesario establecer medidas para fortalecer su desempeño.

Ilustración 88: Consultas médicas por tipo, por Jurisdicción Sanitaria. Tamaulipas 2015

Jurisdicción Sanitaria	General	Razón por cada 1000 hab.	Promedio día/médico	Especializada	Salud mental
I. Victoria	665,246	3,405	13.3	9,255	18,050
II. Tampico	247,238	1,220	7.1	0	1,781
III. Matamoros	397,956	1,874	11.5	89	1,606
IV. Reynosa	299,240	1,073	11.0	0	1,054
V. Nuevo Laredo	133,200	793	12.2	856	2,094
VI. El Mante	220,315	1,911	12.4	17	2,409
VII. San Fernando	192,504	4,343	18.3	0	953
VIII. Jaumave	126,437	2,820	11.5	0	957
IX. Miguel Alemán	63,617	1,984	6.0	1,222	711
X. Valle Hermoso	164,238	1,782	8.9	7	1,115
XI. Padilla	186,495	3,463	14.6	8	970
XII. Altamira	209,157	1,308	11.1	17	3,725
Estatal	2,905,643	1,816	11.3	11,471	35,425

Fuente: Sistema de información en salud, DGIS cubos, 2015

Consultas Dentales

En 2015 se otorgaron 272,070 consultas odontológicas, la Jurisdicción de Victoria entregó el 24.2%, Matamoros el 13.1%, Nuevo Laredo el 12.7%, y Reynosa el 11.2%. En términos de cobertura, el indicador de consultas por cada 1,000 habitantes sin seguridad social en el Estado es de 170, y las jurisdicciones sanitarias de Victoria, Padilla, Jaumave, Mante, Nuevo Laredo y Miguel Alemán tienen los valores más elevados con más de 180 en cada una.

El promedio de consulta por día odontólogo en 2015 fue de 4.3 a nivel estatal y los resultados varían considerablemente, de 1.9 en Tampico hasta 13.7 en Nuevo Laredo. La productividad en atención restaurativa es limitada y se requiere verificar las causas, en especial de equipamiento y existencia de insumos.

Ilustración 89: Consultas médicas por tipo, por Jurisdicción Sanitaria. Tamaulipas 2015.

Jurisdicción Sanitaria	Consultas dentales	Razón por mil habitantes	Promedio consulta de odontología por día/odontólogo
I. Victoria	66	337	4,7
II. Tampico	25	125	1,9
III. Matamoros	36	168	3,6
IV. Reynosa	31	110	3,7
V. Nuevo Laredo	35	206	13,7
VI. El Mante	13	116	4,1
VII. San Fernando	6	134	5,9
VIII. Jaumave	9	210	6,2
IX. Miguel Alemán	6	188	4,0
X. Valle Hermoso	9	100	2,4
XI. Padilla	12	221	11,8
XII. Altamira	24	150	6,3
Estatal	272	170	4,3

Fuente: DGIS Cubos Dinámicos 2015 preliminar

Atención perinatal

En 2015 se registraron 90,517 consultas prenatales en el primer nivel de atención para atender a 26,062 embarazadas identificadas de primera vez, quienes fueron atendidas durante el año. Con ello se integra un indicador de 3.5 consultas durante su embarazo, cifra que requiere ser incrementada para garantizar un control y seguimiento efectivo para la atención perinatal de las embarazadas y sus productos. El estándar del programa es de 5 consultas durante el embarazo de cada mujer. Las jurisdicciones sanitarias con indicador de consulta prenatal más elevado son Padilla con 4.9, El Mante con 4.6, Jaumave y Miguel Alemán con 4.3 respectivamente y el resto tienen un promedio menor a 4.

Ilustración 90: Consultas en primer nivel de atención por tipo. Tamaulipas 2015

Jurisdicción	Consultas prenatales	Consultas de primera vez	Promedio consultas por embarazada
I. Victoria	16,887	4,599	3.7
II. Tampico	8,407	2,574	3.3
III. Matamoros	13,917	3,451	4.0
IV. Reynosa	10,127	4,114	2.5
V. Nuevo Laredo	9,317	3,108	3.0
VI. El Mante	7,456	1,630	4.6
VII. San Fernando	3,319	829	4.0
VIII. Jaumave	1,927	444	4.3
IX. Miguel Alemán	2,503	581	4.3
X. Valle Hermoso	5,473	1,664	3.3
XI. Padilla	3,268	671	4.9
XII. Altamira	7,916	2,397	3.3
TOTAL	90,517	26,062	3.5

Fuente: DGIS Cubos Dinámicos 2015 preliminar

Referencia y contra-referencia

El modelo de atención contempla la coordinación entre los diferentes niveles de atención en salud mediante un sistema de referencia y contra referencia. De esta forma, cuando la complejidad clínica de un paciente excede la capacidad resolutoria de la unidad médica que le está atendiendo, ésta debe transferir al mismo a otra de mayor nivel, que disponga de las competencias necesarias para atenderlo adecuadamente. Este es el sistema de referencia, el cual conlleva al desarrollo de una serie de actividades administrativas y de atención para que la o el paciente sea referido correctamente.

De igual modo, una vez que la o el paciente finaliza su proceso de atención en el centro de mayor capacidad resolutoria, la o el médico deberá contra-referir a la o el paciente a la unidad médica que se lo transfirió, con el correspondiente informe clínico u hoja de contra-referencia.

El análisis comparado de la información del sistema de referencia y contra-referencia, refleja que en el año 2016 se incrementó el porcentaje de las y los pacientes que son referidos a una unidad médica de mayor complejidad, pasando de 2.6% en 2015 a 3.3% en 2016. Si se tienen en cuenta las jurisdicciones sanitarias, con carácter general, el porcentaje de las y los pacientes referenciados se incrementa, salvo en las jurisdicciones de Matamoros (III) y Miguel Alemán (IX).

Por el contrario, se aprecia una disminución en las y los pacientes que son contra-referidos, pasando del 17% en el año 2015 al 15.6% en el 2016. A pesar de ello, el análisis por jurisdicción refleja un incremento del porcentaje de las y los pacientes que son contra-referidos, en 7 de las 12 jurisdicciones. En el resto de jurisdicciones, las contra-referencias disminuyeron ligeramente, salvo en el caso de Matamoros (III) en el que se produce una reducción significativa.

En cualquier caso, el porcentaje medio de contra-referencia del Estado es muy bajo, ya que refleja que una vez que el 2^{do} o 3^{er} nivel de atención ha cumplido con su cometido, continúan ofreciendo atención a la o el paciente, cuando éste podría ser tratado en su centro de referencia a un menor costo y consumo de recursos, o bien se da de alta a la o el paciente, sin contra-referencia al centro derivador, para su seguimiento.

En este contexto, la Secretaría de Salud de Tamaulipas instaló en el año 2017 el Comité Estatal de Referencia y Contra Referencia, el cual permitirá vigilar, canalizar y agilizar el flujo de las y los pacientes de centros de salud a diferentes hospitales de Tamaulipas.

Ilustración 91: Comparación de referencias y contra referencias años 2015 y 2016

Jurisdicción Sanitaria	Año 2015				Año 2016			
	Ref.	% Ref. s/ consultas	Contra Ref.	% Contra Ref. s/ Ref.	Ref.	% Ref. s/ consultas	Contra Ref.	% Contra Ref. s/ Ref.
I. Victoria	19,640	3.0	6,551	33.0	16,129	5.1	5,549	34.4
II. Tampico	10,476	4.2	1,298	12.0	8,134	4.6	1,163	14.3
III. Matamoros	11,327	2.8	3,059	27.0	9,165	2.5	418	4.6
IV. Reynosa	7,359	2.5	50	1.0	5,953	3.2	63	1.1
V. Nuevo Laredo	4,253	3.2	116	3.0	3,894	4.4	157	4.0
VI. El Mante	4,429	2.0	282	6.0	4,125	2.5	168	4.1
VII. San Fernando	2,926	1.5	107	4.0	2,657	2.2	308	11.6
VIII. Jaumave	1,500	1.2	66	4.0	1,449	1.4	29	2.0
IX. Miguel Alemán	1,342	2.1	159	12.0	1,193	1.5	141	11.8
X. Valle Hermoso	3,808	2.3	63	2.0	4,158	2.6	194	4.7
XI. Padilla	2,733	1.5	744	27.0	2,512	2.7	605	24.1
XII. Altamira	6,939	3.3	895	13.0	6,357	3.8	1,485	23.4
Estatal	76,732	2.6	13,390	17.0	65,726	3.3	10,280	15.6

Fuente: Datos 2015. Sistema de información en salud, DGIS cubos, 2015. Cifras preliminares. Datos 2016. Secretaría de Salud de Tamaulipas.

11. Valoración Económica de los Servicios Otorgados

En este Capítulo se analiza la valoración económica que supone la prestación de los servicios financiados por el Régimen de Protección Social en Salud, por parte del Sistema de Salud de Tamaulipas.

Valoración global

El capital establecido por el Régimen de Protección Social en Salud corresponde a \$812'245,656.91 para el ejercicio 2016, formando parte de un total de \$1'197,209,257.62, correspondientes al cálculo del presupuesto con base en la productividad, indicado por los centros de salud y unidades médicas hospitalarias para ese mismo año.

En el gráfico adjunto se recoge la distribución del importe total (\$1'197,209,257.62) entre las principales partidas de gasto.

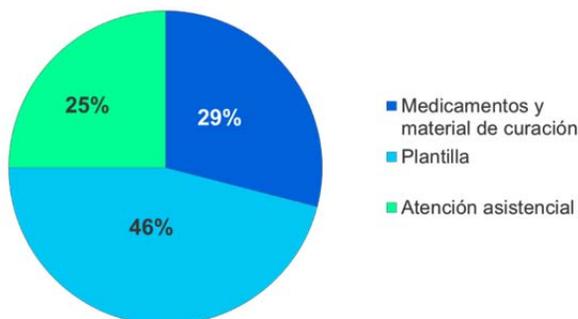
Ilustración 92: Importe presupuestado de los servicios de salud asumidos por los Servicios de Salud de Tamaulipas (millones de \$). Año 2016



Fuente: Secretaría de Salud de Tamaulipas.

En conjunto, el otorgamiento de servicios (consultas, curaciones, hospitalización y terapia) representa la mayor partida de gasto (33.2%), seguida del gasto en plantilla (29%), y en menor medida, por las partidas de medicamentos y material de curación (18.2%) y las pruebas diagnósticas (16.9%). La subrogación de servicios supone el 2.7% del total.

Ilustración 93: Distribución del importe de los servicios de salud asumidos por los Servicios de Salud de Tamaulipas. Año 2016



Fuente: Secretaría de Salud de Tamaulipas.

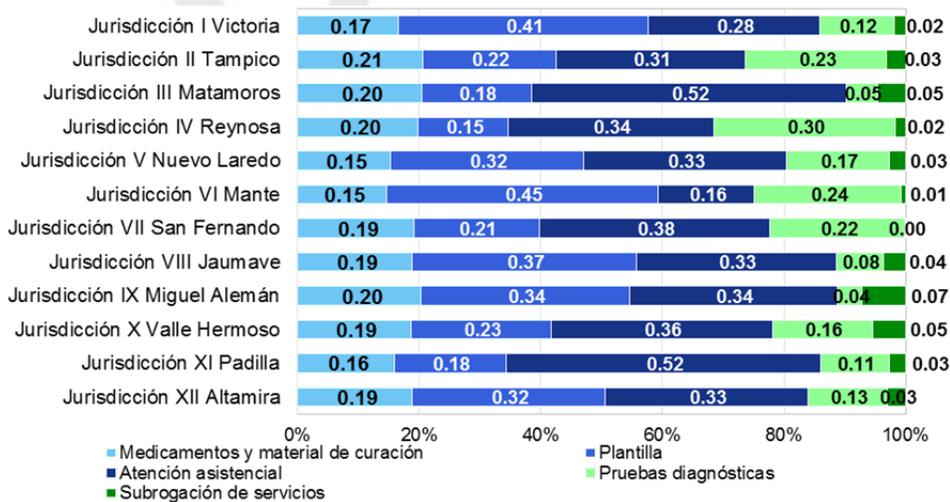
La distribución presupuestaria por partidas de gasto y jurisdicciones sanitarias refleja la existencia de diferencias significativas, tanto en el presupuesto de gasto en recursos humanos como en atención médica y pruebas diagnósticas.

De esta forma, el costo presupuestado para recursos humanos en la Jurisdicción de Mante (VI) y en la de Victoria (I) representa, respectivamente, el 45% y 41% del presupuesto. En otros casos, esta proporción es significativamente menor, como en Reynosa (IV), Matamoros (III) y Padilla (XI).

Tanto la jurisdicción de Matamoros (III), como la de Padilla (XI), presentan en términos relativos, los mayores porcentajes de gasto en atención médica, en ambos casos del 52%.

Por lo que se refiere al presupuesto destinado a la realización de pruebas diagnósticas es la jurisdicción de Reynosa, la que significativamente mayor gasto contempla, el 30% de su disponibilidad presupuestaria. Por el contrario, el gasto en esta partida por parte de las jurisdicciones de Miguel Alemán (IX) y de Matamoros (III) es mínimo, del 4% y 5%, respectivamente.

Ilustración 94: Distribución del importe de los servicios de salud asumidos por los Servicios de Salud de Tamaulipas por Jurisdicción Sanitaria. Año 2016.

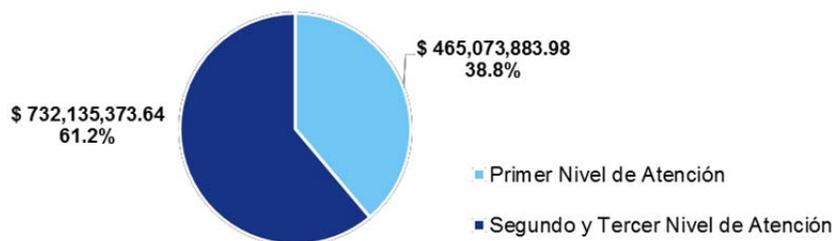


Fuente: Secretaría de Salud de Tamaulipas.

Gasto presupuestado por niveles de atención

La distribución del gasto presupuestado por niveles de atención, refleja que el segundo y tercer nivel de atención concentran el 61.2% del total, lo que representa \$732'135,373.64.

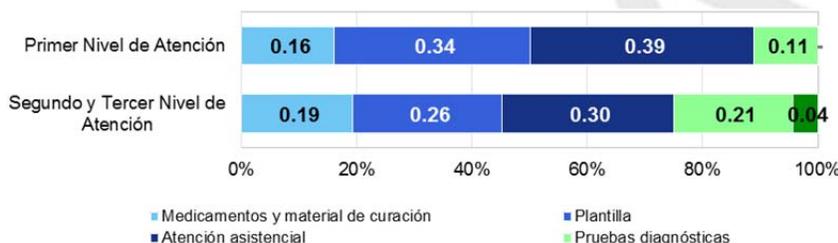
Ilustración 95: Distribución del importe de los servicios salud asumidos por los Servicios de Salud de Tamaulipas, según nivel de atención (total y %). Año 2016



Fuente: Secretaría de Salud de Tamaulipas.

El análisis comparativo de la distribución porcentual por partidas presupuestarias por niveles de atención refleja que, con relación a su presupuesto, los hospitales asumen un mayor esfuerzo en medicamentos y material de curación y pruebas diagnósticas como consecuencia del desarrollo de una actividad de mayor complejidad. Asimismo, la subrogación de servicios en el segundo y tercer nivel de atención representa el 4% de la disponibilidad presupuestaria en el ámbito hospitalario.

Ilustración 96: Distribución del importe de los servicios salud asumidos por los Servicios de Salud de Tamaulipas según nivel de atención y partidas presupuestarias (%). Año 2016



Fuente: Servicios de Salud de Tamaulipas

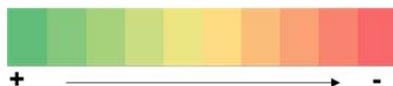
Atendiendo a la distribución presupuestaria por niveles de atención en las jurisdicciones sanitarias se observa que Victoria (I), Tampico (II) y Mante (VI), son las que mayor disponibilidad presupuestaria tienen por persona sin derechohabiente, respectivamente, \$1,476.06, \$1,197.4 y \$999.8. Por el contrario, las jurisdicciones de Altamira (XII) y Reynosa (IV) son las que cuentan con menores recursos por persona para atender a la población no derechohabiente. En el primer caso \$436.00 y en el segundo \$465.04

Ilustración 97: Distribución del presupuesto en atención y promedio por población sin derechohabiente según diferentes niveles de atención y jurisdicciones sanitarias. Año 2016

Jurisdicciones Sanitarias	Total niveles de atención		Primer Nivel de Atención		Segundo y Tercer Nivel de Atención	
	Monto	Promedio	Monto	Promedio	Monto	Promedio
I. Victoria	289,792,127	1,476.6	83,390,792	424.9	206,401,335	1,051.7
II. Tampico	203,467,738	999.8	63,327,148	311.2	140,140,590	688.6
III. Matamoros	123,845,618	579.6	72,387,717	338.8	51,457,902	240.8
IV. Reynosa	131,010,053	465.4	57,657,706	204.8	73,352,347	260.6
V. Nuevo Laredo	87,256,420	516.0	25,184,433	148.9	62,071,987	367.1
VI. El Mante	95,553,678	1,197.4	26,212,074	328.5	69,341,604	869.0
VII. San Fernando	44,910,900	860.0	28,555,398	546.8	16,355,502	313.2
VIII. Jaumave	27,957,189	684.0	20,347,548	497.8	7,609,641	186.2
IX. Miguel Alemán	24,362,239	589.0	13,976,077	337.9	10,386,162	251.1
X. Valle Hermoso	64,504,137	713.3	21,687,696	239.8	42,816,441	473.5
XI. Padilla	37,876,079	703.6	26,984,781	501.2	10,891,298	202.3
XII. Altamira	66,673,080	436.0	25,362,515	165.9	41,310,565	270.1
Total presupuesto	1,197,209,258	759.9	465,073,884	295.2	732,135,374	464.7

Nota: Para el cálculo del promedio se ha dividido el importe económico del monto entre la población sin derechohabiente en el año según proyecciones de CONAPO.

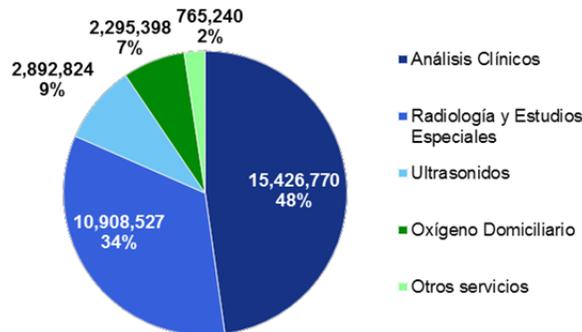
Fuente: Secretaría de Salud de Tamaulipas.



Subrogación de Servicios

El importe destinado a los servicios subrogados es de \$32'288,759.42, lo que representa el 2.7% del total considerado. De ellos, la mayor parte se destina a análisis clínicos (48%), así como a exámenes de radiología y estudios especiales (34%).

Ilustración 98: Distribución del importe de los servicios subrogados (\$ y %) por tipología de prestación de servicios. Año 2016



Fuente: Servicios de Salud de Tamaulipas.

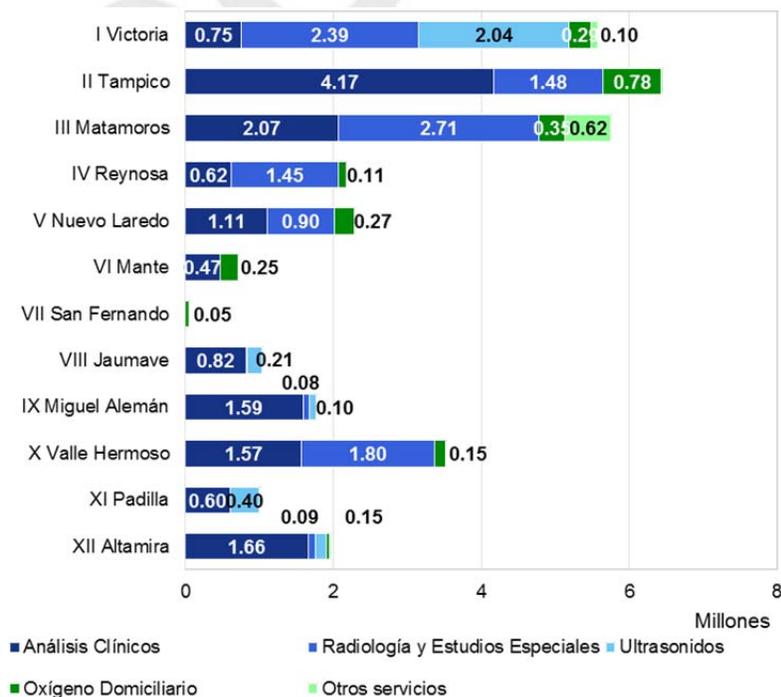
Con relación a las jurisdicciones sanitarias, todas ellas salvo San Fernando (VII), tienen subrogado los análisis clínicos con uno o varios proveedores. Igualmente, prácticamente todas las jurisdicciones salvo Victoria (I) tienen externalizado el servicio de oxígeno domiciliario, en todos los casos con un solo proveedor.

La mayor parte de las jurisdicciones tienen subrogado el servicio de pruebas diagnósticas de radiología y los estudios especiales, con la excepción de Mante (VI) y San Fernando (VII).

En menor medida, se externalizan las pruebas de ultrasonidos (5 jurisdicciones), los estudios de gastroendoscopias (2 jurisdicciones) y los estudios de neurología (1 jurisdicción).

En el siguiente gráfico se representa la distribución del importe de los servicios subrogados (en millones de pesos) por grandes partidas de gasto y atendiendo a cada jurisdicción sanitaria.

Ilustración 99: Servicios subrogados en las diferentes jurisdicciones sanitarias y número de proveedores (millones de \$). Año 2016



Fuente: Servicios de Salud de Tamaulipas.

12. Calidad y Satisfacción de los Usuarios

A continuación, se analizan diferentes indicadores de calidad, así como la percepción del usuario sobre el sistema de salud a partir de la información proporcionada por el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS). Este Sistema, es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud de los diferentes niveles de atención del sistema de salud, tanto en el Estado de Tamaulipas como a nivel nacional.

INDICAS presenta como objetivo general disponer de un sistema integral de medición para el Sistema Nacional de Salud que integre evidencias de mejora de la calidad técnica, calidad percibida y calidad en la gestión, adecuadas a las necesidades de información y evaluación de líneas de acción del SICALIDAD.



A continuación, se analizan los principales indicadores en los tres últimos años en el ámbito de Tamaulipas y se compara con el último año (2016) de promedio nacional.

Primer nivel de atención

Consultas Externas

La valoración del grado de satisfacción de la o el usuario con el trato digno en consulta externa, se refiere tanto al ámbito del primer nivel de atención como al segundo.

En general, el nivel de satisfacción de las y los usuarios del Sistema de Salud en Tamaulipas con el trato recibido en consultas externas es satisfactorio y se mantiene estable en los últimos 3 años analizados, salvo en el caso del surtimiento del medicamento. En este sentido, en el año 2016 la valoración de este aspecto ha empeorado, pasando de un 95.1 (nivel de satisfacción alto) a un 94.2 (nivel de satisfacción medio).

De forma comparada a nivel nacional, el nivel de satisfacción es más alto en el Estado de Tamaulipas que en el conjunto del país, especialmente en lo relativo al surtimiento de medicamentos.

Ilustración 100: Trato digno en consulta externa

Categorías	Estandar y semaforización			Estatal			Nacional
				Promedio 2014	Promedio 2015	Promedio 2016	Promedio 2016
Satisfacción por la oportunidad de la atención	≥85	≥70<85	<70	97.1	96.5	97.0	94.0
Satisfacción por la información proporcionada por el médico	≥85	≥70<85	<70	99.3	99.1	99.2	98.6
Satisfacción por el surtimiento de medicamento	≥95	≥80<95	<80	95.0	95.1	94.2	87.5
Satisfacción por el trato recibido	≥90	≥70<90	<70	98.7	98.4	98.5	97.0

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)

Consultas Externas Urbanas

El análisis de los indicadores de consultas externas en el ámbito urbano, reflejan una mejora significativa en el tiempo medio de espera para consulta. De esta forma, se produce una disminución sostenida en los tres últimos años, siendo en el año 2016 de 17.1 minutos frente al promedio nacional que es de 27.5 minutos.

De la misma forma, el porcentaje de usuarios que esperan menos de 30 minutos se ha incrementado de forma progresiva, hasta representar en el año 2016 el 94.5%, superior a la media nacional del 87.1%.

El surtimiento completo de medicamentos en consulta externa es el único indicador que presenta una desviación con relación al objetivo deseado. De esta forma, mientras que el estándar se sitúa en el 95% o más de las consultas, en el año 2016 este indicador era a nivel estatal del 87.5%, siendo similar en años anteriores. A pesar de ello, el indicador es superior a la media nacional que es del 81.0%.

Ilustración 101: Organización de los servicios en consulta externa urbana

Categorías	Estándar y semaforización			Estatal			Nacional
				Promedio 2014	Promedio 2015	Promedio 2016	Promedio 2016
Tiempo de espera consulta externa área urbana	≤30		>30	24.8	21.7	17.1	27.5
Porcentaje de las y los usuarios que esperan <30 min para recibir consulta	≥85	≥70<80	<70	91.1	92.7	94.5	87.1
Surtimiento completo de medicamento Consulta Externa URBANA	≥95	≥80<95	<80	87.7	88.3	87.5	81.0

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)

Consultas Externas Rurales

Igualmente, en el ámbito rural se produce una mejora sostenida en los últimos tres años del tiempo medio de espera para ser atendido en consulta externa. En el año 2016 éste fue de 15.2 minutos, siendo el estándar igual o superior a 50 minutos. En el ámbito nacional, el tiempo promedio de espera es superior al estatal, representando en el 2016, 21.7 minutos.

A su vez el porcentaje de usuarios que esperan menos de 50 minutos para ser atendidos en consulta, también se encuentra por encima del estándar que es del 80%. En este sentido, en el año 2016 en Tamaulipas este indicador era del 95.2% y a nivel nacional del 93.3%.

Por su parte, el surtimiento completo del medicamento en la consulta externa en el ámbito rural también es mejorable. En Tamaulipas, este indicador ha empeorado de forma sostenida en los últimos años, pasando del 94.8% de las consultas que tienen el surtimiento completo de medicamentos en el año 2014, al 85.9% en el año 2016. Para este último año, el indicador a nivel nacional es inferior, del 81.2%.

Ilustración 102: Organización de los servicios de consulta externa rural

Categorías	Estándar y semaforización			Estatal			Nacional
				Promedio 2014	Promedio 2015	Promedio 2016	Promedio 2016
Tiempo de espera consulta externa rural	≤50		>30	22.1	16.1	15.2	21.7
Porcentaje de usuarios que esperan <50 min para recibir consulta	≥80	≥70<80	<70	95.8	97.2	95.2	93.3
Surtimiento completo de medicamento consulta externa rural	≥95	≥80<95	<80	94.8	92.3	85.9	81.2

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)

Atención Médica Efectiva

En general, el análisis de los indicadores relativos a la atención médica efectiva reflejan una cobertura adecuada tanto a nivel estatal como nacional, con excepción de la atención al menor de 5 años con enfermedad diarreica aguda, donde no se alcanza el estándar deseado del 95% o superior.

Asimismo, se aprecia que el resultado de los indicadores en Tamaulipas está por encima de la media nacional en todos los casos.

Ilustración 103: Atención médica efectiva en el Primer Nivel de Atención

Categorías	Estándar y semaforización			Estatal			Nacional
				Promedio 2014	Promedio 2015	Promedio 2016	Promedio 2016
Atención prenatal	≥95	≥90<95	<90	97.5	94.7	97.0	96.7
Atención al menor de cinco años con enfermedad diarreica aguda	≥95	≥85<95	<85	94.8	93.7	94.1	91.7
Atención al menor de cinco años con infección respiratoria aguda	≥95	≥90<95	<90	97.6	97.1	96.5	96.1
Atención a la o el paciente hipertenso	≥63	≥60<63	<60	91.0	94.1	94.2	92.2
Atención a la o el paciente diabético	≥69	≥65<69	<65	85.7	91.6	90.7	85.4

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)

Segundo Nivel de Atención

Trato Digno en Urgencias

El nivel de satisfacción de las y los usuarios con el trato recibido en los servicios de urgencias es muy elevado en los tres años analizados a nivel estatal y también en el último año a nivel nacional.

Asimismo, la media estatal en el año 2016 es superior a la nacional en todos los casos.

Ilustración 104: Trato digno en urgencias

Categorías	Estándar y semaforización			Estatal			Nacional
				Promedio 2014	Promedio 2015	Promedio 2016	Promedio 2016
Satisfacción por la oportunidad de la atención	≥85	≥70<85	<70	93.9	91.3	95.8	86.1
Satisfacción por la información proporcionada por la o el médico	≥85	≥70<85	<70	96.7	97.0	98.2	95.2
Satisfacción por el trato recibido	≥90	≥70<90	<70	96.9	96.3	97.0	91.9

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)

Organización de los Servicios de Urgencias

Por lo que se refiere al tiempo de espera para ser atendido en el servicio de urgencias en el segundo nivel, en el ámbito estatal se alcanza el estándar propuesto que es igual o inferior a 15 minutos, mientras que en el ámbito nacional este indicador excede bastante de la meta, ya que en el año 2016 era de 28.3 minutos.

Asimismo, Tamaulipas ha mejorado de forma progresiva el porcentaje de las y los usuarios que esperan menos de 15 minutos para recibir atención en urgencias, siendo del 80.9% en el año 2016, muy superior al nacional que se sitúa en el 55.9%.

Ilustración 105: Organización de los servicios de urgencias

Categorías	Estándar y semaforización			Estatal			Nacional
				Promedio 2014	Promedio 2015	Promedio 2016	Promedio 2016
Tiempo de espera en segundo nivel	≤15		>15	13.2	14.3	12.2	28.3
Porcentaje de las y los usuarios que esperan < 15 minutos para recibir consulta	≥80	≥70<80	<70	75.5	77.8	80.9	55.9

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)

Atención Médica Efectiva

Con relación a la atención médica efectiva en el segundo nivel, se mantiene la tasa de cesáreas como indicador crítico de mejora. En este sentido, la recomendación es de una tasa igual o inferior al 30% de los embarazos llevados a término. Sin embargo, tanto a nivel estatal como nacional se excede de forma significativa ese estándar. A pesar de ello, cabe destacar que en el Estado de Tamaulipas se produjo una disminución sostenida en los últimos tres años de la tasa de cesáreas, hasta situarse en el 2016 en 36.3%.

Por lo que se refiere a los indicadores de diferimiento quirúrgico en cirugía general y a la tasa de infecciones nosocomiales, Tamaulipas se encuentra en valores aceptables de acuerdo al estándar.

En cambio a nivel estatal, el diferimiento quirúrgico en cirugía general es muy superior al recomendado, siendo en el año 2016 del 21.8%.

Ilustración 106: Atención médica efectiva en Segundo Nivel

Categorías	Estándar y semaforización			Estatal			Nacional
				Promedio 2014	Promedio 2015	Promedio 2016	Promedio 2016
Diferimiento quirúrgico en cirugía general	≤15	>15≤20	>20	13.7	12.4	11.5	21.8
Tasa de cesáreas	≤30	>30≤35	>35	38.6	37.5	36.3	37.3
Tasa de infecciones nosocomiales	≤15	>15≤20	>20	1.3	2.2	11.6	4.6

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)

Indicadores de Enfermería en el Segundo Nivel de Atención

En el ámbito de la enfermería, en el año 2016 Tamaulipas cumplía con los objetivos relativos a trato digno por enfermería, ministración de medicamento vía oral, prevención de infecciones de vías urinarias en las y los pacientes con sonda vesical instalada y prevención de úlceras por presión en las y los pacientes hospitalizados. Por el contrario, no alcanzaba el estándar en lo relacionado con la vigilancia y control de venoclisis instaladas y prevención de caídas en las y los pacientes hospitalizados. En ambos casos existió desviación con el estándar recomendado, siendo esta diferencia entre el valor objetivo y el real más elevada en el último caso.

Ilustración 107: Indicadores de enfermería en el segundo nivel de atención

Categorías	Estándar y semaforización			Estatal			Nacional
				Promedio 2014	Promedio 2015	Promedio 2016	Promedio 2016
Trato digno por enfermería	>95	>90 ≤95	≤89	97.6	97.7	98.0	97.2
Ministración de medicamentos vía oral	>95	>90 ≤95	≤89	96.1	97.0	96.5	96.0
Prevención de infecciones de vías urinarias en las y los pacientes con sonda vesical instalada	>95	>90 ≤95	≤89	91.0	94.2	95.1	89.8
Prevención de caídas a las y los pacientes hospitalizados	>95	>90 ≤95	≤89	92.4	95.8	88.8	90.1
Prevención de úlceras por presión a las y los pacientes hospitalizados	>95	>90 ≤95	≤89	97.3	96.9	97.5	92.1
Vigilancia y control de venoclisis instalada	>95	>90 ≤95	≤89	95.3	95.9	94.6	94.0

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)

13. Análisis Comparativo de Indicadores de Referencia

Se hace un análisis comparativo de los principales indicadores de salud de México y Tamaulipas con el valor medio de los países de la OECD. Los datos de Tamaulipas proceden de fuentes propias como INEGI, CONAPO y la Secretaría de Salud del propio Estado. Los indicadores que se han considerado son los siguientes:

- Gasto en salud
- Recursos de salud
- Actividad en salud
- Datos de mortalidad
- Factores de riesgo

Gasto en salud

Los indicadores de gasto en salud permiten comparar los valores de México con respecto al dato de referencia. En este caso, existen importantes diferencias en los indicadores considerados. Entre ellos, destaca el gasto de bolsillo en México, siendo un 45% del gasto total en salud a nivel nacional, muy superior a la media los países de la OECD, siendo un 20% del gasto total en salud. Sin embargo, ocurre lo contrario con el gasto de bolsillo per cápita en México, cuyo valor es inferior a la media de los países de la OECD.

Ilustración 108: Indicadores de gasto en salud, 2015

Indicador	México	Indicador de referencia
Gasto corriente en salud, % PIB	6%	9%
Gasto corriente en salud per cápita (USD PPA*)	1,058	3,453
Gasto de bolsillo/Gasto total en salud	45%	20%
Gasto de bolsillo per capita (USD PPA*)	472	691

Fuente: OECD 2015

*Purchasing Power Parity Adjusted

Recursos en Salud

Para el año 2015, México y Tamaulipas cuentan con una tasa de 2 médicos por cada 1,000 habitantes, ligeramente inferior al valor medio de los países de la OECD, que es de 3 médicos por cada 1,000 habitantes. En el caso de las y los enfermeros, México y Tamaulipas cuentan con 3 enfermeras o enfermeros por cada 1,000 habitantes, indicador que se encuentra muy lejos del valor medio de la OECD, que es de 9 enfermeras o enfermeros. Por último, en infraestructura en salud, el número de camas es un indicador significativo para determinar la calidad de la asistencia. En el caso de Tamaulipas, se encuentra por debajo de México, con un valor de 2 camas por cada 1,000 habitantes, y éste a su vez, presenta valores inferiores a la media de los países de la OECD, con un valor de 5 camas.

Ilustración 109: Indicadores de recursos en salud

Indicador	Tamaulipas	México	Indicador de referencia
Médicos (1000 habitantes)	2	2	3
Enfermeras/Enfermeros (1000 habitantes)	3	3	9
Camas de hospital (1000 habitantes)	1	2	5

Fuente México y Dato de referencia: OECD 2015. Tamaulipas: elaboración propia a partir de datos de INEGI y CONAPO 2015

Actividades de Servicios de Salud

Los indicadores de actividad ofrecen información sobre el uso y la gestión eficiente de los recursos en salud. Tanto en el Estado de Tamaulipas como en México cuentan con 3 consultas por habitante, que al compararlo con la media de la OCDE se aprecia como un dato significativamente insuficiente. Por otro lado, las cesáreas es una cuestión que preocupa a la población de México. Se puede observar en los datos de la tabla, cómo éstas son superiores a la media de la OCDE y el valor de México supera, a su vez, a las cesáreas en el Estado de Tamaulipas.

Esta elevada práctica impacta directamente en el número de muertes maternas (también considerado en la *ilustración 84*) ya que éstas últimas se producen a consecuencia de las complicaciones asociadas a las cesáreas y a un seguimiento insuficiente de los embarazos.

Por último, al comparar los casi 5,000 egresos hospitalarios por cada 100 mil personas en el año 2015 en México con la media de los países de la OCDE se aprecia una notable diferencia con respecto a los 15,687 egresos. A su vez, el Estado de Tamaulipas cuenta con casi 500 egresos más que a nivel nacional a lo largo del año 2015.

Ilustración 110: Indicador de actividades de servicios de salud

Indicador	Tamaulipas	México	Indicador de referencia
Consultas por habitante	3	3	7
Cesáreas por cada 1000 nacidos	368	468	277
Egresos hospitalarios (100 mil personas)	5,448	4,988	15,687

Fuente: México y Dato de referencia: OECD 2015. Tamaulipas: CONAPO 2015

Datos de Mortalidad

La esperanza de vida total en las últimas décadas ha aumentado significativamente a pesar de que siguen existiendo una brecha de género que se mantiene favorable para la mujer con un valor de 5 años tanto en Tamaulipas, México y el dato de referencia.

En cuanto a la muerte materna, ya comentada anteriormente en la ilustración 83, supone una importante preocupación en el país. La tasa de 29 muertes en Tamaulipas está por encima del dato de referencia, pero a la vez considerablemente inferior al dato de México, que cuenta con una tasa de 39.17 puntos más que la media de la OCDE. La misma situación ocurre en lo relacionado a la muerte infantil, con datos significativamente superiores en México.

Ilustración 111: Indicadores de datos de mortalidad

Indicador	Tamaulipas	México	Indicador de referencia
Esperanza de vida Total	76	75	81
Esperanza de vida femenina	78	78	83
Esperanza de vida masculina	73	72	78
Muerte materna	29	39	22
Muerte infantil	11	13	4
Años de vida saludable perdidos		4,636	2,297

Fuente México y dato de referencia: OECD 2015. Tamaulipas: CONAPO 2015

Factores de Riesgo de la Salud

Según datos de la OMS, México se sitúa como el 10º país consumidor de alcohol entre los países de América Latina, con un consumo medio de 5 litros per cápita, dato favorable al compararlo con los 9 litros per capita de la media de los países de la OCDE.

El consumo de tabaco, por otro lado, constituye una de las principales causas de muerte prevenibles, a pesar de que para México presenta también valores inferiores a la media de los países de la OCDE, concretamente 11 puntos menos.

Ilustración 112: Indicadores de factores de riesgo de la salud

Indicador	Tamaulipas	México	Indicador de referencia
Consumo de tabaco (población >15 años)		8	19
Litros de alcohol/capita		5	9

Fuente: INEGI 2014, OMS 2016

14. Análisis FODA

En este Capítulo se recogen algunas de las conclusiones del análisis de situación y de los talleres de trabajo desarrollados durante la metodología del proyecto, estructurados como análisis FODA.

Desde el análisis FODA se establecerán:

- Propuestas de acciones que potencien las fortalezas
- Propuestas de acciones que mejoren las debilidades
- Ideas para estar en buena disposición para aprovechar las oportunidades futuras
- Ideas para convertir las amenazas en nuevas oportunidades

El análisis FODA se ha estructurado en tres ámbitos de análisis agrupados, que incluyen:

- Estado de salud
- Recursos/infraestructuras
- Modelo de atención

FORTALEZAS:

Estado de salud

- Los indicadores demográficos reflejan una tendencia creciente de la esperanza de vida al nacimiento, situándose la proyección del año 2016, en 75.99 años
- La mortalidad infantil, en menores de un año, durante el periodo de 2000 a 2015, pasó de 11.85 a 11.7 defunciones por cada 1,000 nacimientos, predominando las enfermedades del periodo perinatal y enfermedades congénitas, que causan más del 72% de las muertes
- La mortalidad de los grupos de edad menores de 15 años tiene tendencia descendente, como resultado de los programas de prevención y atención a la salud

- La mortalidad materna tiene tendencia descendente, en 2005 fue de 55.25 y en el año 2015 de 35.8 por cien mil nacidos vivos, lo que supone una mejora significativa. A pesar de ello, las principales causas de muerte son eclampsia y preclamsia, hemorragias y sepsis, todas ellas pueden ser prevenidas
- En el año 2015, estaban afiliados al Seguro Popular 1,428,473 personas, el 39.9% de la población del Estado. Además, se incorporaron 14,064 menores al Seguro Médico Siglo XXI, mismos que reciben protección contra 146 padecimientos y con el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos es posible atender 59 patológicas de alta complejidad y se atienden en promedio 2,500 casos anuales

Recursos/infraestructuras

Infraestructuras y Equipamiento

- El Estado tiene una red consolidada de servicios de salud, en lo que se refiere al número de unidades médicas y equipamiento
- Se moderniza la infraestructura ambulatoria y hospitalaria para mejorar la calidad de la atención, la capacidad resolutiva y el equipamiento médico, con incorporación de especialidades requeridas regionalmente
- Se dispone del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMI), instrumento rector para desarrollar, reordenar, racionalizar y priorizar los recursos para inversión. Tiene registrados 34 proyectos, de ellos están en proceso de ejecución 2 hospitales, 3 centros de salud. En proceso de planeación hay 9 hospitales, 2 UNEMES y 12 centros de salud
- Existencia de hospitales con unidades de atención adaptadas a las necesidades específicas de determinados grupos de población (mayores, mujeres, niños, crónicos)

Sistema de información

- En el ISSSTE, establecido en la SST, se dispone de un sistema de Telesalud desarrollado por personal institucional mediante aplicaciones en redes sociales, para notificar, orientar, atender, referir y dar seguimiento a las y los pacientes de las unidades de primer nivel, por médicos especialistas de la red hospitalaria. Igualmente, mediante el uso de aplicaciones móviles, APPs, se promueve que redes de médicos otorguen asesoría principalmente en obstetricia, pediatría y medicina interna
- Existen iniciativas de desarrollo del ECE en el Estado. De esta forma, el IMSS y el ISSSTE ya han implementado un modelo de ECE en sus centros de atención

Recursos Humanos

- En el sector salud se dispone de una plantilla de 35.718 trabajadoras y trabajadores, 10.1 por cada 1,000 habitantes. El 21.1% son médicos, el 30.1% enfermeras/enfermeros, 10.1% paramédicos y el resto técnicos y administrativos. Existe un indicador de 2.1 médicos por cada 1,000 habitantes, mayor al 1.6 nacional y 3.0 enfermeras/enfermeros, por cada 1,000 habitantes, mayor al indicador nacional de 2.6
- Se dispone de personal profesional y técnico con buen nivel de conocimiento y de la aplicación de los programas y servicios de salud que otorga la dependencia, tanto en nivel normativo, regulatorio y operativo
- Se contribuye a la formación y desarrollo de personal en salud en pregrado y posgrado de las carreras vinculadas a salud en las instituciones del sector salud
- A nivel estatal, para mejorar la capacitación de los profesionales de la salud se ha establecido un modelo de integración de software de videoconferencia

Modelo de Salud

Modelo Organizativo

- Disponibilidad de un marco estratégico y legislativo propio que favorece y ampara la mejora del Sistema Estatal de Salud (Plan Estatal de Desarrollo, Ley de Salud...)
- La Secretaría de Salud tiene una estructura orgánica completa, que le permite organizar, coordinar y operar los servicios y programas gubernamentales en todos los ámbitos de la salud
- Se dispone de Manual de Organización actualizado y autorizado por el gobierno estatal y la Junta de Gobierno de la OPD, Servicios de Salud de Tamaulipas. Se actualiza según la evolución organizacional
- Se dispone de 12 jurisdicciones sanitarias, se incrementaron 4 más a las 8 existentes en 2012 en Miguel Alemán, Valle Hermoso, Padilla y Altamira, para fortalecer el ejercicio de autoridad en salud, acercar la toma de decisiones a las localidades y realizar intervenciones oportunas y apropiadas de salud
- Se dispone de la COEPRIS con estructura formalizada hasta nivel jurisdiccional, con un eficiente sistema de vigilancia y control sanitario, fortalecido en su ámbito de vigilancia en salud internacional
- Se dispone del Comité Estatal de Seguridad en Salud (CESS), cuya finalidad es la de atender de manera inmediata afectaciones, brotes o epidemias que pudieran afectar la salud de la población, especialmente de aquéllos que habitan en localidades de riesgo, como son las zonas costeras

- Creación de un Comité Estatal de Referencia y Contra-Referencia, con el objetivo de vigilar, canalizar y agilizar el flujo de las y los pacientes de centros de salud a diferentes hospitales de Tamaulipas
- En el marco de la referencia y contra-referencia, el ISSSTE y el IMSS han desplegado un sistema que actualmente se encuentra implementado y funcionando en todos los niveles de atención
- La SST ha realizado avances orientados a la universalización de los servicios de salud, mediante la firma de un "Acuerdo Específico de Coordinación para el Intercambio de Servicios" entre la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular, el IMSS, el ISSSTE y el Hospital Regional de Alta Especialidad. Mediante esta iniciativa de colaboración, será posible derivar a las y los pacientes a la unidad hospitalaria más cercana que disponga del servicio requerido para su atención oportuna y en condiciones de calidad homogénea, independientemente de su derechohabencia
- Implementación del Centro Integral de Servicios, para la centralización y automatización de trámites en licencias sanitarias, permisos y constancias
- Activación o creación de estructuras para favorecer el tratamiento de determinadas enfermedades como: Comité Estatal de Cáncer de la Mujer, Consejo Estatal para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia, Comité Estatal de Atención al Envejecimiento, Comité de Cesáreas (centros hospitalarios)

Actividad Asistencial

- Desarrollo de programas e iniciativas específicas para la prevención y tratamiento de enfermedades como: Estrategia para fortalecer la prevención del embarazo y la salud integral del adolescente, acciones de fortalecimiento de prevención y control del sobrepeso y obesidad
- En algunas jurisdicciones sanitarias, se han implementado programas médicos para el desarrollo de actividades orientadas a la atención en el domicilio
- Desarrollo de programas e iniciativas específicas para el abordaje de los riesgos a la salud, tal como, Programa Temporada de Calor, entre otros
- Los programas de prevención y promoción de la salud han mejorado su desempeño y resultado operativo. La evaluación nacional Caminando a la Excelencia, ha otorgado reconocimiento a la Entidad con 3 primeros lugares y dos cuartos lugares nacionales en los últimos 5 años
- Establecimiento de un catálogo estándar de costos que permita definir un procedimiento normalizado de transferencia de costos entre instituciones del sector salud
- Existencia de iniciativas que garantizan la accesibilidad a la atención en las zonas rurales, como unidades médicas móviles y las brigadas de salud, mismas que es necesario potenciar
- Con el Programa Prospera se dispone de un padrón de 120,697 familias con 391,058 integrantes, quienes recibieron en 2015, 705,643 consultas médicas y se registraron 752,750 asistentes a capacitación en temas del Programa. Se atiende con el componente de nutrición de 21,687 menores de cinco años

DEBILIDADES:

Estado de salud

- La incidencia de las enfermedades notificables muestra altas tasas de infecciones respiratorias agudas e infecciones intestinales y las enfermedades crónicas no transmisibles incrementan su frecuencia y demanda de servicios
- La mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y los tumores malignos se incrementan en grupos de mayor edad y cada vez más en adultos jóvenes
- La tendencia de la mortalidad general muestra ascenso en el periodo 2000-2015; en el último año es de 5.39 por cada 1,000 habitantes. Nueve de las primeras 10 causas son crónicas no transmisibles. Las agresiones ocupan el 10º lugar. La mortalidad en población de 15 a 44 años y la mayor de 65 años presenta tendencia ascendente. Estas causas pueden ser prevenibles en porcentaje significativo, lo que debe alcanzarse
- Existencia de una prevalencia elevada de obesidad en niños en etapa escolar (32.8) y en adultos (73.0) que favorece la generación de enfermedades crónicas
- Falta de adherencia de un porcentaje significativo de las y los pacientes con padecimientos crónicos (diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemias) que no acuden de forma regular a su centro de salud para mantener controladas sus enfermedades crónicas, lo que deriva en complicaciones graves, pudiendo incluso originar la muerte

Recursos/infraestructuras

Infraestructuras y Equipamiento

- El indicador de 0.90 camas censables por cada 1,000 habitantes para el Estado, plantea la necesidad de fortalecer la red de servicios, en particular en el IMSS que tiene 0.78, ISSSTE 0.88, IMSS-Prospera 0.59 y la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular 0.95. De forma comparada, la media de los países de la OCDE para este indicador era de 4.8 en el año 2012 y 1.6 en el país

- Actualmente, son pocas las unidades médicas que se encuentran acreditadas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, lo que impide a las unidades disponer de mayores recursos económicos, provenientes tanto de fondos federales como del Seguro Popular. En este sentido, la Secretaría de Salud ya está impulsando el programa de acreditación de unidades médicas del Estado
- En muchos casos, en la atención primaria de salud se aprecia una carencia de instalaciones, así como de modernización de las unidades de atención
- Existen dos hospitales civiles con 67 y 128 años de servicio, que operan con limitaciones funcionales y servicios fuera de norma médico arquitectónica, los cuales requieren sustituirse y modernizarse para mejorar la atención con calidad

Medicamentos e Insumos

- Existen dificultades de abasto de medicamentos en el Estado, ya sea por limitaciones presupuestarias o por la existencia de problemas con los proveedores responsables del suministro de los mismos
- En lo relativo a los medicamentos, cada dependencia dispone un sistema de abasto institucional, no obstante existen oportunidades de mejora en la gestión de inventarios, necesidades y planificación de las compras
- Los programas y servicios de salud de primer y segundo nivel requieren de recursos e insumos necesarios para su operación, se requiere asignarlos acorde a la programación y presupuesto autorizada para cada uno
- Actualmente existe una comisión central de compras cuyos procedimientos es necesario mejorar y potenciar
- Ausencia de un cuadro básico de medicamentos e insumos común para las diferentes instituciones de salud, que permita definir procedimientos de compras consolidadas de insumos y medicamentos

Sistema de Información

- Actualmente la implementación del ECE en el Estado de Tamaulipas es desigual, de tal forma que la mayor parte de los centros continúa con el manejo tradicional de los expedientes en papel. En este sentido, la Secretaría de Salud está promoviendo su implementación
- La existencia de modelos de cita médica electrónica no está generalizada. Los centros de la Secretaría de Salud no disponen de este servicio, mientras que el ISSSTE fue la primera institución en formalizar el Sistema de Cita Médica Telefónica e Internet. Este hecho logró que en 2015 a nivel nacional se agendaran 12 millones de consultas empleando este método, lo cual benefició a 10 millones de derechohabientes un 80.4% de la derechohabencia total
- Existencia de sistemas de información fragmentados que dificultan la adecuada recopilación de los datos, de tal forma que permitan conocer las necesidades reales de la población y planificar adecuadamente los programas y recursos de salud
- Escaso desarrollo de la interoperabilidad de los sistemas contables inter-institucionales que permitan realizar adecuadamente una transferencia de costos para los servicios que se presten en conjunto

Recursos Humanos

- En la actualidad, algunas de las condiciones laborales que afectan a los profesionales de la salud generan una elevada rotación (los profesionales abandonan sus puestos ante una mejor oportunidad laboral). A su vez, también generan dificultades para la cobertura de una plaza (en el caso de los médicos, en muchos casos, prefieren trabajar en un consultorio que ofrezca atención a bajo costo pero que, al tener muchos clientes, resulta más rentable)
- Pueden existir diferencias salariales relevantes entre un profesional de base y otro eventual bajo contrato, sin que existan diferencias laborales que lo justifiquen
- Dificultades para la contratación y disponibilidad de recursos humanos en determinadas localidades por condiciones de retribuciones económicas, inseguridad, localización, entre otras casusas

En ocasiones se identifican desajustes entre las necesidades y requerimientos del Sistema de Salud Estatal y el currículo para carreras del área de salud de las universidades Modelo de Atención

Modelo Organizativo

- En el marco para la prevención de riesgos sanitarios que desarrolla COEPRIS se aprecian dificultades en ocasiones para el acceso a pruebas del Laboratorio Estatal de Salud Pública imprescindibles para el desarrollo de sus funciones
- Existencia de ciertos desajustes entre los planes y programas de COEPRIS con la disponibilidad de recursos en tiempo y forma para su ejecución
- En 2015 se otorgaron 11.3 consultas de medicina general por día médico en el Estado, en 5 jurisdicciones el indicador es mayor al estatal, se requiere reorganizar los servicios para alcanzar el estándar de 18 consultas diarias por médico

- El promedio de consultas por día odontólogo es de 4.3 a nivel estatal y en seis jurisdicciones es menor. Urge reordenar estos servicios y verificar su equipamiento e insumos para mejorar su eficacia y eficiencia
- Escaso desarrollo del procedimiento de referencia y contra referencia. Se generan 2.6 referencias por cada 100 consultas otorgadas en las unidades de primer nivel, respecto a personas atendidas se refiere al 5% y solo se contra refiere el 17% de las referencias realizadas
- No existe un procedimiento estandarizado para registrar la referencia o contra referencia en el expediente clínico con mención a los aspectos médicos, por lo que en muchos casos no se deja constancia de la misma
- La ausencia de medios y protocolos de registro y custodia de la información clínica de las y los pacientes, hace que en muchos casos sea la o el propio paciente quien se responsabilice en gran medida de su información clínica, así como de la realización de los trámites administrativos asociados a su atención
- Dificultad en los flujos de facturación
- Existencia de dificultades para inventariar y para la obtención de datos fiables de consumos históricos
- Alto porcentaje de las y los pacientes sin cita previa
- Existe un elevado porcentaje de centros que tienen subrogados sus procesos diagnósticos de laboratorio y diagnóstico por imagen con un costo muy elevado, siendo mucho menor su costo si se asumiera el servicio de forma interna
- Existen dificultades para la re-afiliación de la población al Seguro Popular. En ocasiones, las y los usuarios no son conscientes de la caducidad de su póliza y que deben acudir a las oficinas del Seguro Popular para realizar el trámite de re-afiliación
- Se identifican problemas con la cobertura de las y los afiliados a los seguros de salud en los periodos de transición de un seguro a otro
- Existencia de dificultades en la continuidad de la atención de la o el paciente, asociadas a cambios en la entidad aseguradora (la o el paciente como responsable de su documentación clínica, duplicidad de pruebas diagnósticas...) por ausencia de mecanismos de coordinación y protocolos compartidos
- Escasa coordinación entre programas de diferentes ámbitos de atención, en lo relativo a la inclusión de acciones de carácter transversal orientadas hacia colectivos vulnerables
- Existencia de ciertos problemas para el acceso de la población a las consultas del primer nivel de atención, como por ejemplo el desajuste entre los horarios de apertura de los centros y la disponibilidad horaria real de parte de la población
- Poco desarrollo de modelos de participación de la o el paciente, que les permitan valorar la calidad de la atención recibida, de tal forma que sea posible mejorar los servicios clínicos y administrativos, con el objeto de mejorar la orientación hacia la o el paciente
- Inexistencia de estructuras formales de coordinación, comunicación y encuentro entre las diferentes instituciones de salud en el Estado (SST, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y asociaciones civiles).

Actividad Asistencial

- La tasa de ocupación de los hospitales de la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular es del 67%, cinco rebasan el 80%, en siete hospitales es de 50% a 79% y en ocho es menor a 50%. 12 unidades presentan promedio de días estancia menor al 3.3 del indicador estatal. Se requiere revisar la organización y operación hospitalaria para fortalecer su desempeño, establecer medidas para mejorar su productividad y, en su caso, incrementar su capacidad instalada y resolutive
- En los 49 quirófanos estatales se realizan 2 intervenciones diarias por quirófano. Nueve hospitales están por debajo de este indicador. Se requiere identificar los factores que limitan la productividad quirúrgica para fortalecer su operación
- El porcentaje de nacimientos por cesárea es de 36.8%, 15 de los hospitales están por arriba del estándar del 25% normado por el nivel nacional. Urge verificar la aplicación de estrategias para su mejora
- Se otorgaron en los hospitales 228,750 consultas de medicina general en 2016. Se requiere reordenar la aplicación del modelo de atención para priorizar la consulta especializada en hospitales
- Escaso registro en los sistemas centrales de información, lo que dificulta el seguimiento y la atención de las y los pacientes, en caso de ser derivados a un 2^{do} y 3^{er} nivel.
- Desarrollo insuficiente de mecanismos orientados a mejorar la detección, tratamiento y seguimiento de padecimientos de alta prioridad para el Estado
- Baja tasa de resolución en el primer nivel de atención debido a que la población es propensa a atender problemáticas de bajo riesgo en sistemas del segundo nivel de atención

OPORTUNIDADES:Estado de salud

- De acuerdo a la categorización de condiciones de marginación, Tamaulipas presenta grado de marginación bajo, solo tres municipios de menor tamaño, en el que habita el 0.3 de la población presentan marginación alta
- A pesar de que en el Estado de Tamaulipas existe un incipiente proceso de envejecimiento de la población, en el momento actual es una población mayoritariamente joven, lo que en términos generales favorece un menor consumo de recursos en salud

Recursos/infraestructuras

- El gobierno federal dispone de un modelo de compra centralizada de medicamentos al que pueden acogerse las diferentes instituciones de salud, y que permiten el ahorro en costos y la obtención de sinergias y economías de escala
- Existencia de una iniciativa de ley a nivel federal para que las compras consolidadas de medicamentos del sector salud sean obligatorias, con el objetivo de ahorrar recursos públicos y fortalecer la transparencia
- El desarrollo de infraestructura pública, de salud y de vías de comunicación propician amplia cobertura y prestación de servicios
- El sector privado en el Estado dispone de 54 unidades hospitalarias, con 890 camas censables y 232 no censables, 219 consultorios de especialidad y 112 de medicina general, 110 quirófanos, 49 salas de expulsión, 25 laboratorios de análisis clínicos, 60 equipos de rayos X, 5 de resonancia magnética y 11 tomógrafos axiales. Instalaciones que fortalecen la atención especializada en el Estado, a población con o sin seguridad social, pudiendo en determinados casos obtener sinergias de acuerdos de colaboración entre instituciones
- Tamaulipas, Estado fronterizo con importante agenda de desarrollo energético para fortaleza del crecimiento estatal, área de oportunidad para reforzar los servicios de salud
- Disponibilidad de fondos federales para la modernización de infraestructuras (programas tanto de la Secretaría de Salud a través del Seguro Popular)
- Posibilidad de aumentar el número de las y los afiliados al Seguro Popular, y por tanto, la disponibilidad de recursos
- El desarrollo actual de las Tecnologías de Información y Comunicación, permite establecer nuevos modelos de atención tanto para mejorar la accesibilidad, como para mejorar el nivel de salud y la eficiencia del sistema

Modelo de atención

- Existencia de un marco estratégico y legislativo a nivel federal de carácter general, destacando entre otros: PDN, PROCESA y MAI
- Existencia de un marco estratégico más específico en el que se contemplan iniciativas como: PFAM, Plan Estratégico de Fronteras Saludables 2010/2020
- Apoyo y fomento por parte de la Secretaría de Salud Federal del modelo de acreditación y certificación de unidades médicas
- Existencia de iniciativas de apoyo a la participación de los agentes en el ámbito comunitario: participación en la Red Mexicana de Municipios por la Salud
- Los programas y servicios de salud disponen de normas y lineamientos nacionales para homogenizar la calidad de atención a un nivel adecuado, así como frecuentes oportunidades de capacitación para actualizar conocimientos técnicos, operativos y organizacionales
- Existen fuentes de financiamiento diversas para llevar a cabo los programas de prevención, promoción y atención de la salud, lo cual requiere de ejercicios de programación y presupuestación integral para su óptimo aprovechamiento
- Durante los últimos tres años se han realizado evaluaciones externas por instituciones idóneas, con apego a la metodología normada, que aportan evidencia documental de aspectos organizacionales, operativos y de resultado, se identifican líneas susceptibles de mejora, que se atienden por las áreas involucradas

AMENAZAS:Estado de salud

- El amplio litoral del Estado propicia riesgos de emergencias a la salud por la presencia de daños causados por huracanes, ciclones, lluvias atípicas, inundaciones que afectan a la infraestructura, y que constituyen riesgos para enfermedades transmisibles como dengue, diarreas y cólera, marea roja e intoxicación alimentaria y otros daños a la salud

- La mortalidad causada por agresiones (homicidios) en los últimos seis años muestra mayor frecuencia que en el periodo previo y persisten las condiciones de riesgo para la población de ser afectada en su integridad y salud
- La mayor esperanza de vida puede incrementar el gasto en salud
- Evolución del perfil de enfermedad de la población hacia una mayor prevalencia de enfermedades crónicas

Recursos/infraestructuras

- Existencia de recortes en los recursos que el Gobierno Federal otorgará al Gobierno de Tamaulipas durante el año 2017 en los programas de salud, siendo el alcance de esta disminución presupuestaria 50 millones de pesos, lo que representa cerca del 13% menos que en el año 2016
- Los recortes presupuestales por parte de la Federación, así como los aplicados para atender las emergencias, impactan en la gestión de los servicios y de los programas de acción y son factor de falta de cumplimiento de metas y objetivos con efectos en el desempeño
- El Proceso Electoral Federal de México 2017-2018, que se llevará a cabo en 2018, puede suponer una menor disponibilidad de recursos y programas por parte de la administración federal
- El presupuesto de inversión para infraestructura en salud depende de las condiciones económicas del país, lo que racionaliza y limita el crecimiento y modernización de instalaciones y equipamiento
- La programación y presupuesto de los recursos gubernamentales se basa en la definición del presupuesto previo como irreductible con incrementos básicos apegados al índice de inflación anual
- No se identifican opciones de crecimiento presupuestal vinculadas a las necesidades reales de las y los usuarios de la dependencia

Modelo de atención

- Aunque se dispone de unidades médicas móviles para atender la salud de la población de las áreas rurales dispersas, es necesario el fortalecimiento para su renovación, conservación y mantenimiento
- Asimismo, las situaciones de inseguridad limitan su participación para dar la cobertura asignada
- En el ámbito del Programa Frontera Saludable, existe la posibilidad de que se incremente de forma significativa la llegada de inmigrantes ilegales expulsados de los Estados Unidos de América, muchos de ellos enfermos, que puedan colapsar los sistemas de atención
- Existe un porcentaje de ciudadanas y ciudadanos que no disponen de un seguro de salud, muchos de ellos como consecuencia de no re-afiliarse al Seguro Popular. Este hecho, unido a la incidencia de las enfermedades vectoriales, supone un riesgo tanto para las personas que están sin cobertura de atención, como para el Estado, que deberá asumir el costo de esa atención

15. Marco Estratégico

Objetivo General

Disponer de un Programa Sectorial de Salud para el periodo 2016-2022 en el Estado de Tamaulipas, en el marco de referencia del Plan Estatal de Desarrollo, la Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas y las políticas de salud federales, que permita a la Secretaría de Salud de Tamaulipas abordar los retos actuales y futuros y establecer con claridad objetivos, a través de la participación y del despliegue de los mismos para su consecución.

El objetivo final del Programa es contribuir a mejorar el nivel de salud de la población de Tamaulipas con una asistencia universal, de calidad y eficiente en el uso de los recursos.

Este Programa se define desde la misión y visión de la Secretaría de Salud.

Misión de la Secretaría de Salud

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 a la salud, 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.

Visión

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

El Programa Sectorial de Salud de Tamaulipas se desarrolla en 5 ejes, 21 programas estratégicos, y 52 líneas de acción que se muestran de forma gráfica en la siguiente imagen.

Ilustración 113: Ejes estratégicos del Programa Sectorial de Salud de Tamaulipas



PRIMER EJE ESTRATÉGICO:

POLÍTICA DE SALUD Y PREVENCIÓN

Las políticas de salud y prevención constituyen un importante potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de la población, complementándolo con una cobertura universal y la prestación de los servicios de salud. Los principales objetivos que persiguen dichas políticas buscan potenciar la promoción de la salud y prevenir enfermedades transmisibles, así como otras no transmisibles que se están convirtiendo en el principal problema de la población.

Programa Estratégico
Estandarización e instrumentos de planificación en salud
Líneas de acción
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar el proceso de planificación y ejecución de los programas de salud 2. Disponer de mecanismos de identificación de regiones y grupos de riesgo

Programa Estratégico
Implicar a todos los estratos sociales en las políticas de prevención e intervención
Líneas de acción
<ol style="list-style-type: none"> 1. Generar un programa específico de cuidado de la salud 2. Establecer un marco de actuación compartida entre las diferentes instituciones 3. Potenciar el modelo de prevención en el ámbito comunitario 4..Elaborar conjuntamente con las entidades de salud, programas para la prevención de enfermedades

Programa Estratégico
Adecuar los programas preventivos a las necesidades reales de la población y el entorno
Líneas de acción
<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar programas de prevención centrados en grupos vulnerables 2. Establecer programas y acciones específicas de prevención y promoción de la salud 3. Facilitar el desarrollo de los programas de prevención y promoción

Programa Estratégico
Fronteras saludables
Líneas de acción
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las principales necesidades en la frontera 2. Elaborar programas especiales de atención fronteriza

Detalle de las líneas de acción del primer eje estratégico

EJE ESTRATÉGICO:	1.- Política de salud y prevención
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	1.- Estandarización e instrumentos de planificación en salud
LÍNEA DE ACCIÓN:	1.- Mejorar el proceso de planificación y ejecución de los programas de salud

OBJETIVO: Definir un marco metodológico común para llevar a cabo la planificación de salud, garantizando la responsabilidad en tiempo y forma de los presupuestos asociados a los diferentes planes y con un sistema homogéneo de evaluación de los programas

- INDICADORES DE EVALUACIÓN:**
- Porcentaje de instituciones dentro del programa de homologación (1 y 2)
 - Porcentaje de programas de medicina preventiva fortalecidos (3 y 4)
 - Número de programas ejecutados en zonas vulnerables (5)
 - Seguimiento trimestral del avance presupuestal disponible (6)

JUSTIFICACIÓN: En Tamaulipas no existe un marco metodológico y operativo estandarizado entre los distintos programas de salud que se llevan a cabo en el estado, generando un alto nivel de descontrol en seguimiento, métricas y procesos a desarrollar entre los mismos

- ACCIONES:**
1. Homologar la normatividad, procesos, materiales y personal de los programas de salud
 2. Homologar los esquemas de medición de los diferentes programas de la Secretaría de Salud
 3. Alineado con la Ley de Planeación del Estado, crear planes rectores para las necesidades de los miembros del sistema de salud y de la población en general, asociando presupuestos, indicadores de seguimiento, herramientas de control, coordinaciones de verificación, mecanismos de evaluación y procesos de toma de decisiones
 4. Generar un programa robusto de medicina preventiva, que considere acciones específicas y medibles
 5. Considerar la geografía, demografía y elementos influyentes en el estado para priorizar programas
 6. Modificar las métricas asociadas con los programas estatales, evitando politización de cumplimiento

- REPOSABLES**
- Lider:**
- Planeación y Vinculación Social
- Apoyo:**
- Administración y Finanzas
 - Prevención y Promoción de Salud
 - Comité Estatal de Seguridad en Salud

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022				
	9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	
I																							
II																							
III																							
IV																							
V																							
VI																							

EJE ESTRATÉGICO:	1.- Política de salud y prevención
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	1.- Estandarización e instrumentos de planificación en salud
LÍNEA DE ACCIÓN:	2.- Disponer de mecanismos de identificación de regiones y grupos de riesgo

OBJETIVO: Potenciar la elaboración y análisis del mapa de riesgos del estado, que permita conocer los lugares de la concentración de riesgos de salud, planear su intervención y mejorar las condiciones de su entorno y población.

- INDICADORES DE EVALUACIÓN:**
- Porcentaje de desarrollo de mapa (1)
 - Número de riesgos identificados en etapa temprana con el uso de la herramienta (2)
 - Porcentaje de protocolos de actuación homologados (3 y 4)

JUSTIFICACIÓN: La amplia extensión territorial aunado a una fuerte diversidad de entornos (litoral, montaña, llanura, entre otros) genera diversas condiciones de riesgo en salud no generalista en el estado, requiriendo el desarrollo de protocolos de actuación especializados por región.

- ACCIONES:**
1. Potenciar un mapa actualizado en tiempo real que recoja los riesgos de las distintas jurisdicciones estatales
 2. Establecer canales de comunicación efectiva que permita la identificación de riesgos de forma temprana por los profesionales de atención primaria y las asociaciones civiles
 3. Definir protocolos de actuación homogéneos para cada uno de los grandes riesgos de salud y trasladarlos a los diferentes responsables de las instituciones de servicios de salud para asegurar una respuesta pronta y coordinada
 4. Considerar una regionalización de la atención por padecimientos y temas específicos de las poblaciones o grupos objetivo
 5. Establecer acciones sanitarias en funciones de riesgo y temporalidad

- REPOSABLES**
- Lider:**
- Comisión Estatal de Protección Contra Riesgos Sanitarios
- Apoyo:**
- Prevención y Promoción de la Salud
 - Asociaciones Civiles

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022				
	9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	
I																							
II																							
III																							
IV																							
V																							

Nota: La acción 5 requiere de esfuerzos de seguimiento y monitoreo de resultados para su implementación de forma continua, con base en las situaciones de riesgo en el estado

EJE ESTRATÉGICO:	1.- Política de salud y prevención
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	2.- Implicar a todos los estratos sociales en las políticas de prevención e intervención
LÍNEA DE ACCIÓN:	3.- Potenciar el modelo de prevención en el ámbito comunitario

OBJETIVO: Alinear los recursos en el ámbito comunitario y el primer nivel de atención para establecer y desarrollar políticas de prevención

INDICADORES DE EVALUACIÓN:

- Número de convenios de colaboración con instituciones de educación desarrollados (1)
- Número de convenios de colaboración con asociaciones civiles desarrollados (2)
- Porcentaje de municipios con participación activa en programas de salud del Estado (3)

JUSTIFICACIÓN: Dentro del estado no existen estructuras formales de colaboración, coordinación, comunicación y encuentro entre las diversas instituciones de salud y las asociaciones civiles del estado

ACCIONES:

1. Fortalecer los programas de coordinación intersectorial con los que cuenta el estado
2. Vincular los programas de prevención de la salud con los programas escolares, de tal forma que los centros educativos se conviertan en semilleros de acciones y microprogramas de salud
3. Firma de convenios de colaboración para la integración de asociaciones civiles como actores clave dentro de actividades de prevención, aprovechando su contacto con la población para generar mayor impacto
4. Hacer partícipes a los municipios en la planeación y participación de los programas de las instituciones como el DIF

RESPONSABLES
Líder:
 • Prevención y Promoción de la Salud
Apoyo:
 • Planeación y Vinculación Social
 • DIF

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022				
	9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	
I																							
II																							
III																							
IV																							

EJE ESTRATÉGICO:	1.- Política de salud y prevención
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	2.- Implicar a todos los estratos sociales en las políticas de prevención e intervención
LÍNEA DE ACCIÓN:	4.- Elaborar conjuntamente con las entidades de salud programas para la prevención de enfermedades

OBJETIVO: Priorizar los problemas de salud más relevantes y establecer programas de prevención conjuntos con otras entidades de salud.

INDICADORES DE EVALUACIÓN:

- Validación de protocolos de acciones conjuntas por expertos en salud (1)
- Porcentaje de criterios de medicina preventiva homologados (2)
- Número de acuerdos de colaboración interinstitucionales desarrollados (3)
- Número de programas/acciones planeadas o ejecutadas de forma conjunta por año (4)

JUSTIFICACIÓN: En Tamaulipas no existe un marco metodológico y operativo estandarizado entre los distintos programas de salud que se llevan a cabo en el estado, generando un alto nivel de descontrol a alto nivel en métricas y procesos entre los mismos

ACCIONES:

1. Potenciar la adopción de protocolos para ejecutar acciones conjuntas interinstitucionales encaminadas a la detección, tratamiento y seguimiento de padecimientos de alta prioridad en el estado
2. Homologar criterios para la implementación de programas de medicina preventiva, con el objetivo de aprovechar economías de escala entre instituciones
3. Crear acuerdos de colaboración que involucren a todos los participantes del ecosistema de salud del estado (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, DIF, COEPRIS, Asociaciones Civiles) , para trabajar de forma conjunta en la oportuna prevención de padecimientos típicos de una zona o época del año
4. Celebrar reuniones o comités en conjunto con el objetivo de evaluar los resultados de los acuerdos establecidos y las acciones pertinentes para mejorarlos o fortalecerlos

RESPONSABLES
Líder:
 • Prevención y Promoción de la Salud
Apoyo:
 • COEPRIS
 • Comité Estatal de Seguridad en Salud

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022				
	9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	
I																							
II																							
III																							
IV																							

Nota: Además de indicadores de evaluación, todas las acciones planteadas requieren esfuerzos de seguimiento y monitoreo de resultados que deberán plantearse de manera de formal por los responsables de cada línea al inicio del periodo de ejecución

EJE ESTRATÉGICO:	1.- Política de salud y prevención
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	3.- Adecuar los programas preventivos a las necesidades reales de la población y el entorno
LÍNEA DE ACCIÓN:	1.- Elaborar programas de prevención centrados en grupos vulnerables

OBJETIVO: Identificar y definir las comunidades vulnerables y las necesidades reales de estas poblaciones para diseñar un plan integrado de actuación que coordine a todas las instituciones y organismos implicados en la atención a estos grupos.

INDICADORES DE EVALUACIÓN:

- Validación del protocolo conjunto de atención de comunidades por expertos en salud (1)
- Número de grupos vulnerables integrados a programas especiales (2)
- Número de programas para zonas marginales desarrollados (3)

JUSTIFICACIÓN: Tamaulipas presenta un grado de marginación bajo a nivel estatal, concentrando en 3 ciudades de menor tamaño una marginación alta, esto permite el desarrollo de actividades de atención conjunta y especializada a grupos de población vulnerables con base en áreas geográficas específicas

ACCIONES:

- Crear un protocolo conjunto de atención de comunidades, con el objetivo de no duplicar esfuerzos y garantizar la efectividad de los tratamientos
- Integrar a todos los grupos vulnerables a los programas especiales, con el objetivo de garantizar su bienestar
- Fortalecer programas para zonas con índices altos de marginación, asociando promotores de salud como facilitadores de servicios

RESPONSABLES
Líder:
 • Prevención y Promoción de la Salud
Apoyo:
 • COEPRIS
 • Comité Estatal de Seguridad en Salud

Nº acción	2017			2018			2019			2020			2021			2022			
	9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	
I	■																		
II		■																	
III			■																

EJE ESTRATÉGICO:	1.- Política de salud y prevención
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	3.- Adecuar los programas preventivos a las necesidades reales de la población y el entorno
LÍNEA DE ACCIÓN:	2.- Establecer programas y acciones específicas de prevención y promoción de la salud (1/2)

OBJETIVO: Mejorar la salud de la población en relación a la prevención de enfermedades y problemas de salud mediante la implantación de programas y políticas de prevención y promoción, así como de mecanismos que aseguren su cumplimiento

INDICADORES DE EVALUACIÓN:

- Jurisdicciones y grupos de población adicionados a campañas de vacunación (1)
- Acciones preventivas contra infecciones implementadas con éxito (tiempo, forma, población objetivo) (2)
- Acciones sobre salud materna y perinatal implementadas con éxito (3)
- Mecanismos adicionales para detección y tratamiento de cáncer cervicouterino y mamario (4)
- Comunidades y espectros de edad adicionados a campañas de prevención de enfermedades crónicas (5)

JUSTIFICACIÓN: La incidencia de las enfermedades notificables muestra altas tasas de enfermedades transmisibles y no transmisibles, las cuales pueden prevenirse y disminuirse mediante campañas de prevención con formación, concientización y vacunación

ACCIONES:

- Impulsar campañas enfocadas a capacitar a la población sobre acciones de prevención en salud específicas para el hogar, la escuela y la comunidad, apoyando la disminución de casos en el estado
- Ampliar la cobertura de las campañas de vacunación contra enfermedades infecciosas o epidemiológicas, a jurisdicciones con mayor incidencia de casos y factores de riesgo asociados
- Fortalecer e implementar los programas en materia de salud materna y perinatal, empleando medios de comunicación masiva, redes sociales y "promotores" de salud de las mismas comunidades
- Fortalecer e implementar los mecanismos para identificar y tratar cáncer cervicouterino y mamario en las mujeres de las comunidades con mayor incidencia (campañas de comunicación, visitas de exploración, promotores de salud)
- Reforzar los programas de prevención de enfermedades no transmisibles, ampliando el espectro de comunidades consideradas, así como los rangos de edad de la población de enfoque

RESPONSABLES
Líder:
 • Prevención y Promoción de la Salud
Apoyo:
 • Comité Estatal de Seguridad en Salud

Nº acción	2017			2018			2019			2020			2021			2022			
	9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	
I			■																
II				■															
III					■														
IV						■													
V							■												

Nota: Además de indicadores de evaluación, todas las acciones planteadas requieren esfuerzos de seguimiento y monitoreo de resultados que deberán plantearse de manera formal por los responsables de cada línea al inicio del periodo de ejecución

EJE ESTRATÉGICO:	1.- Política de salud y prevención
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	3.- Adecuar los programas preventivos a las necesidades reales de la población y el entorno
LÍNEA DE ACCIÓN:	2.- Establecer programas y acciones específicas de prevención y promoción de la salud (2/2)

OBJETIVO: Mejorar la salud de la población en relación a la prevención de enfermedades y problemas de salud mediante la implantación de programas y políticas de prevención y promoción, así como de mecanismos que aseguren su cumplimiento

JUSTIFICACIÓN: La incidencia de las enfermedades notificables muestra altas tasas de enfermedades transmisibles y no transmisibles, las cuales pueden prevenirse y disminuirse mediante campañas de prevención con formación, concientización y vacunación

ACCIONES:

6. Cooperación con el sector privado para desarrollar una estrategia enfocada en enfermedades no transmisibles
7. Diseñar y aplicar una política pública de prevención y atención a infecciones de transmisión sexual
8. Estrategias enfocadas en disminución de adicciones y campañas de concientización para evitar abuso de sustancias
9. Fortalecer programas de prevención, atención y erradicación de problemas psicoemocionales, enfoque en violencia
10. Diseño de plan integral para la prevención y atención del embarazo adolescente
11. Revisión anual de objetivos y desarrollo

INDICADORES DE EVALUACIÓN:

- Número de convenios de colaboración con el sector privado para fortalecer la estrategia de ECD's (5)
- Ejecución competente, en tiempo y forma de la política pública en materia de ECD's (6)
- Número de estrategias enfocadas en disminución de adicciones (7)
- Número de programas psicoemocionales y contra la violencia fortalecidos y llevados a ejecución
- Validación del plan integral para la prevención y atención del embarazo adolescente por expertos en salud (9)

RESPONSABLES

- Líder:**
- Prevención y Promoción de la Salud
- Apoyo:**
- Comité Estatal de Seguridad en Salud

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022					
	g	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12		
VI																								
VII																								
VIII																								
IX																								
X																								
XI																								

EJE ESTRATÉGICO:	1.- Política de salud y prevención
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	3.- Adecuar los programas preventivos a las necesidades reales de la población y el entorno
LÍNEA DE ACCIÓN:	3.- Facilitar el desarrollo de los programas de prevención y promoción

OBJETIVO: Establecer acciones que impulsen en el estado las estrategias de prevención favoreciendo la continuidad temporal de los planes de promoción más efectivos.

JUSTIFICACIÓN: La incidencia de las enfermedades notificables muestra altas tasas de enfermedades transmisibles y no transmisibles, las cuales pueden prevenirse y disminuirse mediante campañas de prevención con formación, concientización y vacunación

ACCIONES:

1. Potenciar estrategias nacionales para la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles
2. Integrar la política de verificación en salud como línea de primer nivel en los esfuerzos de prevención y cuidado de la salud
3. Formalizar los programas enfocados a comunidades, para que migren de campañas estacionales a esfuerzos permanentes
4. Fortalecer los programas de entrega de servicios de salud, vinculando los esfuerzos de prevención y promoción con el Modelo de Atención y logística de las unidades de cada uno de los niveles, evitando la evolución de enfermedades prevenibles
5. Revisión anual de objetivos y desarrollo

INDICADORES DE EVALUACIÓN:

- Porcentaje de estrategias nacionales en prevención y control de enfermedades transmisibles o crónicas adoptadas en el estado (1)
- Migraciones de campañas estacionales a programas formales (2)
- Número de unidades médicas con logística y operativa alineadas con programas de prevención y promoción (3)
- Disminución de gastos por tratamiento de enfermedades no transmisibles (3)

RESPONSABLES

- Líder:**
- Prevención y Promoción de la Salud
- Apoyo:**
- Planeación y Vinculación Social
 - Administración y Finanzas
 - Seguro Popular Tamaulipas

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022					
	g	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12		
I																								
II																								
III																								
IV																								
V																								

Nota: Además de indicadores de evaluación, todas las acciones planteadas requieren esfuerzos de seguimiento y monitoreo de resultados que deberán plantearse de manera de formal por los responsables de cada línea al inicio del periodo de ejecución

EJE ESTRATÉGICO:		1.- Política de salud y prevención																							
DOCUMENTO:		Calendario de actuaciones totales																							
Línea Estratégica	Actuación	2017				2018				2019				2020				2021				2022			
		9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12		
1.1	1.1.1																								
	1.1.2																								
1.2	1.2.1																								
	1.2.2																								
	1.2.3																								
	1.2.4																								
1.3	1.3.1																								
	1.3.2																								
	1.3.3																								
1.4	1.4.1																								
	1.4.2																								

Ilustración 114: Tabla de indicadores eje 1 “Política de Salud y Prevención”

<p>1.1 Estandarización e instrumentos de planificación en salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de instituciones dentro del programa de homologación Porcentaje de programas de medicina preventiva fortalecidos Número de programas ejecutados en zonas vulnerables Seguimiento trimestral del avance presupuestal disponible Porcentaje de desarrollo de mapa Número de riesgos identificados en etapa temprana con el uso de la herramienta
<p>1.2 Implicar a todos los estratos sociales en las políticas de prevención e intervención</p>	<ul style="list-style-type: none"> Programa generado en tiempo y forma Presupuesto integrado y adecuado a las necesidades del Programa Plan de implementación del Programa Porcentaje de objetivos de alto nivel alineados a políticas públicas Número de acciones transversales entre programas Número de convenios de colaboración con instituciones de educación desarrollados Número de convenios de colaboración con asociaciones civiles desarrollados Porcentaje de municipios con participación
<p>1.3 Adecuar los programas preventivos a las necesidades reales de la población y el entorno</p>	<ul style="list-style-type: none"> Validación del protocolo conjunto de atención de comunidades por expertos en salud Número de grupos vulnerables integrados a programas especiales Número de programas para zonas marginales desarrollados Jurisdicciones y grupos de población adicionados a campañas de vacunación Acciones preventivas contra infecciones implementadas con éxito (tiempo, forma, población objetivo) Acciones sobre salud materna y perinatal implementadas con éxito Mecanismos adicionales para detección y tratamiento de cáncer cervico-uterino y mamario Comunidades y espectros de edad adicionados a campañas de prevención de enfermedades crónicas Porcentaje de estrategias nacionales en prevención y control de enfermedades transmisibles o crónicas adoptadas en el Estado Migraciones de campañas estacionales a programas formales Número de unidades médicas con logística y operativa alineadas con programas de prevención y promoción Disminución de gastos por tratamiento de enfermedades no transmisibles
<p>1.4 Fronteras saludables</p>	<ul style="list-style-type: none"> Informe de estado de salud, necesidades y requerimientos de la población de la frontera Manual de infraestructura, recursos e información destinados a los programas de frontera, por las distintas instituciones de salud Número de acciones o programas generados para la atención de la salud en la frontera Número de casos de frontera atendidos con éxito, hasta la repatriación Número de deportados con necesidades de salud cubiertas por alguna institución a su regreso al país Número de servicios integrados al catálogo actual de padecimientos en la frontera Número de padecimientos recurrentes y no considerados en el catálogo de atención en la frontera

EJE ESTRATÉGICO:	2.- Modelo de atención
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	1.- Reordenar la atención a la salud para adecuarla a las necesidades de la población
LÍNEA DE ACCIÓN:	2.- Mejorar la ordenación en salud de los recursos de atención y de sus respectivos servicios

OBJETIVO: Distribuir de forma adecuada los recursos asistenciales para garantizar la cobertura asistencial de toda la población

- INDICADORES DE EVALUACIÓN:**
- Porcentaje de terminación de mapa dinámico (1)
 - Porcentaje de jurisdicciones estatales y agentes aseguradores involucrados en el mapa dinámico (2)
 - Porcentaje de valoraciones con jurisdicciones estatales en cobertura de servicios mínimos (3)
 - Disminución de zonas geográficas en alto grado de vulnerabilidad (4)

JUSTIFICACIÓN: Existe una distribución desproporcionada en la actividad hospitalaria del estado, identificándose cinco hospitales con una ocupación mayor del 80% y de la misma forma, ocho con una ocupación menor al 50%, es requerido distribuir recursos asistenciales que permitan a los hospitales garantizar la asistencia a la población

- ACCIONES:**
1. Elaborar conjuntamente con las jurisdicciones estatales e implicando a los diferentes agentes aseguradores, un mapa dinámico de los recursos asistenciales disponibles en el estado, con enfoque al primer nivel de atención
 2. Re ordenar los centros de primer nivel, por tipología, geografía y población de impacto, con el objetivo de que la operación apoye al logro de objetivos
 3. Valorar conjuntamente con cada jurisdicción estatal, la cobertura en su región de la cartera de servicios mínima definida, identificando brechas existentes en tipología de recursos y servicios
 4. Priorizar las necesidades de cada jurisdicción y establecer un plan de mejora en cada jurisdicción de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria existente, encaminado a garantizar la cartera de servicios mínima definida

- RESPONSABLES:**
- Líder:**
- Planeación y Vinculación Social
- Apoyo:**
- Instituciones de salud

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022					
	9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12		
I																								
II																								
III																								
IV																								

EJE ESTRATÉGICO:	2.- Modelo de atención
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	1.- Reordenar la atención a la salud para adecuarla a las necesidades de la población
LÍNEA DE ACCIÓN:	3.- Reforzar el posicionamiento de las unidades de atención primaria de salud como primer nivel de atención

OBJETIVO: Garantizar la suficiencia y adecuación de los recursos en instituciones de atención primaria para favorecer que sea la puerta de acceso al sistema de salud y eje vertebral de la atención a los pacientes

- INDICADORES DE EVALUACIÓN:**
- Evaluación en centros de salud de equipo e infraestructura (1)
 - Número de acciones para educar a la población sobre su accesibilidad al sistema de salud (2)
 - Aumento en capacidades (número de servicios) para la atención domiciliaria (3y4)

JUSTIFICACIÓN: Actualmente los hospitales del estado se encuentran saturados en actividad consultiva, otorgando 289,538 consultas de medicina general al año, una estructura de atención primaria consolidada permitiría a los hospitales enfocarse en la consulta especializada, utilizando de mejor manera sus fuertes capacidades en salud

- ACCIONES:**
1. Reforzar el primer nivel de atención valorando la disponibilidad de equipos básicos de salud y complementarios necesarios, infraestructura, equipamiento e insumos médicos, así como la suficiencia de los recursos humanos
 2. Establecer una campaña en colaboración con otras secretarías del gobierno de Tamaulipas y la sociedad, al objeto de educar a la población en el modelo de accesibilidad al sistema de salud
 3. Establecer mecanismos de coordinación y colaboración con la comunidad al objeto de definir actuaciones conjuntas en atención comunitaria
 4. Fortalecer los esfuerzos de atención domiciliaria
 5. Fortalecer la figura de trabajo social y promoción como el primer nivel de contacto y atención de los pacientes

- RESPONSABLES**
- Líder:**
- Prevención y Promoción de la Salud
- Apoyo:**
- Planeación y Vinculación Social
 - Instituciones de salud

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022				
	9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	
I																							
II																							
III																							
IV																							
V																							

Nota: para garantizar un adecuado modelo en salud es de suma importancia reforzar a la brevedad posible primer nivel de atención valorando la disponibilidad de equipos básicos de salud y complementarios necesarios, infraestructura, equipamiento e insumos médicos, así como la suficiencia de los recursos humanos, sugiero que ocupe un lugar prioritario en la calendarización de esta línea de acción.

Ilustración 115: Tabla de indicadores eje 2 “Modelo de Atención”

2.1 Reordenar la atención a la salud para adecuarla a las necesidades de la población

- Validación del catálogo de servicios mínimos por expertos en salud
- Servicios implementados en la cartera de salud por el análisis de patrones epidemiológicos
- Número de comités conjuntos de atención en el primer nivel desarrollados
- Porcentaje de terminación de mapa dinámico
- Porcentaje de jurisdicciones estatales y agentes aseguradores involucrados en el mapa dinámico
- Porcentaje de valoraciones con jurisdicciones estatales en cobertura de servicios mínimos
- Disminución de zonas geográficas en alto grado de vulnerabilidad
- Evaluación en centros de salud de equipo e infraestructura
- Número de acciones para educar a la población sobre su accesibilidad al sistema de salud
- Aumento en capacidades (número de servicios) para la atención domiciliaria
- Validación de política de referencia y contra-referencia por expertos en salud
- Porcentaje de sistemas de referencia y contra-referencia homologados
- Porcentaje de representatividad de instituciones en comités desarrollados
- Evolución de contra-referencia en el Sistema de Salud
- Número de protocolos de referencia y contra-referencia desarrollados
- Porcentaje de perfiles de atención médica domiciliaria vinculados
- Validación del protocolo de atención para pacientes por expertos en salud
- Apoyo del DIF en transición a primer punto de contacto
- Validación de protocolos terapéuticos por expertos en salud

2.2 Definir un modelo de atención adaptado a las necesidades de toda la población

- Porcentaje de población por niveles de riesgo
- Porcentaje de intervenciones y programas de salud definidos y estandarizados por nivel de riesgo
- Número de módulos creados para la atención especializada de grupos de población
- Porcentaje de crecimiento por jurisdicciones en las que se generó acceso a la atención desalud
- Porcentaje de población en zonas rurales con cobertura de servicios de salud
- Número de las y los pacientes atendidos en zonas rurales por medio de atención no presencial
- Porcentaje de instituciones de salud con homologación y compartición de información de la o el paciente
- Número de procesos simplificados
- Formalización/actualización de convenios de colaboración institucional
- Crecimientos anuales de programas y acciones conjuntas entre instituciones de salud
- Incremento anual de personas identificadas y atendidas en situaciones de riesgo físico
- Porcentaje de instituciones que adoptan el protocolo de atención y transición bidireccional

2.3 Favorecer la adopción del Modelo de Atención Integral en Tamaulipas

- Número de programas de capacitación generados en las unidades estatales para la adopción del Modelo de Atención Integral
- Porcentaje de validación en roles, tareas y lineamientos en agentes del MAI (Modelo de Atención Integral)
- Validación de hoja de ruta por las y los expertos en implementación del MAI
- Porcentaje semestral de implementación de la hoja de ruta
- Número de acciones generadas por el órgano interno para promover la adopción del Modelo
- Acciones desprendidas de los comités multidisciplinarios
- Evaluación de cumplimiento de regulaciones, NOM (Normas Oficiales Mexicanas) y leyes sanitarias
- Acciones generadas para promover la comunicación entre instituciones del sistema de salud
- Foros y plataformas generadas para compartir conocimiento entre instituciones de salud
- Número de acciones/convenios de colaboración interinstitucional generados
- Número de procesos estandarizados e implementados con éxito
- Modelo para compartir información entre instituciones generado e implementado
- Número de foros y plataformas generados para compartir conocimiento entre instituciones desalud
- Porcentaje de representación en acuerdos interinstitucionales para la atención asistencial independientemente de su afiliación
- Porcentaje de las y los pacientes atendidos afiliados a otra institución
- Evolución de número de pacientes atendidos sin derechohabencia de forma anual

2.4 Mejorar los procedimientos de afiliación y re afiliación de los

- Tiempo promedio para la afiliación de las y los pacientes a seguros de salud
- Porcentaje de trámites reducidos para la afiliación
- Porcentaje de ex trabajadoras y ex trabajadores afiliados en el IMSS y aquellos que están afiliados en el Seguro Popular
- Padrón único de afiliación generado
- Porcentaje de homologación del protocolo, procesos y calidad de servicios en primer nivel de atención
- Evaluación de satisfacción de las y los pacientes con el Seguro Popular
- Evaluación de calidad en el primer nivel de atención
- Porcentaje de las y los afiliados al Seguro Popular que han realizado algún desembolso para la adquisición de medicamentos

2.5 Eficiencia operativa

- Número de establecimientos con licencias refrendadas a través de procesos simplificados
- Resultados y nivel de cumplimiento de los programas de salud
- Porcentaje de entidades que adoptan el sistema de gestión unificado
- Evaluación de auditorías por el órgano de gobierno interno

EJE ESTRATÉGICO:	4.- Planeación económico - financiera
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	2.- Planeación de Recursos Humanos
LÍNEA DE ACCIÓN:	3.- Mejorar el Desarrollo y Desempeño Profesional (2/2)

OBJETIVO: Establecer un modelo de formación continua adaptado a los diferentes roles y perfiles profesionales que aseguren las capacidades para el correcto desempeño de funciones, tanto en el ámbito asistencial como administrativo.

JUSTIFICACIÓN: El sector salud se dispone de una plantilla de 35.718 trabajadores, 10.1 por cada 1,000 habitantes, se debe generar una capacitación formal e integral acorde a cada función para la mejora en la calidad de los servicios de salud.

ACCIONES:

- Implementar tecnología que permita tener una mayor cobertura de los programas de capacitación, disminuyendo el costo y haciendo eficiente el proceso (no traslados, bajo costo, mayor periodicidad)
- Crear planes de capacitación sobre liderazgo en las distintas áreas hospitalarias
- Promover el cumplimiento de objetivos a través de estímulos económicos y no económicos

INDICADORES DE EVALUACIÓN:

- Número de herramientas tecnológicas enfocadas a capacitación implementadas (6)
- Número de capacitaciones brindadas a través de herramientas tecnológicas (6)
- Porcentaje de personal administrativo que recibió al menos una capacitación anualmente (7)

RESPONSABLES:

- Líder:**
- Calidad y Atención Médica Especializada
- Apoyo:**
- Prevención y Promoción de la Salud
 - Seguro Popular Tamaulipas
 - DIF + Asociaciones Civiles

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022					
	g	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12		
VI																								
VII																								
VIII																								

EJE ESTRATÉGICO:	4.- Planeación económico - financiera
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	2.- Planeación de Recursos Humanos
LÍNEA DE ACCIÓN:	4.- Estrechar los modelos de colaboración en el ámbito de la docencia

OBJETIVO: Vincular los requerimientos de las instituciones de salud con la oferta académica y de capacitación de las Universidades, garantizando el egreso de profesionales de calidad, con las capacidades necesarias y probadas ante las autoridades competentes

JUSTIFICACIÓN: Se identifica un desfase entre los requerimientos profesionales y de capacidades del sistema de salud del estado y la oferta académica de las Universidades públicas y privadas, además de una falta de regulación de la actividad formativa de los profesionales

ACCIONES:

- Revisar y de ser necesario re plantear las bases de los acuerdos de colaboración entre las instituciones de salud y las Universidades, para vincular la oferta y demanda de carreras y puestos de trabajo en el sector (Base: convenio de colaboración para la formación de recursos humanos en salud)
- Establecer un comité de enseñanza en salud que además de ser rector de las actividades al respecto, establezca acuerdos con otras secretarías (educación, etc.) para garantizar la calidad de las escuelas, los programas educativos y los protocolos de ingreso y egreso en materia de salud
- Fortalecer los programas de capacitación, adiestramiento y educación para los profesionales de la salud que ya se encuentran laborando en el sector, integrando nuevas tecnologías para acercar el conocimiento, así como canales de comunicación masivos que permitan que todos los profesionales tengan la posibilidad de beneficiarse de ellos
- Aprovechar la interoperabilidad de las instituciones para realizar intercambios de eminencia y conocimiento (docencia) –ej. Adscritos enseñando a internos-

INDICADORES DE EVALUACIÓN:

- Convenio de colaboración para la formación de recursos humanos en salud revisado (1)
- Establecimiento del comité de enseñanza en salud (2)
- Integración de tecnología para acercar el conocimiento a los profesionales ya integrados al sistema de salud (3)
- Número de acuerdos sobre intercambios de eminencia y conocimiento (4)

RESPONSABLES

- Líder:**
- Calidad y Atención Médica Especializada
- Apoyo:**
- Planeación y Vinculación Social
 - Comité Estatal de Seguridad en Salud
 - Universidades Públicas y Privadas
 - Secretaría de Educación

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022				
	g	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	
I																							
II																							
III																							
IV																							

Nota: Además de indicadores de evaluación, todas las acciones planteadas requieren esfuerzos de seguimiento y monitoreo de resultados que deberán plantearse de manera formal por los responsables de cada línea al inicio del periodo de ejecución

EJE ESTRATÉGICO:	4.- Planeación económico - financiera
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	3.- Planeación de Infraestructura y equipamiento
LÍNEA DE ACCIÓN:	1.- Garantizar la suficiencia y adecuación de la infraestructura y equipamiento

OBJETIVO: Analizar la dotación actual de equipamiento e infraestructura para adecuar su distribución a las necesidades reales de la población y asegurar la cobertura de los programas de salud.

- INDICADORES DE EVALUACIÓN:**
- Porcentaje de instancias de salud con cobertura de capacidades mínimas establecidas (1y2)
 - Aumento de cobertura en instancias de salud completamente equipadas hacia poblaciones rurales o alejadas de las principales ciudades del estado (3)
 - Número de mensajes y esfuerzos de comunicación enfocados al posicionamiento del primer nivel de atención (4)

JUSTIFICACIÓN: En muchos casos, las instituciones de salud presentan carencia de instalaciones para la atención primaria en salud, así como de una necesidad de modernización de las unidades de atención, cabe destacar que en el estado se identifican 0.90 camas censables por cada 1,000 habitantes, lo cual es inferior a la media de México de 1.6 camas censables

- ACCIONES:**
1. Re ordenar la infraestructura existente en el estado, con el objetivo de alinear sus capacidades con los requerimientos de la población y la estrategia de tratamiento de los grupos más importantes
 2. Re plantear la infraestructura y el acomodo dentro de las unidades del DIF, con el objetivo de brindar una atención de calidad y bajo los requerimientos de los reglamentos y normativas respectivas –COEPRIS-
 3. Re ordenamiento de los recursos para poder realizar acciones de conservación permanentes en poblaciones rurales o alejadas de las principales ciudades (vincular los recursos con acciones prioritarias)
 4. Reforzar las acciones de comunicación sobre el primer nivel de atención como el inicio adecuado del proceso de atención médica, de donde podrá referirse a los pacientes a un nivel especializado, en caso de ser requerido
 5. Desarrollo de una estrategia de mantenimiento oportuno a la infraestructura y el equipo

- RESPONSABLES**
- Líder:
- Planeación y Vinculación Social
- Apoyo:
- Administración y Finanzas
 - COEPRIS
 - DIF

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022				
	g	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	
I																							
II																							
III																							
IV																							
V																							

EJE ESTRATÉGICO:	4.- Planeación económico - financiera
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	3.- Planeación de Infraestructura y equipamiento
LÍNEA DE ACCIÓN:	2.- Re plantear el vínculo entre los programas de salud y la infraestructura disponible para implementarlos

OBJETIVO: Garantizar que los compromisos adoptados en cada uno de los programas de salud puedan cumplirse con la infraestructura y capacidades existentes o programadas.

- INDICADORES DE EVALUACIÓN:**
- Número de programas con cambios en el esquema de entrega para ajustar a capacidades existentes (1)
 - Número de planes nuevos ajustados a las capacidades de infraestructura (3)
 - Número de incidencias relacionadas con insuficiencia de infraestructura por programa (1y3)

JUSTIFICACIÓN: Actualmente existen programas de salud que garantizan el acceso a personas que no cotizan en el sistema (ej. Seguro popular, seguro escolar, etc.), sin embargo la infraestructura y capacidades para lograr este objetivo no tienen una correspondencia con la demanda (son insuficientes)

- ACCIONES:**
1. Seleccionar planes y programas prioritarios, para ajustar sus requerimientos a la infraestructura existente o encontrar maneras alternativas de brindar la atención (ej. Telesalud o atención domiciliaria)
 2. Incluir como elemento de factibilidad en la planeación de los programas, la infraestructura y capacidades actuales, para poder brindar los servicios,
 3. Garantizar que los planes y programas recién planteados cuenten con la consideración de infraestructura y capacidades existentes

- RESPONSABLES**
- Líder:
- Planeación y Vinculación Social
- Apoyo:
- Comité Estatal de Seguridad en Salud
 - Administración y Finanzas

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022				
	g	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	
I																							
II																							
III																							

Nota: Además de indicadores de evaluación, todas las acciones planteadas requieren esfuerzos de seguimiento y monitoreo de resultados que deberán plantearse de manera de formal por los responsables de cada línea al inicio del periodo de ejecución

Ilustración 117: Tabla de indicadores eje 4 “Planeación Económico-financiera”

4.1 Planeación financiera

- Número de políticas de presupuesto desarrolladas
- Distribución y razones de presupuesto entre programas estatales y pago de nómina
- Estado de autonomía en ejecución de recursos con la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
- Número de acciones de capacitación para el personal involucrado en temas de presupuesto
- Validación de tabuladores de cobro por procedimiento por parte de las instituciones del sector salud
- Tabulador de costos de procedimientos y atención a no derechohabientes actualizado
- Número de instituciones con módulos de cobro homologados

4.2 Planeación de recursos humanos

- Validación de puestos y perfiles profesionales por las y los expertos en salud
- Definición de puestos y perfiles profesionales actualizada
- Distribución salarial entre grupos de personal con puestos/funciones similares
- Estudios de factibilidad de contratación para cada plaza cubierta
- Porcentaje de las y los médicos con licencias para ejercer, actualizadas
- Número de problemáticas presentadas (conciliación y arbitraje) al terminar relaciones con trabajadoras y trabajadores eventuales en contraste con años pasados
- Porcentaje de las y los médicos con licencias para ejercer actualizadas
- Número de problemáticas presentadas (conciliación y arbitraje) al terminar relaciones con trabajadoras y trabajadores eventuales en contraste con años pasados
- Porcentaje de profesionales de la salud que recibió al menos una capacitación anualmente
- Porcentaje de personal administrativo que recibió al menos una capacitación anualmente
- Comisión de capacitación activa y con resultados anuales
- Número de herramientas tecnológicas enfocadas a capacitación implementadas
- Número de capacitaciones brindadas a través de herramientas tecnológicas
- Porcentaje de personal administrativo que recibió al menos una capacitación anualmente
- Convenio de colaboración para la formación de recursos humanos en salud revisado
- Establecimiento del Comité de Enseñanza en Salud
- Integración de tecnología para acercar el conocimiento a las y los profesionales ya integrados al Sistema de Salud
- Número de acuerdos sobre intercambios de eminencia y conocimiento

4.3 Planeación de infraestructuras y equipamiento

- Porcentaje de instancias de salud con cobertura de capacidades mínimas establecidas
- Aumento de cobertura en instancias de salud completamente equipadas hacia poblaciones rurales o alejadas de las principales ciudades del Estado
- Número de mensajes y esfuerzos de comunicación enfocados al posicionamiento del primer nivel de atención
- Número de programas con cambios en el esquema de entrega para ajustar a capacidades existentes
- Número de planes nuevos ajustados a las capacidades de infraestructura
- Número de incidencias relacionadas con insuficiencia de infraestructura por programa

4.4 Planeación de insumos

- Acciones de promoción para la actualización de cuadros básicos
- Número de programas considerados específicamente para la compra consolidada de medicamentos
- Número de controles impuestos para el apego a presupuestos
- Comisión de farmacia creada y activa
- Número de compras consolidadas de medicamentos realizadas anualmente
- Ahorro en compras de medicamentos anuales
- Normatividad sobre cuadros básicos de medicamentos implementada
- Comunicación del manual de procesos de licitación
- Manual de compra de medicamentos e insumos vigente, actualizado y en ejecución

EJE ESTRATÉGICO:	5.- Transformación digital
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	1.- Desarrollar e implantar el Expediente Clínico Electrónico
LÍNEA DE ACCIÓN:	1.- Establecer un sistema de información integral (2/2)

OBJETIVO: Implementar una plataforma robusta de Expediente Clínico Electrónico en todo el sistema que permita una gestión estandarizada de los datos administrativos de la población susceptible de ser atendida, la gestión integrada de la información y la gestión de afiliados/pacientes

INDICADORES DE EVALUACIÓN:

- Perfiles de uso y manipulación de información del sistema de gestión implementados (7)
- Normatividad específica sobre almacenamiento de información y documentos en el sistema de información implementada (8)

JUSTIFICACIÓN: Existencia de sistemas de información fragmentados que dificultan la adecuada recopilación de los datos, de tal forma que permitan conocer las necesidades reales de la población y planificar adecuadamente los programas y recursos de salud.

ACCIONES:

6. Alinear la normatividad para permitir que el almacenamiento de documentos digitales para su consulta y posterior explotación se integre con todos los procesos del Seguro Popular
7. Establecer un sistema para la gestión de profesionales y operadores que podrían acceder al sistema, así como gestión de la estructura asistencial y cartera de servicios
8. Alinear la normatividad para permitir que el almacenamiento de documentos digitales para su consulta y posterior explotación se integre con todos los procesos del Seguro
9. Desarrollar la infraestructura necesaria para el funcionamiento óptimo de la solución global para el Expediente Clínico

RESPONSABLES

Lider:
• Planeación y Vinculación Social

Apoyo:
• IMSS
• Comité Estatal de Seguridad en Salud

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022				
	9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	
VI				■	■																		
VII					■	■																	
VIII						■	■	■	■														
IX							■	■	■	■	■	■	■										

EJE ESTRATÉGICO:	5.- Transformación digital
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	1.- Desarrollar e implantar el Expediente Clínico Electrónico
LÍNEA DE ACCIÓN:	2.- Favorecer la accesibilidad y la gestión administrativa

OBJETIVO: Desarrollar todas las funcionalidades necesarias para cubrir los flujos administrativos de los pacientes que permitan la reducción de los trámites y costos administrativos, la mejor gestión de afiliados/pacientes y la mejora operativa de los servicios desde la eficiencia en tiempos y recursos

INDICADORES DE EVALUACIÓN:

- Trámites reducidos en gestión de pacientes (1)
- % de reducción de costos administrativos (2)
- # de citas generadas por medio del Expediente Clínico Electrónico (3)
- % de mejora en el tiempo de atención y tratamiento de pacientes, debido a temas administrativos (4y6)

JUSTIFICACIÓN: La Implementación del Centro Integral de Servicios, para la centralización y automatización de trámites que puede ser beneficiada por medio de las capacidades relacionadas al Expediente Clínico Electrónico.

ACCIONES:

1. Desarrollar una solución que permita cubrir los flujos administrativos de los pacientes
2. Establecer modelos de generación de citas desde el ECE que permitan acceso a los afiliados
3. Desarrollar una aplicación centralizada que permitirá publicar todas las agendas de los profesionales a los operadores administrativos
4. Mejorar la atención al paciente facilitando y regulando su acceso a los servicios médicos
5. Organizar la planificación del trabajo mediante una distribución racional del tiempo y actividades del profesional
6. Inicio de implementación de las funcionalidades de admisión, movimientos de pacientes entre niveles de atención, y altas administrativas en los hospitales

RESPONSABLES

Lider:
• Planeación y Vinculación Social

Apoyo:
• Administración y Finanzas
• Calidad y Atención Médica Especializada

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022				
	9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	
I							■	■	■														
II								■	■	■													
III										■	■												
IV							■	■	■	■													
V										■	■	■	■										
VI											■	■	■	■									

Nota: Antes del desarrollo de las acciones se aconseja contrastar con COEPRIS para la identificación de mejores prácticas con base en el «Centro Integral de Servicios»

EJE ESTRATÉGICO:	5.- Transformación digital
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	3.- Avanzar en la digitalización de servicios a los pacientes
LÍNEA DE ACCIÓN:	1.- Servicios administrativos

OBJETIVO: Introducir las tecnologías digitales en procesos administrativos para la optimización tiempo y los costos para los afiliados

- INDICADORES DE EVALUACIÓN:**
- Número de servicios que son digitalizados (1)
 - Número de servicios que digitalizan sus procesos de soporte (2)
 - Evaluación de calidad de servicios digitalizados(2)
 - Número de citas generadas por call center o vía web (4)

JUSTIFICACIÓN: El desarrollo actual de las tecnologías de información y comunicación permite establecer nuevos modelos de atención tanto para mejorar la accesibilidad como para mejorar el nivel de salud y la eficiencia del sistema.

- ACCIONES:**
1. Mejorar la accesibilidad facilitando las gestiones y las tareas administrativas a través de nuevos servicios apoyados en tecnologías digitales
 2. Elaborar un proyecto de digitalización de servicios actuales para que estos sean de mayor calidad para el afiliado
 3. Valorar el desarrollo de nuevos canales para la generación de citas como el call center o mediante citas online
 4. Implementar mecanismos como recetas electrónicas, que sirvan como medio de control estadístico, terapéutico, logístico y operativo de los pacientes

- RESPONSABLES**
- Líder:
- Planeación y Vinculación Social
- Apoyo:
- Seguro Popular Tamaulipas
 - COEPRIS
 - Instituciones de salud

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022				
	9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	
I																							
II																							
III																							
IV																							

Nota: Antes del desarrollo de las acciones se aconseja contrastar con COEPRIS para la identificación de mejores prácticas con base en el «Centro Integral de Servicios»

EJE ESTRATÉGICO:	5.- Transformación digital
PROGRAMAS ESTRATÉGICOS:	3.- Avanzar en la digitalización de servicios a los pacientes
LÍNEA DE ACCIÓN:	2.- Servicios clínicos no presenciales (Tele salud / Tele medicina)

OBJETIVO: Potenciar los modelos de relaciones médico-paciente no presenciales: Teleconsulta, teleseguimiento

- INDICADORES DE EVALUACIÓN:**
- Número de pacientes crónicos atendidos por teleconsulta o teleseguimiento (1)
 - Evaluación de calidad de los pacientes referente a los servicios de asistencia remota (1)
 - Número de consultas y seguimientos generados de manera remota (1)

JUSTIFICACIÓN: Se dispone de un sistema de Telesalud desarrollado por personal institucional mediante aplicaciones en redes sociales, para notificar, orientar, atender, referir y dar seguimiento a pacientes de las unidades de primer nivel, por médicos especialistas de la red hospitalaria. Igualmente, mediante el uso de aplicaciones móviles, APPs, se promueve que redes de médicos otorguen asesoría principalmente en obstetricia, pediatría y medicina interna.

- ACCIONES:**
1. Incorporar el acceso a nuevos servicios no presenciales como el seguimiento remoto de pacientes crónicos o la gestión de casos de alto costo

- RESPONSABLES**
- Líder:
- Planeación y Vinculación Social
- Apoyo:
- Seguro Popular Tamaulipas
 - COEPRIS
 - Instituciones de salud

Nº acción	2017		2018				2019				2020				2021				2022				
	9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	
I																							

Nota: Antes del desarrollo de las acciones se aconseja contrastar con COEPRIS para la identificación de mejores prácticas con base en el «Centro Integral de Servicios»

Ilustración 118: Tabla de indicadores eje 5 “Transformación Digital”

5.1 Desarrollar e implementar el Expediente Clínico Electrónico

- Número de corridas de prueba en la base de datos sin problemas de bugging
- Cantidad de historiales clínicos completos en la base de datos
- Número de unidades médicas que implementan el Expediente Clínico Electrónico
- Perfiles de uso y manipulación de información del sistema de gestión implementados
- Normatividad específica sobre almacenamiento de información y documentos en el sistema de información implementada
- Trámites reducidos en gestión de las y los pacientes
- Porcentaje de reducción de costos administrativos
- Número de citas generadas por medio del Expediente Clínico Electrónico
- Porcentaje de mejora en el tiempo de atención y tratamiento de las y los pacientes, debido a temas administrativos
- Porcentaje de los procesos de centros de atención cubiertos en el Expediente Clínico Electrónico
- Porcentaje de las y los pacientes con archivos clínicos en el Expediente Clínico Electrónico

5.2 Garantizar la accesibilidad e interoperabilidad de los sistemas de información

- Porcentaje de instituciones que tienen trazabilidad de las y los pacientes por medio del Expediente Clínico Electrónico
- Número de las y los usuarios con acceso a los expedientes clínicos en el sistema
- Número de sistemas del gobierno estatal o de terceros integradas con el Expediente Clínico Electrónico de la Secretaría de Salud
- Número de instituciones ajenas a la Secretaría de Salud con acceso a la información generada en el Expediente Clínico Electrónico
- Proceso de facturación interinstitucional implementado y funcionando
- Protocolo de integración, consulta y uso conjunto de información de los sistemas de SSA y las demás instituciones del SST
- # de sistemas del gobierno estatal o de terceros integradas con el Expediente Clínico Electrónico de la Secretaría de Salud
- # de instituciones ajenas a la Secretaría de Salud con acceso a la información generada en el Expediente Clínico Electrónico
- # de sistemas del gobierno estatal o de terceros integradas con el Expediente Clínico Electrónico de la Secretaría de Salud
- # de instituciones ajenas a la Secretaría de Salud con acceso a la información generada en el Expediente Clínico Electrónico

5.3 Avanzar en la digitalización de servicios a las y los pacientes

- Número de servicios que son digitalizados
- Número de servicios que digitalizan sus procesos de soporte
- Evaluación de calidad de servicios digitalizados
- Número de citas generadas por call center o vía web
- Número de pacientes crónicos atendidos por teleconsulta o teleseguimiento
- Evaluación de calidad de las y los pacientes referente a los servicios de asistencia remota
- Número de consultas y seguimientos generados de manera remota
- Número de las y los usuarios que descargan y utilizan las aplicaciones de autocuidado y prevención de salud
- Costo por adquisición de la o el usuario en las plataformas generadas
- Estimación de problemas de salud prevenidos por la difusión de conocimiento a través de aplicaciones

5.4 Disponer de un modelo de transferencia de conocimiento y explotación de la información

- Porcentaje de instituciones de la Secretaría de Salud que utilizan la plataforma de Business Intelligence para la toma de decisiones
- Evaluación de las secretarías del modelo de Business Intelligence para la toma de decisiones

AGREGADO DE EJES ESTRATÉGICOS

El desarrollo de los ejes estratégicos a largo plazo están basados en actuaciones concretas a desarrollar en el corto y mediano plazo, las cuales se encuentran apalancadas en un plan de actuación enfocado en cada una de las subsecretarías y comisiones que conforman la Secretaría de Salud del Estado.

La identificación de responsabilidades se desarrolló con base en fortalezas, enfoque laboral y direcciones afiliadas a estas entidades, con base en la siguiente distribución:

Ilustración 119: Enfoque de trabajo por Subsecretaría de la Secretaría de Salud de Tamaulipas

Responsables	Direcciones afiliadas	Enfoque
Subsecretaría de prevención y protección de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina preventiva • Epidemiología • Primer Nivel de atención • Infancia y Adolescencia • Salud Reproductiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Encargada de regular e impulsar la operación en salud, con departamentos enfocados en sectores poblacionales, operación de salud y enfermedades
Subsecretaría de Administración y Finanzas	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos materiales • Recursos financieros • Recursos Humanos • Dirección Jurídica • Control Interno 	<ul style="list-style-type: none"> • Administración y control en recursos económicos, de infraestructura y humanos, supervisan compras, abastecimiento, mantenimiento, presupuesto, etc
Subsecretaría de Planeación y Coordinación sectorial	<ul style="list-style-type: none"> • Estadística e Información • Planeación y evaluación • Coordinación sectorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño y evaluación de proyectos de salud, supervisión de licitaciones, desarrollo de planes de acción, elaboración de reportes de resultados de proyectos y vinculación interinstitucional.
Subsecretaría de Calidad y Atención Médica Especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad y educación en salud • Atención médica especializada Desarrollo de sistemas hospitalarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Encargada de impulsar y asegurar la calidad de los programas educativos de salud, así como de vigilar el cumplimiento de normas y procedimientos hospitalarios
Subsecretaría del Sistema de Protección Social en Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección Médica • Dirección de administración • Dirección de afiliación y operación 	<ul style="list-style-type: none"> • Administración del padrón de del seguro popular en la entidad, gestión de calidad del programa y atención a beneficiarios de protección social.
Comisión Estatal de Protección contra Riesgos Sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Sanidad internacional • Evidencia y análisis de riesgos sanitarios • Evaluación y autorización sanitaria • Operación sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad encargada del análisis de factores de riesgo poblacional y desarrollo de estrategias para su control, fomento y supervisión sanitaria para el comercio, evaluación de licencias sanitarias.

La selección de responsables, así como los tiempos de desarrollo de las líneas de acción se basaron en dos principales premisas:

- Capacidades actuales de las entidades
- Agregado de actividades a desarrollar por entidad

De esta forma se otorgan responsabilidades con base en fortalezas de las entidades y de forma en que puedan desarrollarse todas en el plazo de vigencia de la estrategia estatal.

Asimismo, el conjunto de actuaciones por entidad forman un calendario de actividades distribuido en el periodo 2017-2022, el cual logra ser consolidado debido al trabajo paralelo y conjunto entre entidades, ya sea liderando la línea de actuación o como una entidad de apoyo crítica para su desarrollo.

ENTIDAD:	Subsecretaría de Planeación y Vinculación Social
DOCUMENTO:	Responsabilidades en liderato y en apoyo

Liderato de actuaciones

Actividad de apoyo

EJE 1	1.1 Mejorar el proceso de planificación y ejecución de los programas de salud 2.2 Establecer un marco de actuación compartida entre los diferentes agentes	2.3 Potenciar el modelo de prevención en el ámbito comunitario 3.3 Facilitar el desarrollo de los programas de prevención y promoción 4.1 Facilitar el desarrollo de los programas de prevención y promoción 4.2 Elaboración de programas especiales de atención fronteriza
EJE 2	1.2 Mejorar la ordenación en salud de los recursos de atención y de sus servicios 2.3 Definir procesos que favorezcan la permeabilidad del paciente en los recursos asistenciales 3.1 Diseñar acciones de formación y comunicación tendientes a favorecer la adopción del MAI 3.2 Definir un órgano rector que vele por la adecuada implementación del MAI 3.3 Favorecer la coordinación interinstitucional e intersectorial en el desarrollo de políticas y programas de salud 3.4 Favorecer el desarrollo de un modelo de atención de carácter universal 5.1 Implantación de sistemas que permitan la optimización de los procesos	1.3 Reforzar el posicionamiento de la APS como primer nivel de atención 2.2 Establecer nuevos modelos de atención que permitan asegurar la cobertura a toda la población
EJE 3	No aplica	1.1 Adaptar el plan federal de calidad a las circunstancias propias del Estado de Tamaulipas 2.1 Promover el desarrollo de iniciativas de mejora continua en los centros como fase previa al desarrollo de procesos de acreditación/certificación 2.2 Favorecer que los centros asistenciales obtengan la acreditación del gobierno federal 4.1 Favorecer el desarrollo de procesos de auditoría 4.2 Establecer mecanismos que favorezcan y supervisen el cumplimiento de los estándares de calidad y programas
EJE 4	3.1 Garantizar la suficiencia y adecuación de la infraestructura y equipamiento 3.2 Re plantear el vínculo entre los programas de salud y la infraestructura disponible para implementarlos	1.1 Mejorar el proceso de planificación y ejecución del presupuesto 2.1 Garantizar la equidad en las retribuciones salariales 2.4 Estrechar los modelos de colaboración en el ámbito de la docencia 4.1 Optimizar el proceso de abasto de insumos
EJE 5	1.1 Establecer un sistema de información integral 1.2 Favorecer la accesibilidad y la gestión administrativa 1.3 Desarrollar el modelo de información clínica del Expediente Clínico Electrónico 2.1 Establecer un modelo de continuidad asistencial de la información 2.2 Favorecer el intercambio y accesibilidad de la información entre las instituciones 3.1 Servicios administrativos 3.2 Servicios clínicos no presenciales 4.1 Desarrollar un modelo de business intelligence	2.3 Integrar la información económico financiera

Detalle de Líneas de acción por responsable

ENTIDAD:	Subsecretaría de Planeación y Vinculación Social
DOCUMENTO:	Calendario de actividades de la entidad

Eje Estratégico	Línea Estratégica	2017				2018				2019				2020				2021				2022			
		9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12		
1	1.1					1	1	1	1																
	1.2							2	2	2	3	3													
	1.3									3	3	3	3	3	3	3					3				
	1.4										1	1	2	2	1										
2	2.1													2	2	2	2	2	3	3	3	3	3		
	2.2									2	2	2	2	3	3	3	3	3	3						
	2.3	1	1	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4								
	2.4																								
	2.5																					1	1		
3	3.1	1	1	1	1	1	1	1																	
	3.2				1	1	1	1	1	2	2	2	2	2											
	3.3																								
	3.4										1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2		
4	4.1	1	1	1	1	1	1	1	1																
	4.2						1	1	1	1	1	1	1									1	1		
	4.3	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1													
	4.4										1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
5	5.1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3		
	5.2						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2		
	5.3																					1	1		
	5.4																					1	1		

■ Actividad como líder ■ Actividad de apoyo

*El número en cada casilla indica la línea de acción a desarrollar

ENTIDAD:	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
DOCUMENTO:	Responsabilidades en liderato y en apoyo

Liderato de actuaciones

Entidad de apoyo

EJE 1 Política de Salud	2.3 Potenciar el modelo de prevención en el ámbito comunitario 2.4 Elaborar conjuntamente con las entidades de salud programas para la prevención de enfermedades 3.1 Elaborar programas de prevención centrados en colectividades vulnerables 3.2 Establecer programas y acciones específicas de prevención y promoción de la salud 3.3 Facilitar el desarrollo de los programas de prevención y promoción 4.1 Identificar las principales necesidades de la frontera 4.2 Elaboración de programas especiales de atención fronteriza	1.1 Mejorar el proceso de planificación y ejecución de los programas de salud 1.2 Disponer de mecanismos de identificación de regiones y colectivos de riesgo
EJE 2 Modelo de atención	1.1 Definir la cartera de servicios mínima garantizada para cada tipología de recursos asistido 1.3 Reforzar el posicionamiento de la APS como primer nivel de atención 2.1 Estratificar a la población con un enfoque de riesgo que permita adaptar las intervenciones 2.2 Establecer nuevos modelos de atención que permitan asegurar la cobertura a toda la población 2.4 Favorecer la detección temprana de población en situaciones especiales de riesgo	4.2 Promover la re afiliación al Seguro Popular
EJE 3	No aplica	No aplica
EJE 4	No aplica	2.2 Mejorar el proceso de contratación de los profesionales 2.3 Mejorar la cualificación de los profesionales
EJE 5	3.3 Favorecer la implicación del paciente en su autocuidado	No aplica

ENTIDAD:	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
DOCUMENTO:	Calendario de actividades de la entidad

Eje Estratégico	Línea Estratégica	2017				2018				2019				2020				2021				2022			
		9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12		
1	1.1					2	2	2	1	1	1														
	1.2										3	3	3	3	3	4	4	4	4						
	1.3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
	1.4				1	1	2	2	1															3	
2	2.1										1	1	1	1		3	3	3	3	3					
	2.2			4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2					
	2.3																								
	2.4					2	2	2	2	2	2	2													
	2.5																								
3	3.1																								
	3.2																								
	3.3																								
	3.4																								
4	4.1																								
	4.2									2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3		
	4.3																								
	4.4																								
5	5.1																								
	5.2																								
	5.3																3	3	3	3					
	5.4																								

■ Actividad como líder ■ Actividad de apoyo

*El número en cada casilla indica la línea de acción a desarrollar

ENTIDAD:	Subsecretaría de Administración y Finanzas
DOCUMENTO:	Responsabilidades en liderato y en apoyo

	Liderato de actuaciones	Entidad de apoyo
EJE 1	No aplica	1.1 Mejorar el proceso de planificación y ejecución de los programas de salud 3.3 Facilitar el desarrollo de los programas de prevención y promoción
EJE 2	No aplica	5.1 Implantación de sistemas que permitan la optimización de los procesos
EJE 3	4.1 Favorecer el desarrollo de procesos de auditoría	2.1 Promover el desarrollo de iniciativas de mejora continua en los centros como fase previa al desarrollo de procesos de acreditación 2.2 Favorecer que los centros asistenciales obtengan la acreditación del gobierno federal 4.2 Establecer mecanismos y órganos propios que favorezcan y supervisen el cumplimiento de los estándares de calidad y programas
EJE 4 Planeación Económica	1.1 Mejorar el proceso de planificación y ejecución del presupuesto 1.2 Mejorar los procesos de facturación intercentros 2.1 Garantizar la equidad en las redistribuciones salariales de los profesionales 2.2 Mejorar el proceso de contratación de los profesionales 4.1 Optimizar el proceso de compra de medicamentos e insumos	3.1 Garantizar la suficiencia y adecuación de las infraestructuras y equipamientos 3.2 Re plantear el vínculo entre los programas de salud y la infraestructura disponible para implementarlos
EJE 5	2.3 Integrar la información económico financiera	1.2 Favorecer la accesibilidad y la gestión administrativa

ENTIDAD:	Subsecretaría de Administración y Finanzas
DOCUMENTO:	Calendario de actividades de la entidad

Eje Estratégico	Línea Estratégica	2017		2018				2019				2020				2021				2022					
		9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12		
1	1.1					1	1	1	1																
	1.2																								
	1.3									3	3	3	3	3	3	3					3				3
	1.4																								
2	2.1																								
	2.2																								
	2.3																								
	2.4																								
	2.5																								
3	3.1																								
	3.2				1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2									
	3.3																								
	3.4																								
4	4.1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
	4.2																								
	4.3	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1									
	4.4																								
5	5.1																								
	5.2																								
	5.3																								
	5.4																								

■ Actividad como líder ■ Actividad de apoyo

*El número en cada casilla indica la línea de acción a desarrollar

ENTIDAD:	Subsecretaría de Calidad y Atención Médica Especializada
DOCUMENTO:	Responsabilidades en liderato y en apoyo

	Liderato de actuaciones	Entidad de apoyo
EJE 1	2.1 Generar un programa específico de cuidado de la salud	No aplica
EJE 2	1.4 Establecer un modelo de referencia y contra-referencia basado en el proceso de atención integral al paciente	2.1 Estratificar a la población con un enfoque de riesgo que permita adaptar las intervenciones en salud 2.3 Definir procesos que favorezcan la permeabilidad del paciente en los diferentes tipos de unidades médicas 3.4 Favorecer el desarrollo de un modelo de atención de carácter universal 5.1 Implantación de sistemas que permitan la optimización de los procesos
EJE 3 Modelo de Calidad	1.1 Adaptar el plan federal de calidad a las circunstancias propias del Estado de Tamaulipas 2.1 Promover el desarrollo de iniciativas de mejora continua como fase previa al desarrollo de procesos de acreditación/certificación 2.2 Favorecer que los centros asistenciales obtengan la acreditación del gobierno federal 2.3 Promover un modelo de acreditación/certificación estatal orientado a las asociaciones civiles y voluntarios 3.1 Establecer redes de colaboración en el ámbito de la investigación 4.2 Establecer mecanismos y órganos propios que favorezcan y supervisen el cumplimiento de los estándares de calidad y programas 4.3 Favorecer la implementación de mecanismos de participación de la sociedad	No aplica
EJE 4	2.3 Mejorar la cualificación de los profesionales 2.4 Estrechar los modelos de colaboración en el ámbito de la docencia	2.2 Mejorar el proceso de contratación de los profesionales
EJE 5	1.3 Desarrollar el modelo de información clínica del Expediente Clínico Electrónico	1.2 Favorecer la accesibilidad y la gestión administrativa 2.3 Integrar la información económico financiera

ENTIDAD:	Subsecretaría de Calidad y Atención Médica Especializada
DOCUMENTO:	Calendario de actividades de la entidad

Eje Estratégico	Línea Estratégica	2017		2018				2019				2020				2021				2022					
		9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12		
1	1.1																								
	1.2					1	1	1	1	1															
	1.3																								
	1.4																								
2	2.1																								
	2.2			1	1	1	1	1	1	1			3	3	3	3	3	3							
	2.3							4	4	4	4	4													
	2.4																								
	2.5																								1
3	3.1	1	1	1	1	1	1	1	1																
	3.2			1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3								
	3.3																								
	3.4																								
4	4.1																								
	4.2																								
	4.3																								
	4.4																								
5	5.1																								
	5.2																								
	5.3																								
	5.4																								

■ Actividad como líder ■ Actividad de apoyo

*El número en cada casilla indica la línea de acción a desarrollar

ENTIDAD:	Seguro Popular Tamaulipas
DOCUMENTO:	Responsabilidades en liderato y en apoyo

Liderato de actuaciones

Entidad de apoyo

EJE 1	No aplica	No aplica
EJE 2 Modelo de atención	4.1 Mejorar los procedimientos de afiliación 4.2 Promover la re afiliación al Seguro Popular	1.4 Establecer un modelo de referencia y contra-referencia basado en el proceso de atención integral al paciente 2.4 Favorecer la detección temprana de población en situaciones especiales de riesgo
EJE 3 Modelo de Calidad	No aplica	No aplica
EJE 4	No aplica	2.3 Mejorar la cualificación de los profesionales
EJE 5	No aplica	3.1 Servicios administrativos 3.2 Servicios clínicos no presenciales 3.3 Favorecer la implicación del paciente en su autocuidado

ENTIDAD:	Seguro Popular Tamaulipas
DOCUMENTO:	Calendario de actividades de la entidad

Eje Estratégico	Línea Estratégica	2017		2018				2019				2020				2021				2022					
		9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12		
1	1.1																								
	1.2																								
	1.3																								
	1.4																								
2	2.1														4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	2.2			4	4	4	4	4																	
	2.3																								
	2.4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	2.5																								
3	3.1																								
	3.2																								
	3.3																								
	3.4																								
4	4.1																								
	4.2									3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	4.3																								
	4.4																								
5	5.1																								
	5.2																								
	5.3														1	1	1	2	2	3	3				
	5.4																								

■ Actividad como líder ■ Actividad de apoyo

*El número en cada casilla indica la línea de acción a desarrollar

ENTIDAD:	Comisión Estatal de Protección contra Riesgos Sanitarios
DOCUMENTO:	Responsabilidades en liderato y en apoyo

	Liderato de actuaciones	Entidad de apoyo
EJE 1 Política de Salud	1.2 Disponer de mecanismos de identificación de regiones y colectivos de riesgo 4.1 Identificar las principales necesidades de la frontera 4.2 Elaboración de programas especiales de atención fronteriza	2.4 Elaborar conjuntamente con las entidades de salud programas para la prevención de enfermedades 3.1 Elaborar programas de prevención centrados en colectividades vulnerables
EJE 2 Modelo de atención	No aplica	2.4 Favorecer la detección temprana de población en situaciones especiales de riesgo
EJE 3	No aplica	2.3 Promover un modelo de acreditación/ certificación estatal orientado a las asociaciones civiles y comités de salud
EJE 4	No aplica	3.1 Garantizar la suficiencia y adecuación de la infraestructura y equipamiento 4.1 Optimizar el proceso de abasto de medicamentos e insumos
EJE 5	No aplica	3.1 Servicios administrativos 3.2 Servicios clínicos no presenciales

ENTIDAD:	Comisión Estatal de Protección contra Riesgos Sanitarios
DOCUMENTO:	Calendario de actividades de la entidad

Eje Estratégico	Línea Estratégica	2017				2018				2019				2020				2021				2022			
		9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12		
1	1.1					2	2	2	2	2															
	1.2									4	4	4	4	4											
	1.3	1	1	1	1	1																			
	1.4				1	1	2	2	1																
2	2.1																								
	2.2				4	4	4	4	4																
	2.3																								
	2.4																								
	2.5																								
3	3.1																								
	3.2									3	3	3													
	3.3																								
	3.4																								
4	4.1																								
	4.2																								
	4.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	4.4									1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	5.1																								
	5.2																								
	5.3															1	1	1	2	2	2				
	5.4																								

■ Actividad como líder ■ Actividad de apoyo

*El número en cada casilla indica la línea de acción a desarrollar

16. Glosario

AVISA	Años de Vida Saludable
CAIRRS	Centro de Atención Integral para la Reducción de Riesgos Sexuales
CAPA	Centro de Atención Primaria en Adicciones
CAPASITS	Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual
CISAME	Centros Integrales de Salud Mental
CSG	Consejo de Salubridad General
COEPRIS	Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DIF	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
ECE	Expediente Clínico Electrónico
ELVISA	Esperanza de Vida Saludable Ajustada por Discapacidad o Años de Vida Saludable
ENSANut	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
FODA	Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MAI	Modelo de Atención Integral de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PFAM	Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEED	Sistema de Estadísticas Epidemiológicas de las Defunciones
SEMAR	Secretaría de Marina-Armada de México
SESA	Servicios Estatales de Salud
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad en Salud
SILOS	Sistemas Locales de Salud
SPS	Seguro Popular de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SSA	Secretaría de Salud de Tamaulipas
SST	Sistema de Salud de Tamaulipas
UNEME	Unidad de Especialidades Médicas
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
VIH-SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

17. Bibliografía

1. Carmona, Carlos. «Acreditación y certificación de hospitales.» *PwC México* (s.f.): 2.
2. Cortez, Alberto Nava. *Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022*. Tamaulipas, México: Gobierno del Estado de Tamaulipas, 2017.
3. Enrique Peña Nieto, Mercedes Juan López. *La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones*. México: Secretaría de Salud, 2012.
4. Enrique Ruelas, Ofelia Poblano. *Certificación y acreditación en los modelos de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
5. *Estrategia Nacional para la consolidación de la calidad en los establecimientos y servicios de atención médica. Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Secretaría de Salud, s.f.
6. *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas. Resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones*. México: OCDE, 2016.
7. González Block, Miguel A. (Coordinador) . «Diagnóstico de los retos al Sistema Nacional de Salud Universal.» 2015. <<http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2015/10/Diagnostico-del-Sistema-Nacional-de-Salud.pdf>>.
8. González, Dr. Ricardo Daniel Corona. «El Sistema de Salud en México: De la fragmentación hacia un Sistema de Salud Universal.» 16 de January de 2017. *CONAEMI*. <http://conaemi.wixsite.com/conaemi/single-post/2017/01/15/El-Sistema-de-Salud-en-M%C3%A9xico-De-la-fragmentaci%C3%B3n-hacia-un-Sistema-de-Salud-Universal>.
9. *Informe sobre la salud de los mexicanos. Diagnóstico general de la salud poblacional*. México: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, 2015.
10. Lieja 7, Col. Juárez. *Modelo de Atención Integral de Salud (MAI)*. 06696, México, D.F.: Secretaría de Salud, 2015.
11. *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México: Programa Sectorial de Salud 2013-2018, 2015.
12. *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas*. Secretaría de Salud, s.f.
13. *Programa Sectorial de Salud, Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. México: Gobierno de la República, s.f.
14. Tamaulipas), Ing. Egidio Torre Cantú (Gobernador Constitucional del Estado de. *Plan Estatal de Desarrollo Tamaulipas 2011-2016*. Tamaulipas, México.: Gobierno del Estado de Tamaulipas, s.f.

18. Anexo: Índice de Ilustraciones

Ilustración 1: Sistema de Salud Estatal de Tamaulipas	3
Ilustración 2: Esquema de Relación del Sistema de Salud del Estado con la Secretaría de Salud de Tamaulipas	4
Ilustración 3: El proceso considera 4 fases metodológicas que se apalancarán en distintas herramientas para promover su éxito	5
Ilustración 4: Lista de participantes en talleres de trabajo del Programa Sectorial de Salud	6
Ilustración 5: Lista de participantes en talleres de trabajo del Programa Sectorial de Salud	7
Ilustración 6: Lista de participantes en talleres de trabajo del Programa Sectorial de Salud	7
Ilustración 7: Áreas de impacto utilizados durante los talleres	7
Ilustración 8: Modelo de salud y ejes estratégicos del Plan Sectorial de Salud de Tamaulipas	8
Ilustración 9: Organigrama de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas	11
Ilustración 10: Jurisdicciones Sanitarias. Tamaulipas 2016	12
Ilustración 11: Condicionantes de la demanda y la oferta de salud	12
Ilustración 12: Pirámide poblacional de Tamaulipas (2016-2030)	14
Ilustración 13: Pirámide de población de los Estados Unidos de México y Tamaulipas (%). Año 2016	14
Ilustración 14: Tasa global de fecundidad, Tamaulipas 2010-2016	14
Ilustración 15: Tasa de natalidad y mortalidad Tamaulipas 2010-2016	14
Ilustración 16: Tasa de inmigración, emigración interestatal y crecimiento total del Estado de Tamaulipas 2010 – 2016 (%)	15
Ilustración 17: Esperanza de vida al nacimiento. Tamaulipas 2010-2016	15
Ilustración 18: Crecimiento de la población por grupos etarios programáticos. Tamaulipas 2000-2010	16

Ilustración 19: Distribución de la población según el tamaño de la localidad en que habita	16
Ilustración 20: Población según tamaño de localidad. Tamaulipas 2010	16
Ilustración 21: Distribución de la población según institución de derechohabencia. Tamaulipas 2016	17
Ilustración 22: Población según derechohabencia y jurisdicción sanitaria. Tamaulipas 2016	17
Ilustración 23: Principales causas de enfermedades notificadas en población total (Tasa por cada 100,000 habitantes.). Tamaulipas 2015	19
Ilustración 24: Total de egresos hospitalarios. Sector Salud. Tamaulipas. Año 2015	20
Ilustración 25: Principales causas de egreso hospitalario según código CIE 10 en establecimientos particulares, según sexo, Tamaulipas 2014	21
Ilustración 26: Egresos hospitalarios por especialidad e institución. Tamaulipas 2015	21
Ilustración 27: Tasa de mortalidad general en Tamaulipas (Nº de defunciones por cada 1,000 habitantes)	21
Ilustración 28: Porcentaje de defunciones según sexo. Tamaulipas 2000-2015	22
Ilustración 29: Principales causas de mortalidad general en Tamaulipas. Año 2000 (por cada 100,000 habitantes)	22
Ilustración 30: Principales causas de mortalidad general en Tamaulipas. Año 2015 (por cada 100,000 habitantes)	22
Ilustración 31: Principales causas de mortalidad por derechohabencia. Tamaulipas 2016	24
Ilustración 32: Tasa de mortalidad en menores de 1 año en Tamaulipas. Años 2000-2015	24
Ilustración 33: Principales causas de mortalidad infantil por derechohabencia. Tamaulipas 2016	25
Ilustración 34: Tasa de mortalidad en niños de 1-4 años. Tamaulipas 2000-2015	25
Ilustración 35: Principales causas de mortalidad preescolar por derechohabencia. Tamaulipas 2016	26
Ilustración 36: Tasa de mortalidad en niños de 5-14 años. Tamaulipas 2000-2015	26
Ilustración 37: Principales causas de mortalidad escolar por derechohabencia. Tamaulipas 2016	27
Ilustración 38: Tasa de mortalidad en personas de 15-24 años. Tamaulipas 2000-2015	27
Ilustración 39: Principales causas de mortalidad en adolescentes y jóvenes por derechohabencia. 2016	28
Ilustración 40: Tasa de mortalidad en personas de 25-44 años. Tamaulipas 2000-2015	28
Ilustración 41: Principales causas de mortalidad por derechohabencia en personas de 25-44 años. 2016	29
Ilustración 42: Mortalidad de 45 – 64 años. Tamaulipas 2000-2015	29
Ilustración 43: Principales causas de mortalidad en adultos por derechohabencia. 2016	30
Ilustración 44: Mortalidad de mayores de 65 años. Tamaulipas 2000-2015	30
Ilustración 45: Principales causas de mortalidad de adultos mayores de 65 años por derechohabencia. 2016	31
Ilustración 46: Tasa de mortalidad materna. Tamaulipas 2000-2015	31
Ilustración 47: Principales causas de mortalidad materna por derechohabencia. 2016	32
Ilustración 48: Mortalidad hospitalaria. Sector Salud. Tamaulipas 2014	32
Ilustración 49: Principales causas de egreso hospitalario por defunción. Sector Salud. Tamaulipas 2014	33
Ilustración 50: Principales causas de mortalidad hospitalaria. Secretaría de Salud. Tamaulipas 2016	33
Ilustración 51: Diez principales causas de ELVISA. Nacional y Tamaulipas	34
Ilustración 52: Frecuencia y prevalencia de discapacidades por tipo. Tamaulipas 2010	34
Ilustración 53: Principales Riesgos de Salud Nacional y Estatal 2013	35
Ilustración 54: Mapa Riesgos Sanitarios. Tamaulipas 2016	35
Ilustración 55: Mapa de Riesgos Sanitarios y Brotes. Tamaulipas 2016	36
Ilustración 56: Unidades médicas del sector salud por nivel de atención e institución. Tamaulipas	38
Ilustración 57: Distribución de las unidades médicas del sector salud por institución. Consulta externa y hospitalización del 2 ^{do} y 3 ^{er} nivel de atención. Tamaulipas. Año 2015	38
Ilustración 58: Camas censables y no censables según institución. Tamaulipas 2016	39
Ilustración 59: Consultorios según institución. Tamaulipas 2016	40
Ilustración 60: Quirófanos según institución. Tamaulipas 2016	40
Ilustración 61: Salas de expulsión según institución. Tamaulipas 2016	40
Ilustración 62: Recursos de unidades médicas del sector salud según institución. Tamaulipas 2016	41

Ilustración 63: Hospitales particulares según número de camas censables. Tamaulipas	42
Ilustración 64: Infraestructura de hospitales particulares según número de camas censables	43
Ilustración 65: Infraestructura de Servicios de Salud por tipo de unidad de atención, por jurisdicción Sanitaria. Tamaulipas 2017	44
Ilustración 66: Centros de salud y consultorios por jurisdicción sanitaria, según indicador de consultorios para cada 3000 habitantes. Tamaulipas 2016	45
Ilustración 67: Hospitales según camas censables por cada 1000 habitantes sin seguridad social	47
Ilustración 68: Estado de situación de los centros de especialidades de los Servicios de Salud. Año 2016	48
Ilustración 69: Distribución los centros de especialidades de los servicios de salud por estado de situación. Año 2016	48
Ilustración 70: Infraestructura física en salud del Plan Maestro de Infraestructura física en Salud, Tamaulipas. Junio 2017	49
Ilustración 71: Recursos humanos de las instituciones del Sector Salud	49
Ilustración 72: Recursos humanos de las instituciones del Sector Salud	50
Ilustración 73: Recursos humanos de las instituciones del Sector Privado de Salud por tipología de contratación y categoría profesional. Años 2014 y 2015	50
Ilustración 74: Servicios de salud otorgados. Sector Salud. Tamaulipas 2014 y 2015	51
Ilustración 75: Consultas otorgadas según tipo e institución del sector salud. Tamaulipas 2014 y 2015	51
Ilustración 76: Distribución del número de consultas según su tipología. Tamaulipas 2015	52
Ilustración 77: Distribución del número de consultas según institución de salud. Tamaulipas 2015	52
Ilustración 78: Servicios auxiliares de diagnóstico otorgados, por tipo e institución del sector salud. Tamaulipas 2014 y 2015	52
Ilustración 79: Promedio de número de estudios realizados según tipología por persona atendida. 2015	53
Ilustración 80: Sesiones practicadas y personas atendidas en servicios auxiliares de tratamiento Instituciones del sector salud, según tipos de institución. Tamaulipas 2014 y 2015	53
Ilustración 81: Promedio de número de estudios realizados según tipología por persona atendida. 2015	53
Ilustración 82: Indicadores de la red hospitalaria de los Servicios de Salud de Tamaulipas 2016	54
Ilustración 83: Cirugías realizadas. Red hospitalaria de los Servicios de Salud de Tamaulipas 2016	55
Ilustración 84: Nacimientos por partos o cesárea. Red Hospitalaria de los Servicios de Salud de Tamaulipas. 2015	55
Ilustración 85: Consultas de especialidad y generales. Red hospitalaria de los Servicios de Salud de Tamaulipas 2016	56
Ilustración 86: Estudios de diagnóstico realizados. Red Hospitalaria de los Servicios de Salud de Tamaulipas 2015	57
Ilustración 87: Consultas en primer nivel de atención por tipo. Tamaulipas 2015	57
Ilustración 88: Consultas médicas por tipo por jurisdicción sanitaria. Tamaulipas 2015	58
Ilustración 89: Consultas médicas por tipo por jurisdicción sanitaria. Tamaulipas 2015	58
Ilustración 90: Consultas en primer nivel de atención por tipo. Tamaulipas 2015	59
Ilustración 91: Comparación de referencias y contra-referencias años 2015 y 2016	60
Ilustración 92: Importe presupuestado de los servicios de salud asumidos por los Servicios de Salud de Tamaulipas (millones de \$). Año 2016	60
Ilustración 93: Distribución del importe de los servicios de salud asumidos por los Servicios de Salud de Tamaulipas. Año 2016	61
Ilustración 94: Distribución del importe de los servicios de salud asumidos por los Servicios de Salud de Tamaulipas por jurisdicción sanitaria. Año 2016	61
Ilustración 95: Distribución del importe de los servicios salud asumidos por los Servicios de Salud de Tamaulipas según nivel de atención (total y %). Año 2016	62
Ilustración 96: Distribución del importe de los servicios salud asumidos por los Servicios de Salud de Tamaulipas según nivel de atención y partidas presupuestarias (%). Año 2016	62
Ilustración 97: Distribución del presupuesto en atención y promedio por población sin derechohabencia según diferentes niveles de atención y jurisdicciones sanitarias. Año 2016	62
Ilustración 98: Distribución del importe de los servicios subrogados (\$ y %) por tipología de prestación de servicios. Año 2016	63

Ilustración 99: Servicios Subrogados en las diferentes jurisdicciones sanitarias y número de proveedores (millones de \$). Año 2016	63
Ilustración 100: Trato digno en consulta externa	64
Ilustración 101: Organización de los servicios en consulta externa urbana	64
Ilustración 102: Organización de los servicios de Consulta Externa Rural	65
Ilustración 103: Atención médica efectiva en el Primer Nivel de Atención	65
Ilustración 104: Trato digno en urgencias	65
Ilustración 105: Organización de los servicios de urgencias	66
Ilustración 106: Atención médica efectiva en segundo nivel	66
Ilustración 107: Indicadores de enfermería en el segundo nivel de atención	66
Ilustración 108: Indicadores de Gasto en Salud, 2015	67
Ilustración 109: Indicadores de Recursos en Salud	67
Ilustración 110: Indicador de Actividades de Servicios de Salud	67
Ilustración 111: Indicadores de Datos de Mortalidad	68
Ilustración 112: Indicadores de Factores de Riesgo de la Salud	68
Ilustración 113: Ejes estratégicos del Programa Sectorial de Salud de Tamaulipas	75
Ilustración 114: Tabla de indicadores eje 1 "Política de Salud y Prevención"	82
Ilustración 115: Tabla de indicadores eje 2 "Modelo de Atención"	93
Ilustración 116: Tabla de indicadores eje 3 "Modelo de Calidad, Innovación e Investigación"	99
Ilustración 117: Tabla de indicadores eje 4 "Planeación Económico-financiera"	107
Ilustración 118: Tabla de indicadores eje 5 "Transformación Digital"	116
Ilustración 119: Enfoque de trabajo por Subsecretaría de la Secretaría de Salud de Tamaulipas	117
Ilustración 120: Visión global de los programas estratégicos y de actuación	124

ATENTAMENTE.- UNIDAD JURÍDICA Y DE TRANSPARENCIA.- MTRO. VÍCTOR JOSÉ GIRÓN DIMAS.-
Rúbrica.
