



Tamaulipas

2022-2028

FONDO DE APORTACIONES

PARA LOS SERVICIOS DE SALUD

FASSA

DIAGNÓSTICO AMPLIADO

2025



Tamaulipas
Gobierno del Estado



Secretaría
de Salud



Presentación

Los *Lineamientos sobre el diseño y seguimiento del desempeño de los Programas presupuestarios para el Ejercicio Fiscal 2025*, regulan el proceso de definición, revisión, registro y modificación de los instrumentos de diseño y seguimiento del desempeño de los Programas presupuestarios (Pp), así como el calendario y proceso para el registro de los avances en el cumplimiento de las metas de los indicadores del desempeño.

En este marco, se establece la obligatoriedad de contar con un instrumento de diseño y de seguimiento del desempeño para cada Pp, así como el tipo de instrumento aplicable a cada modalidad, que deberán elaborar o actualizar las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.

¿Cuál es el objetivo de este modelo?

Proporcionar un formato editable con la estructura y contenido que debe considerarse para integrar el Instrumento de Diseño tipo “Diagnóstico ampliado”, con base en lo establecido por la Metodología de Marco Lógico (MML), y que pueda ser utilizado por las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.

¿Quiénes pueden utilizar este modelo?

El modelo para la integración del Instrumento de Diseño tipo “Diagnóstico ampliado” es aplicable a los Pp del gasto programable bajo las siguientes modalidades:

- “B” Provisión de Bienes Públicos
- “E” Prestación de Servicios Públicos
- “I” Gasto federalizado
- “S” Sujetos a Reglas de Operación
- “U” Otros subsidios

¿Cómo utilizar este modelo?

El documento contiene 13 apartados que deberán ser completados con la información estratégica sobre el diseño del Pp, utilizando un lenguaje claro y accesible, y considerando las siguientes acotaciones:

- [Insertar texto] en esta sección se deberá desarrollar la información del Pp.
- Texto sombreado en gris indica las características generales de cada apartado y los elementos mínimos que se deben desarrollar.
- Texto sombreado en verde presenta recomendaciones sobre fuentes de información y los apartados que deben ser consistentes entre sí a lo largo del documento.



Contenido

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO (Pp)	3
1.	3
2.	6
3.	13
4.	15
4.1 POBLACIÓN POTENCIAL	15
4.2 POBLACIÓN OBJETIVO	16
4.3 FUENTE DE INFORMACIÓN Y FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN	17
5.	19
6.	21
7.	24
8.	28
9.	30
10.	32
10.1 MODALIDAD PRESUPUESTARIA	32
10.2 UNIDADES RESPONSABLES	32
10.3 BIENES Y SERVICIOS	32
10.4 COBERTURA	32
10.5 REGISTRO DE POBLACIÓN ATENDIDA	33
11.	34
12.	37
13.	39

Datos de identificación del Programa presupuestario (Pp)

Ramo	33
Modalidad del Pp	I
Clave del Pp	002
Denominación Pp	<i>Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud</i>

1. Introducción

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), identificado con la clave presupuestaria I002 y encuadrado en la modalidad “I” de gasto federalizado, constituye una de las principales fuentes de financiamiento de la Secretaría de Salud de Tamaulipas en su papel de ente rector, al respaldar las acciones de planeación, regulación, vigilancia y promoción de la salud dirigidas a la población sin seguridad social.

Tamaulipas presenta un entorno sanitario con múltiples retos: una alta proporción de población en situación de vulnerabilidad social, brechas de atención entre zonas urbanas y rurales, y una carga persistente de enfermedades crónicas y transmisibles (INEGI, 2024). Estos desafíos se desarrollan en un contexto nacional de reorganización del sistema de salud, particularmente a raíz del proceso de transición de unidades médicas al OPD Servicios de Salud IMSS-Bienestar, que ha redefinido la participación estatal en la provisión directa de servicios.

El FASSA opera en la entidad desde la entrada en vigor de la Ley de Coordinación Fiscal en 1998, como parte del Ramo General 33, y tiene por objeto financiar los servicios de salud que prestan los gobiernos estatales para personas sin seguridad social. En Tamaulipas, su implementación ha permitido fortalecer la coordinación y conducción de acciones prioritarias de salud pública, tales como vacunación, salud materna, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud.

En años recientes, el diseño operativo del programa ha experimentado cambios significativos, entre ellos:

- El traslado de unidades médicas y personal al nuevo modelo IMSS-Bienestar.
- La reasignación de la función rectora a la Secretaría de Salud del Estado, separándola de la operación.
- El ajuste de metas, indicadores y objetivos programáticos en función de la MIR.
- La necesidad de establecer mecanismos de complementariedad para evitar duplicidades y garantizar la continuidad de servicios.

La elaboración del presente Diagnóstico Ampliado responde a los Lineamientos emitidos por la SHCP (2025) y se sustenta en evidencia proveniente de los sistemas oficiales de información en salud, estadísticas del INEGI, indicadores de SINAIS, así como estudios sectoriales y lineamientos federales en materia de planeación y evaluación del desempeño (SHCP, 2025). Este diagnóstico permitirá identificar con claridad el problema público que atiende el programa, justificar la intervención estatal y contribuir al diseño de una Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) congruente con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2025–2030, Plan Estatal de Desarrollo 2023–2028, Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, Programa Sectorial de Salud 2025–2030 y Programa Sectorial de Salud 2023–2028 de la Secretaría de Salud de Tamaulipas.

Asimismo, la relevancia del FASSA se refuerza en contextos de pobreza y desigualdad social, donde la Secretaría de Salud de Tamaulipas, en su papel de ente rector, conduce las funciones esenciales de salud pública dirigidas a la población sin seguridad social (CONEVAL, 2021).

Durante el periodo 2020–2024, el FASSA en Tamaulipas ha presentado un comportamiento financiero estable. Como muestra la Tabla 1, el presupuesto ejercido se ha mantenido cercano al 100 % del modificado, lo que evidencia una alta capacidad de ejecución presupuestal en el ejercicio de los recursos transferidos mediante el FASSA.

Tabla 1. Evolución del presupuesto ejercido del FASSA en Tamaulipas (2020–2024)

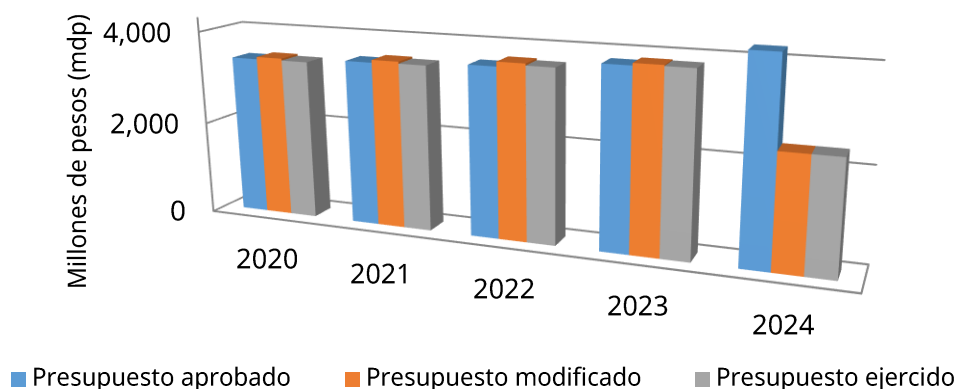
Año	Presupuesto aprobado (mdp)	Presupuesto modificado (mdp)	Presupuesto ejercido (mdp)	% Ejercido vs modificado
2020	3,312	3,312	3,312	99.9%
2021	3,482	3,468	3,468	99.9%
2022	3,693	3,696	3,696	100%
2023	3,926	3,939	3,939	100%
2024	4,230	2,384	2,384	100%

Fuente: Cuenta Pública. <https://transparencia.tamaulipas.gob.mx/cuentapublica/>

La Gráfica 1 permite visualizar con mayor claridad la evolución del presupuesto del FASSA en los últimos cinco ejercicios fiscales. Se observa un crecimiento constante hasta 2023, con un ajuste a la baja en 2024 derivado de la transición institucional con IMSS-Bienestar.

Gráfica 1. Evolución del presupuesto FASSA Tamaulipas (2020–2024)

Presupuesto FASSA Tamamulipas 2020-2024.



Fuente: Cuenta Pública. <https://transparencia.tamaulipas.gob.mx/cuentapublica/>

La Tabla 2 resume los principales hitos normativos e institucionales que han marcado la evolución del FASSA en Tamaulipas, desde su creación como parte del Ramo 33 hasta su reconfiguración actual con la implementación del modelo IMSS-Bienestar.

Tabla 2. Línea del Tiempo - Hitos Clave del FASSA en Tamaulipas

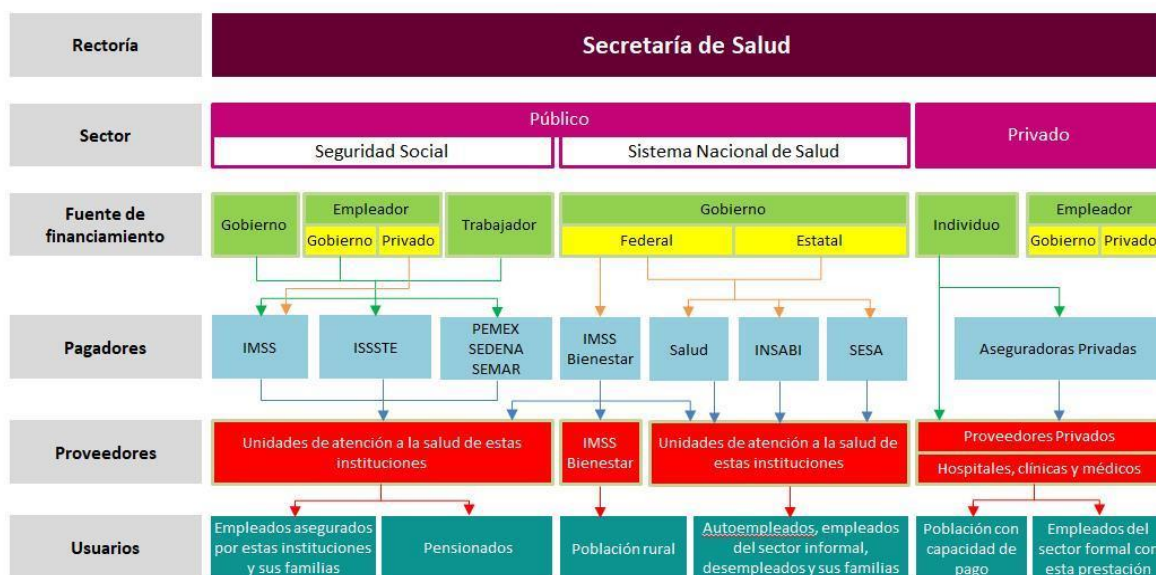
Año	Evento relevante
1998	Inicio del FASSA como parte del Ramo 33, con descentralización progresiva.
2004	Tamaulipas firma el Acuerdo de Coordinación con el entonces Seguro Popular.
2019	Se extingue el Seguro Popular; transición a INSABI.
2021	Se firma el Convenio Marco para la federalización de los servicios de salud.
2023	Adhesión a IMSS-Bienestar para la atención médica de la población sin seguridad social.
2025	Elaboración del Diagnóstico Ampliado conforme a los Lineamientos ID_ISD 2025.

Fuente: Elaboración propia con base en la Ley de Coordinación Fiscal (1998), convenios estatales de coordinación en salud (2004, 2021), Diario Oficial de la Federación (DOF, 2019), lineamientos de operación de IMSS-Bienestar (2023) y Lineamientos para la Gestión de Instrumentos ID_ISD (SHCP, 2025).

2. Definición y análisis del problema

La población sin seguridad social en Tamaulipas enfrenta limitaciones estructurales para acceder de manera efectiva, oportuna y equitativa a servicios esenciales de salud pública. Esta situación se agrava por la histórica debilidad de la función rectora, en un contexto de fragmentación y segmentación del sistema nacional de salud que se reproduce en las entidades federativas, donde conviven múltiples instituciones con modelos operativos y poblaciones objetivo distintas. Esta arquitectura institucional genera barreras para la planeación integral, dificulta la coordinación entre niveles de atención y acentúa las brechas de acceso para la población sin afiliación a la seguridad social.

Figura 1. Estructura del Sistema Nacional de Salud



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en Gómez Dantes et al (2011).

Por otro lado, desde la descentralización de los servicios de salud en 1998 y la creación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), la Secretaría de Salud de Tamaulipas (SST) asumió, en la práctica, un doble rol: rector y operador de servicios. Sin embargo, la ausencia de una separación funcional efectiva entre la SST y los Servicios Estatales de Salud generó un modelo híbrido centrado más en la prestación de servicios de salud para personas sin seguridad social que en el ejercicio pleno de la rectoría, afectando la capacidad de conducción sectorial, vigilancia sanitaria y articulación interinstitucional.

A partir de 2023, con la federalización de los servicios de salud para personas sin seguridad social, se inició un proceso de transición institucional mediante el cual la operación de unidades médicas fue transferida progresivamente al Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud IMSS-Bienestar, y se creó el Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP) como brazo operativo federal para las acciones de salud pública. En este nuevo modelo, la SST queda como autoridad exclusivamente rectora en el estado.

Este proceso exige una reconfiguración de las capacidades institucionales de la SST para ejercer su rectoría sobre un sistema en el que operan múltiples actores con distintos niveles de responsabilidad. La existencia de brechas en la cobertura de acciones preventivas, la limitada capacidad para coordinar redes de servicios y distritos sanitarios, así como la debilidad en los mecanismos estatales de monitoreo y evaluación, evidencian la urgencia de fortalecer la función rectora como pilar del sistema estatal de salud.

Si esta situación no se atiende de manera estratégica, se corre el riesgo de que la población sin seguridad social quede desprotegida frente a amenazas sanitarias, especialmente en contextos de alta movilidad migratoria, dispersión geográfica o emergencia epidemiológica. El fortalecimiento de la rectoría es una condición necesaria para garantizar que las instituciones operadoras (IMSS-Bienestar y SNSP) cumplan con los principios de equidad, calidad y cobertura efectiva que fundamentan el sistema nacional de salud.

En 2024, Tamaulipas registró una población estimada de 1.6 millones de personas sin afiliación a instituciones de seguridad social (CONAPO/DGIS). Esta población representa el universo que enfrenta mayores barreras para acceder a servicios de salud pública esenciales, ya que depende principalmente de la provisión estatal y federal mediante mecanismos como el FASSA.

La cobertura de consultas preventivas de primera vez permite evaluar el desempeño del sistema de salud en la provisión de servicios esenciales para la detección temprana de enfermedades y la promoción de la salud. En 2024, Tamaulipas reportó importantes disparidades territoriales: mientras jurisdicciones como Victoria superan el 85% de cobertura, otras como Reynosa, Tampico o Nuevo Laredo presentan coberturas por debajo del 30%, a pesar de concentrar un volumen significativo de población sin seguridad social. Esta situación refleja desequilibrios en la capacidad de respuesta operativa del sistema estatal de salud pública y destaca la necesidad de fortalecer los mecanismos de planeación y rectoría estatal.

Tabla 3. Cobertura de consultas preventivas de primera vez por jurisdicción sanitaria, Tamaulipas, 2024.

Jurisdicción Sanitaria	Población sin seguridad social 2024	Consultas preventivas 1a vez 2024 (CPP01-CPP07)	Cobertura %
01 VICTORIA	184,283	160,454	87.1%
02 TAMPICO	195,290	46,395	23.8%
03 MATAMOROS	228,925	60,099	26.3%
04 REYNOSA	308,769	65,642	21.3%
05 NUEVO LAREDO	181,298	29,317	16.2%
06 MANTE	71,856	41,388	57.6%
07 SAN FERNANDO	44,496	21,789	49.0%
08 JAUMAVE	40,716	41,464	101.8%
09 MIGUEL ALEMÁN	40,974	21,980	53.6%
10 VALLE HERMOSO	90,804	27,913	30.7%



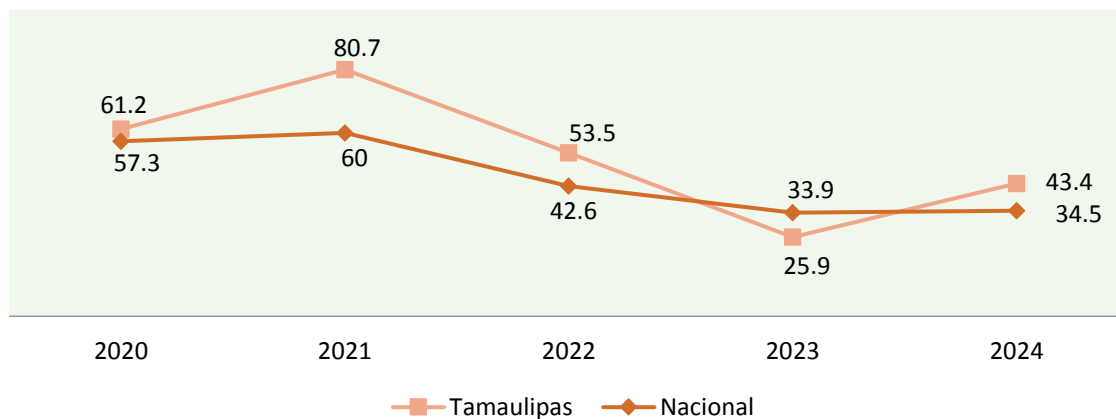
Jurisdicción Sanitaria	Población sin seguridad social 2024	Consultas preventivas 1a vez 2024 (CPP01-CPP07)	Cobertura %
11 PADILLA	43,711	46,079	105.4%
12 ALTAMIRA	160,068	59,166	37.0%
Total general	1,591,190	621,686	39.1%

Fuente: Elaboración propia con datos de CUBOS DGIS y datos del CONAPO. B.D. de la Conciliación Demográfica 1950 a 2019 y Proyecciones de la población de México 2020 a 2070.

Monitoreo Indicadores FASSA 2020-2024

Con el propósito de dimensionar la magnitud del problema público y contar con una base empírica sólida, se presenta a continuación el monitoreo de los indicadores FASSA en el periodo 2020-2024. Estos indicadores permiten identificar tendencias en materia de mortalidad materna, cobertura de servicios preventivos, acreditación de establecimientos, transferencias financieras y cambios en la normativa federal que inciden en la operación del Fondo. La evidencia cuantitativa es indispensable para fundamentar el análisis situacional y la posterior construcción del árbol de problemas y objetivos, conforme a la Metodología de Marco Lógico (SHCP, 2023).

Gráfica 2. Razón de Mortalidad Materna de mujeres sin seguridad social.

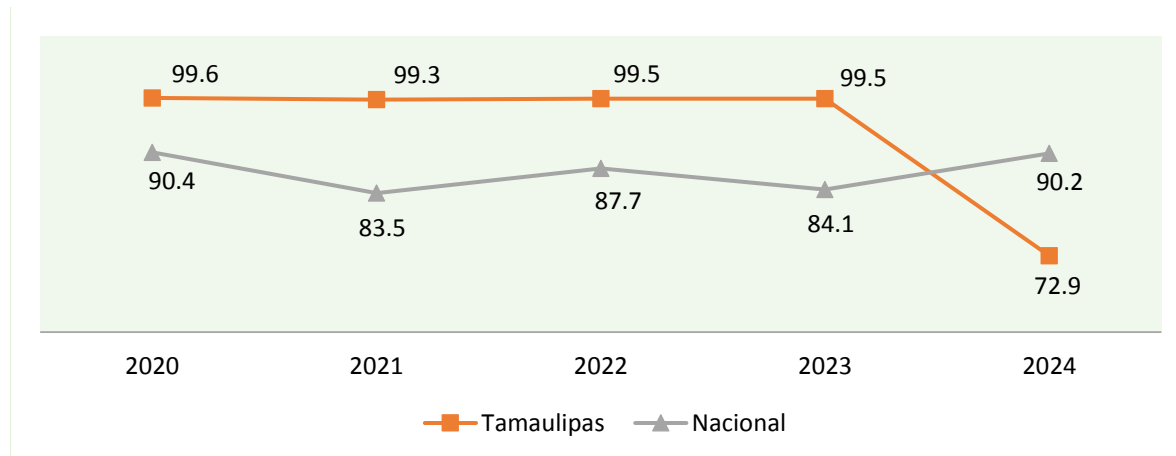


Fuente: Departamento de Evaluación en Salud, SST. Monitoreo de indicadores FASSA 2020-2024.

La tendencia descendente de la mortalidad materna refleja avances en cobertura obstétrica, pero aún persisten desigualdades territoriales que exigen fortalecer la rectoría estatal para focalizar recursos en jurisdicciones con mayor rezago.



Gráfica 3. Porcentaje de nacimientos de mujeres sin derechohabencia atendido por personal médico.

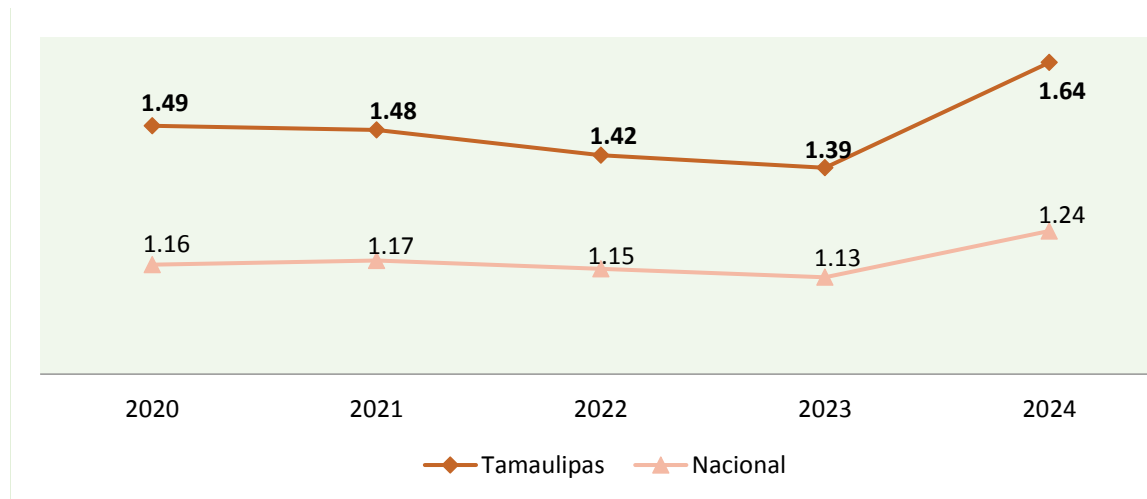


Nota: Para 2024 ajustó el denominador del indicador, proyección de nacimientos.

Fuente: Departamento de Evaluación en Salud, SST. Monitoreo de indicadores FASSA 2020-2024.

El cambio metodológico en 2024 introduce un reto de comparabilidad interanual, al modificar los parámetros de medición de los indicadores estratégicos. Este hallazgo se retoma en el Capítulo 12 como un nuevo indicador de continuidad metodológica, orientado a fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud de Tamaulipas en el seguimiento y la evaluación del desempeño.

Gráfica 4. Médicos generales y especialistas por cada mil habitantes (población no derechohabiente).

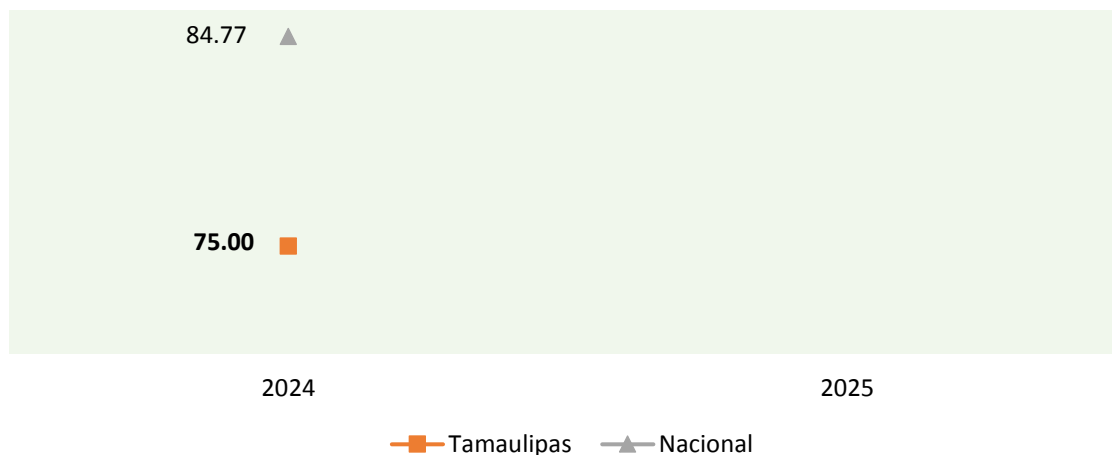


Fuente: Departamento de Evaluación en Salud, SST. Monitoreo de indicadores FASSA 2020-2024.

Aunque el comportamiento ascendente de este y otros indicadores sugiere avances en acceso a servicios preventivos, las diferencias entre jurisdicciones sanitarias señalan la necesidad de consolidar las redes integradas de servicios.



Gráfica 5. Porcentaje de establecimientos de atención médica de las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud que implementan el Modelo de Gestión de Calidad en Salud MGCS.

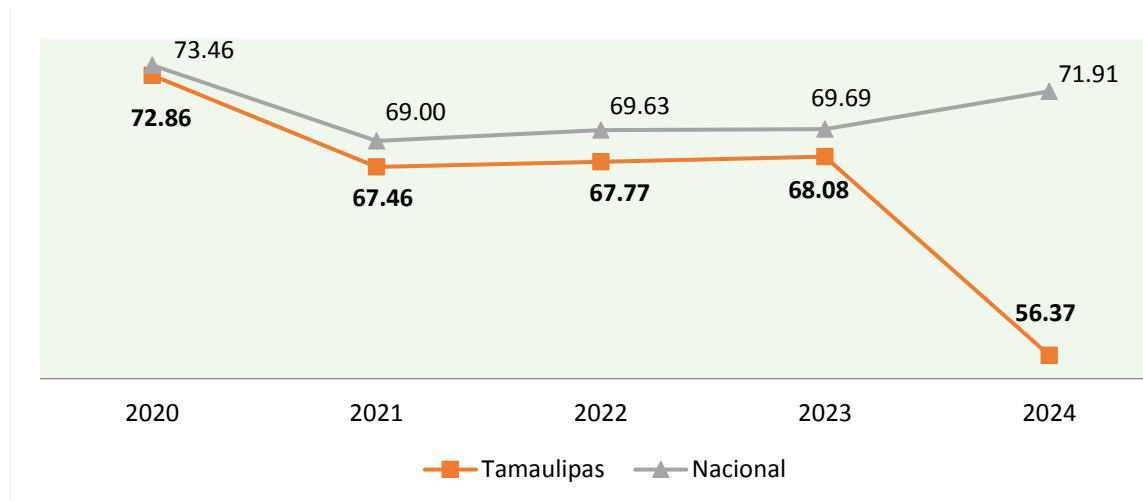


Nota: El indicador de calidad cambio para 2024, debido a que el Programa Acreditación se canceló en 2023, por lo que se actualizó el indicador.

Fuente: Departamento de Evaluación en Salud, SST. Monitoreo de indicadores FASSA 2020-2024.

La cancelación del programa de acreditación en 2023 y la actualización del indicador en 2024 evidencian la vulnerabilidad de los sistemas nacionales de evaluación. Para Tamaulipas, el reto no es la operación de los establecimientos, sino asegurar, desde su función rectora, un esquema de seguimiento estatal que garantice la continuidad metodológica y la alineación con el MAS-Bienestar y el SNSP.

Gráfica 6. Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a la Prestación de Servicios de Salud a la Persona y Generación de Recursos para la Salud.

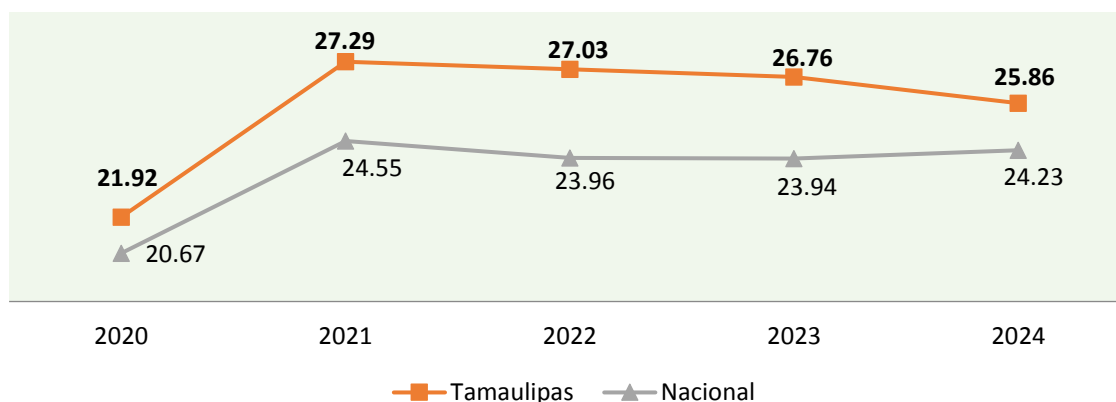


Nota: En 2024 se realizó la transferencia de recursos por la SHCP al OPD Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR, presentando ajustes significativos financieros.

Fuente: Departamento de Evaluación en Salud, SST. Monitoreo de indicadores FASSA 2020-2024.

En 2024 se realizó la transferencia de recursos por la SHCP al OPD Servicios de Salud IMSS-BIENESTAR, presentando ajustes significativos financieros que afectan directamente la provisión individual de servicios y la capacidad de generar recursos en salud. El reto de la Secretaría de Salud de Tamaulipas será garantizar, desde su función rectora, que la reasignación preserve la continuidad en el monitoreo de cobertura efectiva y equitativa en la atención brindada por los operadores.

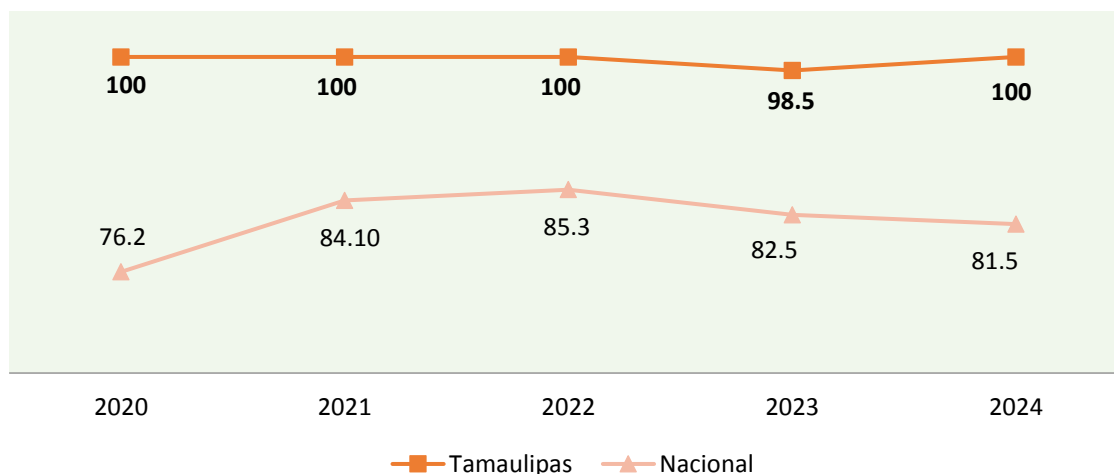
Gráfica 7. Porcentaje del gasto total del FASSA destinado a la Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad.



Fuente: Departamento de Evaluación en Salud, SST. Monitoreo de indicadores FASSA 2020-2024.

Para este componente, se requiere reforzar los mecanismos de planeación y supervisión estatal para asegurar que el gasto preserve la orientación comunitaria y no se diluya en la transición institucional.

Gráfica 8. Porcentaje de Atenciones para la salud programadas con recurso asignado.



Fuente: Departamento de Evaluación en Salud, SST. Monitoreo de indicadores FASSA 2020-2024.

El crecimiento observado en este indicador confirma avances en acceso, pero también refleja la necesidad de dar continuidad a la medición bajo los nuevos esquemas nacionales, evitando perder trazabilidad histórica en la evaluación del FASSA.

En conclusión, el monitoreo 2020–2024 muestra que los indicadores del FASSA reflejan tanto logros sanitarios como limitaciones estructurales derivadas de cambios normativos e institucionales. La disminución de la mortalidad materna y el aumento en algunos indicadores de cobertura contrastan con los retos de comparabilidad, la cancelación de esquemas de calidad y los ajustes financieros por la transferencia al IMSS-Bienestar. Estos hallazgos confirman que el problema público no es únicamente operativo, sino estructural, y que la Secretaría de Salud de Tamaulipas debe asumir un rol estratégico en rectoría, planeación y evaluación, asegurando continuidad en la medición de resultados y equidad en la asignación de recursos.



3. Experiencias de atención

El análisis del problema público que atiende el programa presupuestario FASSA en Tamaulipas evidencia desafíos estructurales relacionados con la cobertura territorial, la capacidad de rectoría estatal y el acceso a servicios esenciales de salud pública. Para fortalecer el diseño del programa y sustentar su lógica causal, se documentaron experiencias nacionales e internacionales con enfoques similares que abordan la atención a poblaciones sin seguridad social desde estrategias basadas en la rectoría estatal, vigilancia epidemiológica, promoción de la salud y coordinación interinstitucional.

Modelo de fortalecimiento de la rectoría estatal en Oaxaca (2018–2022)

En Oaxaca, la Secretaría de Salud diseñó un modelo de planeación territorial con base en unidades de análisis epidemiológico y brechas de acceso, que permitió fortalecer la rectoría estatal en salud a través de herramientas de geoanálisis, indicadores de desempeño y una política de formación de cuadros técnicos estatales. Este modelo incrementó la capacidad del estado para liderar acciones de prevención, vigilancia epidemiológica y evaluación de resultados, aun con la coexistencia de otros prestadores de servicios (IMSS, ISSSTE, Bienestar) (CONEVAL, 2021).

Evaluación del Programa E081 en Tamaulipas

Los informes de evaluación externa del FASSA (años 2018, 2019, 2021 y 2023) destacan esfuerzos estatales por mantener operativas funciones de vigilancia epidemiológica, regulación sanitaria y promoción de la salud. La concentración del gasto en servicios personales limita la flexibilidad operativa del fondo, aspecto desarrollado con mayor detalle en el Capítulo 13. Estas evaluaciones sustentan la necesidad de redirigir recursos y capacidades hacia la función rectora estatal.

Red SURCOS – Modelo de Atención Territorial en Colombia

Colombia implementó una estrategia nacional de salud pública denominada Red SURCOS, basada en la acción comunitaria, vigilancia participativa, y coordinación territorial de intervenciones preventivas. Esta experiencia demostró que la combinación de equipos de salud pública locales, herramientas de monitoreo y participación comunitaria incrementa la cobertura efectiva en poblaciones sin afiliación formal (OPS, 2019). La experiencia es especialmente relevante para contextos con fragmentación institucional como el mexicano.

Vigilancia basada en eventos en Perú

La implementación de un modelo de vigilancia basada en eventos (VBE) en Perú permitió mejorar la detección oportuna de riesgos sanitarios en zonas rurales. Su éxito se vinculó con la capacitación de personal local, el uso de tecnologías móviles y la integración de actores no institucionales en los procesos de notificación (OPS, 2020).



Lecciones aprendidas y elementos retomados en el diseño del Pp

Las experiencias analizadas coinciden en varios elementos clave que han demostrado efectividad:

- Fortalecimiento de la capacidad técnica estatal en rectoría, monitoreo y evaluación.
- Planeación territorial basada en evidencia epidemiológica y brechas de acceso.
- Participación comunitaria y acciones de promoción contextualizadas.
- Integración de herramientas digitales para mejorar la vigilancia y la toma de decisiones.

El programa presupuestario FASSA, en su versión revisada para Tamaulipas, incorpora estos elementos al proponer un rediseño enfocado en ampliar la cobertura de acciones preventivas, mejorar la planeación institucional y robustecer la función de rectoría estatal en salud pública.

El análisis de experiencias nacionales e internacionales se orientó a identificar modelos exitosos de fortalecimiento de la función de rectoría y salud pública, en contextos institucionales fragmentados y con alta proporción de población sin seguridad social. Esto es especialmente relevante para el rediseño del programa presupuestario FASSA en Tamaulipas, en un contexto de transición hacia el modelo IMSS-Bienestar y la creación del Servicio Nacional de Salud Pública, que asignan nuevas funciones a la Secretaría de Salud estatal en su papel de ente rector.

Estas lecciones aprendidas fortalecen la lógica causal del diagnóstico y respaldan la estructura del árbol de problemas y objetivos planteados. En particular, sustentan la elección de alternativas enfocadas en planeación territorial, vigilancia epidemiológica, formación técnica y coordinación interinstitucional como medios para resolver el problema público identificado.



4. Análisis de poblaciones

4.1 Población potencial

En el contexto de la transición institucional hacia el modelo IMSS-Bienestar y la creación del Servicio Nacional de Salud Pública, la Secretaría de Salud de Tamaulipas mantiene su responsabilidad rectora sobre esta población, en coordinación con los nuevos entes operativos. Esta definición de poblaciones permite focalizar las funciones sustantivas del programa FASSA en el marco de esta reconfiguración institucional.

Identificación

La población potencial del programa presupuestario FASSA en Tamaulipas está compuesta por las personas que residen en el estado y no cuentan con afiliación a alguna institución de seguridad social, lo cual las expone a barreras en el acceso a servicios esenciales de salud pública.

Caracterización

Este grupo poblacional se caracteriza por:

- **Altos niveles de pobreza y vulnerabilidad:** el 34.9% de la población total estatal se encuentra en situación de pobreza multidimensional (CONEVAL, 2020).
- **Presencia de grupos prioritarios:** personas adultas mayores sin pensión, mujeres en edad fértil, personas con discapacidad, población indígena migrante y población infantil.
- **Condiciones sociales precarias:** alta informalidad laboral, bajos niveles de escolaridad y residencia en zonas rurales dispersas o marginadas (INEGI, 2024; ENOE-Tamaulipas 2025).
- **Desigualdad territorial:** en Tamaulipas persisten marcadas disparidades regionales en la disponibilidad y cobertura de servicios de salud pública. Municipios como Reynosa, Matamoros, Nuevo Laredo, Victoria y la Zona Conurbada Tampico-Madero-Altamira cuentan con mayor concentración de infraestructura sanitaria y recursos operativos, mientras que regiones del altiplano (como Jaumave y Tula) y del centro-norte (como San Fernando, Burgos, Mainero, Villagrán, San Carlos y otros) enfrentan rezagos significativos. Estas brechas se relacionan con factores como la dispersión poblacional, la marginación social y, en ciertos casos, limitan la presencia institucional en zonas rurales (análisis institucional propio con base en DGIS y SST, 2024).

Cuantificación

Con base en estimaciones de la Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2024), la población sin seguridad social en Tamaulipas asciende a 1,599,589 personas para 2025, equivalente al 42.7% de la población total estatal estimada por CONAPO.

4.2 Población objetivo

Identificación

La población objetivo del programa presupuestario FASSA en Tamaulipas corresponde al subconjunto de personas sin afiliación a instituciones de seguridad social que el programa tiene programado atender. Esta población representa a quienes serán beneficiarios de las intervenciones prioritarias de salud pública, en función de la planeación estatal y la capacidad operativa disponible.

Caracterización

Este subconjunto corresponde a:

- Población sin seguridad social.
- Localidades con brechas en servicios de promoción y prevención.
- Grupos atendidos por brigadas móviles, campañas, y acciones prioritarias de vigilancia epidemiológica, regulación sanitaria o prevención de enfermedades transmisibles.

La población objetivo se caracteriza por presentar condiciones de vulnerabilidad social y sanitaria. Se compone principalmente de personas que habitan zonas rurales o periurbanas, con limitado acceso a servicios preventivos y alta exposición a determinantes sociales de la salud. Aunque la mayoría de las jurisdicciones con mayor concentración de población sin seguridad social son urbanas (como Reynosa, Matamoros y Nuevo Laredo), las condiciones de marginación y la alta movilidad dificultan la cobertura efectiva. Por otro lado, jurisdicciones con menor población, como Jaumave y Padilla, presentan una cobertura mayor debido a intervenciones más focalizadas.

Cuantificación

Con base en datos de los cubos dinámicos de la DGIS (2024), se estimó la población objetivo por jurisdicción sanitaria bajo los siguientes criterios: a) en jurisdicciones con cobertura menor al 60 %, se adoptó ese umbral como meta mínima técnica; b) en jurisdicciones con cobertura igual o superior al 60 %, se mantuvo la cobertura real observada. A continuación, se presenta la tabla resumen:

Tabla 4. Determinación de población objetivo por jurisdicción sanitaria, Tamaulipas, 2025.

Jurisdicción Sanitaria	Consultas preventivas 1a vez 2024 (CPP01-CPP07)	Cobertura 2024 %	Población Potencial 2025 (sin seguridad social)	Cobertura objetivo 2025 %	Población Objetivo Estimada (>=60%)
01 VICTORIA	160,454	87.1%	184,246	87.1%	160,422
02 TAMPICO	46,395	23.8%	194,677	60.0%	116,806
03 MATAMOROS	60,099	26.3%	230,716	60.0%	138,430
04 REYNOSA	65,642	21.3%	313,188	60.0%	187,913
05 NUEVO LAREDO	29,317	16.2%	182,975	60.0%	109,785
06 MANTE	41,388	57.6%	71,992	60.0%	43,195
07 SAN FERNANDO	21,789	49.0%	44,097	60.0%	26,458
08 JAUMAVE	41,464	101.8%	40,820	100.0%	40,820
09 MIGUEL ALEMÁN	21,980	53.6%	41,197	60.0%	24,718
10 VALLE HERMOSO	27,913	30.7%	91,261	60.0%	54,757
11 PADILLA	46,079	105.4%	43,419	100.0%	43,419
12 ALTAMIRA	59,166	37.0%	161,001	60.0%	96,601
Total general	621,686	39.1%	1,599,589	65.2%	1,043,324

Fuente: Elaboración propia con datos de CUBOS DGIS y datos del CONAPO. B.D. de la Conciliación Demográfica 1950 a 2019 y Proyecciones de la población de México 2020 a 2070.

Dos de las jurisdicciones predominantemente rurales, Jaumave y Padilla, muestran una cobertura preventiva del 100 %, lo cual responde a su baja población potencial y atención focalizada local. Sin embargo, estas cifras pueden no reflejar la densidad efectiva de servicios en términos absolutos. En contraste, Nuevo Laredo, pese a ser una ciudad capital con infraestructura sólida, muestra solo un 16% de cobertura, lo que puede explicarse por movilidad poblacional, fragmentación de operadores y subregistro institucional en los sistemas de información en salud. Este contraste evidencia que las cifras porcentuales deben interpretarse dentro de su contexto operativo y poblacional, y refuerza la necesidad de un enfoque territorial diferenciado en la estimación de población objetivo y en el diseño de estrategias de salud pública.

4.3 Fuente de información y frecuencia de actualización

Tabla 5. Tabla de fuentes estadísticas y frecuencia de actualización.

Elemento	Detalle
Fuente principal	Base de Datos de Población Estimada según Derechohabiciencia, 2020-2024
Institución	Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud (DGIS)
Año de emisión	2024
Última fecha de corte	Enero 2024
Página web	http://www.dgis.salud.gob.mx

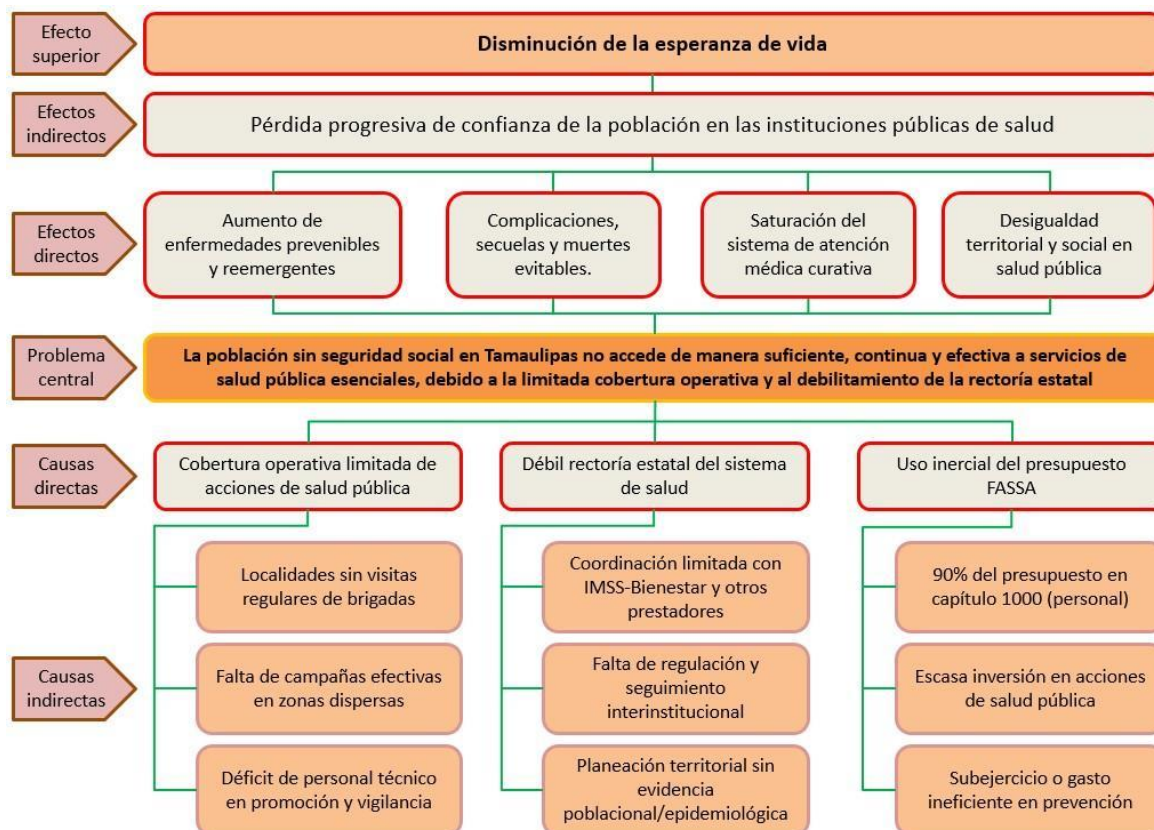


Elemento	Detalle
Frecuencia de actualización	Anual (marzo de cada año)
Complementarias	Proyecciones CONAPO, Pobreza CONEVAL, Diagnóstico SST
Fuente principal	Base de Datos de Población Estimada según Derechohabencia, 2020–2024

Fuente: Elaboración propia con datos de las fuentes referidas en el cuerpo de la tabla.

5. Árbol del problema

Figura 2. Árbol del problema



Fuente: Elaboración propia con datos de la SST.

Explicación narrativa del Árbol del Problema

El árbol del problema representa una herramienta de análisis que permite identificar y organizar de forma jerárquica los factores que explican el acceso insuficiente de la población sin seguridad social a servicios esenciales de salud pública en Tamaulipas. Este análisis considera elementos estructurales, operativos y financieros del sistema estatal de salud, y ofrece una visión integral para orientar decisiones desde la función rectora.

El problema central se define como:

“La población sin seguridad social en Tamaulipas no accede de manera suficiente, continua y efectiva a servicios de salud pública esenciales, debido a la limitada cobertura operativa y al debilitamiento de la rectoría estatal.”

A partir de este problema, se identifican tres causas directas:

1. Cobertura operativa limitada de acciones de salud pública, caracterizada por:

- Localidades sin visitas regulares de brigadas.



- Falta de campañas efectivas en zonas dispersas.
- Déficit de personal técnico en promoción y vigilancia.

2. Débil rectoría estatal del sistema de salud, reflejada en:

- Coordinación limitada con IMSS-Bienestar y otros prestadores.
- Ausencia de regulación y seguimiento interinstitucional.
- Planeación territorial sin base en evidencia poblacional o epidemiológica.

3. Uso inercial del presupuesto FASSA, expresado en:

- Alta concentración del presupuesto en capítulo 1000 (personal).
- Escasa inversión en acciones sustantivas de salud pública.
- Subejercicio o gasto ineficiente en programas de prevención.

Estas causas generan efectos directos como:

- Aumento de enfermedades prevenibles y reemergentes.
- Complicaciones, secuelas y muertes evitables.
- Saturación del sistema de atención médica curativa.
- Desigualdad territorial y social en salud pública.

A su vez, estos efectos contribuyen a un efecto indirecto:

- Pérdida progresiva de confianza de la población en las instituciones públicas de salud.

Finalmente, esta cadena causal se asocia con el efecto superior:

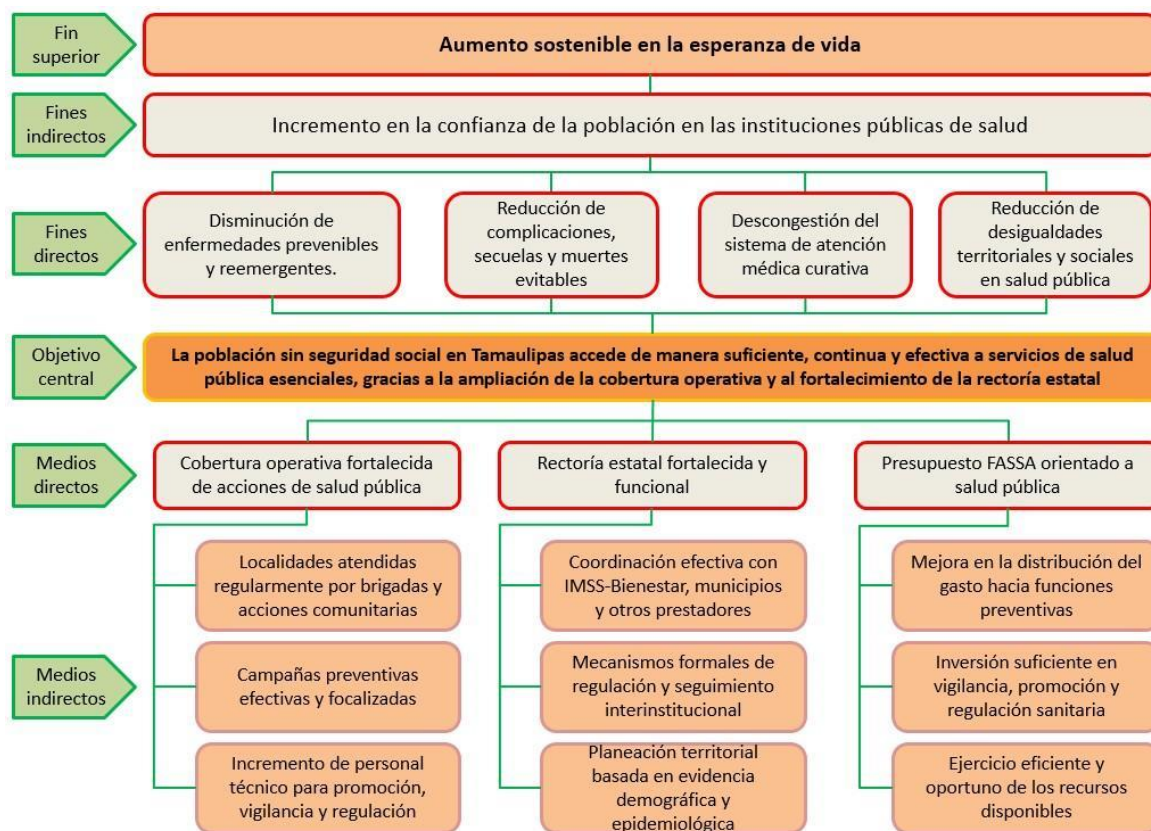
- Disminución de la esperanza de vida de la población tamaulipeca.

La lógica del árbol de problemas pone en evidencia cómo las fallas en la operación, rectoría y asignación presupuestal debilitan la respuesta pública y perpetúan desigualdades estructurales en salud en el estado.

Es importante señalar que, debido a la transición institucional hacia IMSS-Bienestar y el Servicio Nacional de Salud Pública, que dio inicio en el periodo 2023–2024, persisten afectaciones coyunturales en la medición de indicadores estratégicos (cancelación de programas e introducción de nuevos parámetros metodológicos). Estas modificaciones limitan la comparabilidad interanual y dificultan temporalmente la evaluación del desempeño del FASSA. No obstante, dado que se trata de un fenómeno transitorio y no de un problema estructural, no se representó en el Árbol de Problemas. Su análisis se aborda en el Capítulo 2 como hallazgo coyuntural y en el Capítulo 12 como área de oportunidad para fortalecer la rectoría estatal en materia de monitoreo y evaluación.

6. Árbol de objetivos

Figura 3. Árbol de objetivos



Fuente: Elaboración propia con datos de la SST.

Explicación narrativa del Árbol de Objetivos

El árbol de objetivos traduce de forma positiva y estratégica el árbol del problema previamente estructurado, organizando de manera lógica y jerárquica las condiciones necesarias para superar la problemática identificada. Este ejercicio se alinea con el objetivo central del Programa presupuestario FASSA, enfocado en fortalecer la rectoría estatal y las funciones esenciales de salud pública en Tamaulipas.

El objetivo central se formula como:

"La población sin seguridad social en Tamaulipas accede de manera suficiente, continua y efectiva a servicios de salud pública esenciales, gracias a la ampliación de la cobertura operativa y al fortalecimiento de la rectoría estatal."

Este propósito es coherente con la naturaleza del FASSA, al financiar funciones clave del Sistema Estatal de Salud como la vigilancia epidemiológica, la regulación sanitaria, la promoción de la salud y la protección contra riesgos sanitarios.



Los fines deseables derivados del objetivo central incluyen: la disminución de enfermedades prevenibles y reemergentes, la reducción de desigualdades territoriales, la descongestión de los servicios curativos y la recuperación de la confianza de la población en las instituciones de salud pública.

Los medios para lograrlo se centran en tres ejes: (1) fortalecer la cobertura operativa mediante brigadas, campañas y personal técnico; (2) consolidar la rectoría estatal a través de coordinación, planeación y evaluación interinstitucional; y (3) reorientar el presupuesto del FASSA hacia acciones sustantivas de prevención, promoción y vigilancia.

Esta estructura mantiene la lógica de causalidad, respeta las competencias institucionales y facilita el diseño de instrumentos como el Árbol de Medios y Fines, la MIR y el ISD, garantizando la alineación del gasto con resultados tangibles en salud pública.

A continuación, se presenta la estructura jerárquica del árbol de objetivos en formato textual, complementaria a la Figura 3:

Fin superior:

- Aumento sostenible de la esperanza de vida.

Fin indirecto:

- Incremento en la confianza de la población en las instituciones públicas de salud.

Fines directos:

- Disminución de enfermedades prevenibles y reemergentes.
- Reducción de complicaciones, secuelas y muertes evitables.
- Descongestión del sistema de atención médica curativa.
- Reducción de desigualdades territoriales y sociales.

Objetivo central:

- Acceso suficiente, continuo y efectivo a servicios esenciales de salud pública para la población sin seguridad social, con base en cobertura y rectoría fortalecidas.

Medios directos:

- Cobertura operativa fortalecida.
- Rectoría estatal fortalecida.
- Presupuesto FASSA orientado a salud pública.

Medios indirectos:

- Presencia de brigadas en localidades marginadas.
- Campañas efectivas en zonas dispersas.



- Personal técnico especializado en salud pública.
- Coordinación efectiva con IMSS-Bienestar y otros prestadores.
- Regulación y evaluación interinstitucional.
- Planeación territorial con base en evidencia.
- Reorientación del gasto hacia acciones sustantivas.
- Ejercicio eficiente del presupuesto.
- Inversión sostenida en prevención y promoción.

7. Análisis de alternativas

Contexto del análisis de alternativas

Este apartado tiene como propósito analizar y comparar alternativas viables para atender el problema público identificado: la limitada cobertura y capacidad operativa de las funciones de salud pública en Tamaulipas. Esta situación es consecuencia de un modelo institucional fragmentado, rigideces presupuestales del FASSA y una rectoría estatal debilitada. Con base en el árbol de objetivos, se definió como objetivo central que: “La población sin seguridad social en Tamaulipas accede de manera suficiente, continua y efectiva a servicios esenciales de salud pública, gracias a la ampliación de la cobertura operativa y al fortalecimiento de la rectoría estatal”. A partir de esta lógica, se describen las alternativas consideradas.

Listado de posibles alternativas de atención

Con base en el árbol de objetivos y en las funciones propias de la Secretaría de Salud de Tamaulipas, se identifican las siguientes alternativas de solución al problema público:

- **Alternativa 1:** Fortalecimiento de la cobertura operativa de acciones de salud pública (promoción, prevención, vigilancia, regulación).
- **Alternativa 2:** Fortalecimiento del modelo estatal de rectoría del sistema de salud, con énfasis en articulación interinstitucional, regulación y planeación territorial.
- **Alternativa 3:** Reorientación del gasto FASSA hacia funciones esenciales de salud pública, disminuyendo la rigidez operativa del capítulo 1000. (*Evaluate, 2022; SHCP, 2023; CONEVAL, 2023*)

Tabla 6. Matriz de análisis de alternativas.

Criterios de valoración		Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
Nivel de incidencia	Mayor efecto esperado en el cumplimiento del objetivo central	3	3	2
	Mayor aceptación de la alternativa por parte de la población afectada	3	2	2
Factibilidad	Menor costo de implementación	2	2	3
	Mayor financiamiento disponible	3	2	3
	Menor tiempo para obtener resultados	2	1	3
	Mayor capacidad técnica	3	2	3
Marco institucional	Está dentro de las atribuciones de la SST	3	3	3
	Mayor contribución a los objetivos de la dependencia o entidad y de la Planeación Nacional del Desarrollo	3	3	3
Contexto de implementación	Entorno político favorable	3	2	2
	Mejor percepción social	3	2	2
	Menor impacto ambiental	3	3	3

Criterios de valoración		Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
	Mayor pertinencia cultural y territorial	3	3	2
Otro	Menor riesgo de sostenibilidad operativa	2	3	1
Total		36	31	32

Escala de comparación propuesta: 1=bajo; 2=medio; 3=alto.

Fuente: Elaboración propia con datos de la SST.

Para seleccionar la alternativa más viable y efectiva en el marco del diagnóstico ampliado del FASSA, se valoraron tres opciones estratégicas mediante una matriz multicriterio compuesta por 13 criterios de evaluación. Cada criterio fue calificado en una escala de 1 (bajo), 2 (medio) y 3 (alto), conforme a su pertinencia y aplicabilidad en el contexto estatal. A continuación, se describen los fundamentos considerados para cada criterio:

1. **Mayor efecto esperado en el cumplimiento del objetivo:** Se priorizaron las alternativas que inciden directamente en la mejora de la salud pública y la cobertura efectiva para la población sin seguridad social. Tanto la alternativa 1, enfocada en ampliar la capacidad operativa, como la alternativa 2, orientada al fortalecimiento de la rectoría institucional, obtuvieron el puntaje máximo, ya que ambas abordan de manera estructural el problema público desde diferentes vertientes: la primera, a través de la operación directa en territorio; la segunda, mediante mejoras en la gobernanza, planeación y articulación del sistema estatal de salud.
2. **Mayor aceptación de la población afectada:** Se valoró la percepción ciudadana y la capacidad de respuesta inmediata a necesidades sentidas. Las acciones visibles y directas en el territorio, como brigadas y campañas, fueron mejor calificadas.
3. **Menor costo de implementación:** Se consideraron los requerimientos presupuestales asociados a cada alternativa. La alternativa 3, al enfocarse en ajustes administrativos y presupuestarios, mostró mayor eficiencia financiera.
4. **Mayor financiamiento disponible:** Se valoró qué tanto las alternativas pueden ser respaldadas por recursos ya contemplados en el FASSA, considerando especialmente la flexibilidad en capítulos presupuestarios y reglas de operación. Tanto la alternativa 1, al basarse en acciones ya reconocidas dentro de las subfunciones de salud pública, como la alternativa 3, centrada en la reorientación del gasto hacia rubros estratégicos, obtuvieron el puntaje más alto, ya que son susceptibles de financiarse sin necesidad de reformas normativas o presupuestales mayores.
5. **Menor tiempo para obtener resultados:** Las soluciones de implementación rápida y directa en el primer nivel de atención obtuvieron mayor puntaje. Las acciones operativas permiten observar mejoras en el corto plazo.



6. **Mayor capacidad técnica disponible:** Se evaluó si el personal, procesos y estructuras actualmente disponibles en la Secretaría de Salud podían ejecutar cada alternativa sin requerir transformaciones institucionales complejas. Tanto la alternativa 1, que aprovecha la infraestructura operativa ya existente (brigadas, centros de salud, personal técnico), como la alternativa 3, enfocada en la redistribución del gasto dentro del mismo aparato administrativo, obtuvieron la máxima calificación, al ser técnicamente viables en el corto plazo.
7. **Está dentro de las atribuciones de la SST:** Todas las alternativas fueron diseñadas dentro del marco de competencias estatales, por lo que recibieron la calificación máxima.
8. **Contribuye a objetivos institucionales y PND:** Se valoró la alineación con la rectoría sanitaria estatal, el Programa Sectorial de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Las tres alternativas están alineadas, aunque la alternativa 1 lo hace con mayor claridad.
9. **Entorno político favorable:** Se analizó la viabilidad en función del contexto actual del Sistema Estatal de Salud, la implementación del Servicio Nacional de Salud Pública y la transición hacia IMSS-Bienestar. La alternativa menos disruptiva fue la mejor valorada.
10. **Buena percepción social:** Las estrategias orientadas a territorio, prevención y acciones visibles tienden a tener mayor aprobación comunitaria, lo cual favoreció la alternativa 1.
11. **Bajo impacto ambiental:** Todas las alternativas tienen bajo o nulo impacto ambiental, por lo que recibieron la puntuación máxima.
12. **Alta pertinencia cultural y territorial:** Se consideró la capacidad de adecuación a contextos rurales, indígenas o en situación de vulnerabilidad. Las alternativas operativas 1 y 2 permiten mayor flexibilidad territorial.
13. **Menor riesgo de sostenibilidad operativa:** Se valoró la probabilidad de que cada alternativa pueda mantenerse en el tiempo, considerando restricciones normativas, dependencia de decisiones presupuestales externas y requerimientos técnicos. La alternativa 2 obtuvo la mejor calificación al apoyarse en funciones permanentes de rectoría institucional. La alternativa 1 mostró riesgos moderados, derivados de la disponibilidad operativa en ciertas regiones. La alternativa 3 presentó el mayor riesgo de sostenibilidad, ya que depende de decisiones de alto nivel sobre la redistribución del gasto, lo cual puede limitar su continuidad.

Alternativa seleccionada

Con base en el análisis de alternativas, se selecciona la Alternativa 1: Fortalecimiento de la cobertura operativa de acciones de salud pública, al obtener el puntaje más alto (36 puntos)



frente a otras opciones, lo que la posiciona como la estrategia con mayor impacto, factibilidad operativa y alineación institucional.

Justificación de la alternativa seleccionada

La alternativa seleccionada considera la nueva distribución de funciones entre el OPD IMSS-Bienestar y el Servicio Nacional de Salud Pública, destacando el rol rector de la Secretaría de Salud estatal en la articulación de acciones territoriales y la vigilancia del desempeño sectorial, conforme a las disposiciones vigentes. (DOF, 2023)

Esta alternativa permite una implementación progresiva, territorialmente diferenciada y con beneficios tanto inmediatos como sostenibles. Está alineada con los objetivos institucionales de la Secretaría de Salud de Tamaulipas y con las funciones que puede desarrollar conforme al marco jurídico vigente.

El fortalecimiento de brigadas, campañas, personal técnico y acciones de vigilancia, regulación y promoción permitirá avanzar hacia la equidad en salud, mejorar los resultados del FASSA y cumplir con los principios de eficacia, eficiencia y sostenibilidad.

8. Estructura Analítica del Programa presupuestario (EAPp)

La Estructura Analítica del Programa presupuestario (EAPp) permite verificar la consistencia entre el problema público identificado y la alternativa de atención seleccionada, a partir de la transformación lógica de las situaciones negativas (causas, problema y efectos) en soluciones deseables (medios, objetivo y fines). Esta herramienta asegura que el diseño del programa presupuestario responde de manera directa a las causas del problema y sus consecuencias, dentro de las atribuciones de la Secretaría de Salud y en el marco de las funciones financiadas mediante el FASSA.

En este caso, la alternativa seleccionada fue el fortalecimiento de la cobertura operativa de las acciones de salud pública, por ser la más efectiva, factible y alineada con el objetivo institucional de garantizar el acceso a servicios esenciales de salud para la población sin seguridad social en Tamaulipas.

Tabla 7. Estructura Analítica del Programa Presupuestario

Situaciones negativas derivadas del árbol del problema	Solución óptima derivada del árbol de objetivos
Efectos	Fines
Desconfianza institucional	Mayor confianza social
Desigualdad territorial	Mejora en equidad territorial
Saturación de servicios curativos	Descongestión de servicios médicos
Complicaciones y muertes evitables	Reducción de mortalidad y secuelas evitables
Aumento de enfermedades prevenibles	Disminución de enfermedades prevenibles
Problema central	Objetivo central
La población sin seguridad social en Tamaulipas no accede de manera suficiente, continua y efectiva a servicios de salud pública esenciales	La población sin seguridad social en Tamaulipas accede de manera suficiente, continua y efectiva a servicios esenciales de salud pública
Causas	Medios
• Cobertura operativa limitada • Débil rectoría estatal • Gasto inercial concentrado en nómina	• Brigadas operativas territoriales • Campañas de prevención • Personal técnico en promoción y vigilancia • Coordinación con IMSS-Bienestar • Planeación territorial basada en evidencia • Reasignación presupuestal hacia funciones esenciales

Fuente: Elaboración propia con datos de la SST.

La EAPp valida la coherencia del diseño del programa presupuestario, asegurando que los medios seleccionados (operativos, institucionales y presupuestales) atienden las causas estructurales del problema público, y que la secuencia lógica conducirá al cumplimiento del objetivo y sus fines deseables. Este ejercicio asegura que el programa presupuestario tenga una arquitectura lógica y coherente con el problema público identificado, permitiendo que los medios seleccionados aborden directamente las causas estructurales del rezago en salud



pública. Esta lógica causal será la base para estructurar la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), garantizando el seguimiento efectivo de los avances hacia los fines deseados.

Conforme al modelo de Diagnóstico Ampliado definido por la SHCP (2024), la EApp constituye el puente lógico entre el diagnóstico del problema y el diseño operativo del programa presupuestario.

9. Vinculación con la Planeación Nacional del Desarrollo

El diagnóstico ampliado del FASSA se alinea con los objetivos, estrategias y ejes del marco de planeación nacional y estatal, particularmente con:

1. Plan Nacional de Desarrollo 2025–2030

El diagnóstico responde al eje “Desarrollo con bienestar y humanismo”, al promover el acceso efectivo a servicios públicos de salud para la población sin seguridad social. También se vincula con el eje transversal “Igualdad sustantiva y derechos de las mujeres”, al identificar brechas territoriales y de género en la cobertura operativa del sistema estatal de salud.

2. Programa Sectorial de Salud 2024–2030

Este documento normativo fue presentado oficialmente el 5 de noviembre de 2024 por la Secretaría de Salud federal. Sus ejes prioritarios son la prevención y promoción de la salud, la digitalización del sistema, el fortalecimiento del IMSS-Bienestar, el acceso a la atención casa por casa, la vacunación universal y la apertura de unidades médicas los 7 días de la semana. El presente diagnóstico se alinea con los objetivos 2 y 3 del Programa:

- Objetivo 2: “Fortalecer el primer nivel de atención con base en un modelo preventivo e integral.”
- Objetivo 3: “Consolidar las funciones de salud pública con énfasis en vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, regulación sanitaria y protección contra riesgos.”

3. Plan Estatal de Desarrollo Tamaulipas 2023–2028

Este diagnóstico se vincula con el Eje Rector II “Bienestar social con equidad y derechos”, especialmente en la línea estratégica de garantizar el acceso universal y gratuito a servicios de salud esenciales. Además, contribuye al objetivo estatal de fortalecer las capacidades institucionales para la prevención y atención de riesgos sanitarios en la entidad.

4. Otros programas estratégicos

El análisis se encuentra alineado con las prioridades del Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP) y con los objetivos del programa MAS-BIENESTAR, especialmente en lo relacionado con la reorganización funcional del sistema estatal de salud, la conformación de distritos sanitarios y la operación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Asimismo, considera las funciones sustantivas de rectoría que la SST conserva tras la transferencia de la operación médica al OPD IMSS-Bienestar.

5. Agenda 2030 y Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Este diagnóstico también contribuye al cumplimiento de compromisos internacionales establecidos en la Agenda 2030. En particular, se vincula con los siguientes ODS:



- ODS 3: Salud y bienestar (meta 3.8 sobre cobertura sanitaria universal);
- ODS 5: Igualdad de género;
- ODS 10: Reducción de desigualdades;
- ODS 16: Instituciones sólidas y eficaces;
- ODS 17: Alianzas para lograr los objetivos.

El fortalecimiento de la rectoría estatal, la ampliación de cobertura en salud pública y la cooperación interinstitucional forman parte integral de esta contribución internacional.

10. Diseño operativo

10.1 Modalidad presupuestaria

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) se opera a través del Programa Presupuestario E081 “Servicios de Salud”, el cual se encuentra clasificado en la modalidad “I” Gasto Federalizado, dado que sus recursos se transfieren a las entidades federativas mediante el Ramo General 33 para la ejecución de funciones descentralizadas en salud.

Esta modalidad resulta coherente con el objetivo central del programa, que es fortalecer el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública y la rectoría sanitaria a nivel estatal, mediante la asignación de recursos para la coordinación, planeación, regulación, evaluación y vigilancia del sistema estatal de salud (Secretaría de Hacienda y Crédito Público [SHCP], 2024).

10.2 Unidades Responsables

La Secretaría de Salud de Tamaulipas (SST) es la unidad responsable del ejercicio rector del Programa Presupuestario, con funciones sustantivas centradas en la formulación, coordinación y evaluación de la política estatal de salud, regulación y supervisión del sistema estatal de salud, y la conducción de la planeación sectorial (Gobierno de Tamaulipas, 2024).

Las funciones operativas (como brigadas, vacunación y vigilancia) corresponden al Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP), conforme a los Lineamientos Estratégicos y Operativos del SNSP (SNSP, 2023).

10.3 Bienes y servicios

Entre los principales bienes y servicios del componente de rectoría se incluyen: normas, lineamientos, sistemas de vigilancia, asistencia técnica, formación y análisis de información estratégica (SNSP, 2023).

En el componente operativo (SNSP), se consideran: intervenciones comunitarias, respuesta a emergencias, y brigadas territoriales (SNSP, 2023; DOF, 2023).

10.4 Cobertura

El programa tiene alcance estatal institucional en las 12 jurisdicciones sanitarias y cobertura operativa a través de los Distritos de Salud para el Bienestar.

La población objetivo indirecta corresponde al total de personas sin seguridad social en Tamaulipas (1.6 millones) según estimaciones de CONAPO (DGIS, 2025).

La focalización prioriza regiones con alta marginación, dispersión o carga de enfermedad (INEGI, 2020; CONEVAL, 2023).



10.5 Registro de población atendida

El programa no otorga subsidios directos; la población atendida se registra mediante reportes del SNSP, jurisdicciones y registros administrativos del sistema de salud (DGIS, 2024).

La caracterización se basa en SINAIS, DGIS, CONAPO y fuentes oficiales, alineadas con el diseño del programa y sus objetivos (Secretaría de Hacienda y Crédito Público [SHCP], 2024).

11. Análisis de similitudes, complementariedades y duplicidades

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) tiene como finalidad transferir recursos financieros a los estados para apoyar el fortalecimiento de los sistemas estatales de salud, especialmente en las funciones de rectoría y salud pública dirigidas a la población sin seguridad social. Dado el contexto actual en Tamaulipas, donde la prestación directa de servicios ha sido transferida al OPD IMSS-Bienestar y la salud pública al Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP), es crucial identificar otros programas presupuestarios (Pp) que puedan tener objetivos similares, servicios comparables o poblaciones coincidentes.

A continuación, se presenta el análisis de similitud, complementariedad y duplicidad con otros programas presupuestarios:

Tabla 8. Análisis de similitudes, complementariedades y duplicidades

Nombre y clave del Pp	Dependencia o entidad	Problema público	Objetivo central	Población objetivo	Cobertura geográfica	Bien y/o servicio generado	Relación identificada (Similitud, complementariedad o duplicidad)	Explicación
U013 - Atención a la Salud	Secretaría de Salud (IMSS-Bienestar)	Bajo acceso a servicios integrales de salud para población sin seguridad social	Garantizar servicios médicos y medicamentos gratuitos para población sin seguridad social	Personas sin afiliación a seguridad social	Nacional (incluye Tamaulipas)	Consulta médica, medicamentos, atención de segundo nivel	Complementariedad	El FASSA no opera servicios, sino que financia acciones de fortalecimiento institucional. Existe complementariedad operativa con IMSS-Bienestar, ya que este último presta servicios, mientras que el FASSA puede financiar programas de fortalecimiento normativo, vigilancia, información en salud y coordinación interinstitucional

Nombre y clave del Pp	Dependencia o entidad	Problema público	Objetivo central	Población objetivo	Cobertura geográfica	Bien y/o servicio generado	Relación identificada (Similitud, complementariedad o duplicidad)	Explicación
E025 - Salud materna, sexual y reproductiva	Secretaría de Salud federal	Alta tasa de mortalidad materna e insuficiente atención prenatal	Reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal	Mujeres en edad fértil, embarazadas, neonatos	Nacional	Atención obstétrica, capacitación, insumos médicos	Similitud	Si bien el E025 ofrece servicios directos, algunas de sus líneas de acción como capacitación y vigilancia coinciden con las funciones financiadas por FASSA en salud pública y rectoría.
S024 - Salud pública	Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP)	Baja cobertura de intervenciones de salud pública	Incrementar acciones preventivas, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud	Población general, especialmente sin seguridad	Nacional	Vacunación, promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento	Complementariedad	El SNSP asume funciones operativas en salud pública, mientras que el FASSA, desde el nivel estatal, puede complementar estas funciones desde la rectoría, normatividad, evaluación y seguimiento.
E081 - Servicios de Salud de Tamaulipas	Secretaría de Salud de Tamaulipas	Bajo acceso a servicios médicos en zonas rurales y marginadas	Ampliar la cobertura de atención médica básica en zonas prioritarias	Población abierta rural y urbana marginada	Estatal (Tamaulipas)	Consulta externa, medicamentos, atención preventiva	Posible duplicidad	Existen riesgos de duplicidad si no se delimita claramente el rol rector del estado frente a la prestación operativa a cargo de IMSS-Bienestar. La coexistencia de actividades similares debe resolverse mediante mecanismos de coordinación y



Nombre y clave del Pp	Dependencia o entidad	Problema público	Objetivo central	Población objetivo	Cobertura geográfica	Bien y/o servicio generado	Relación identificada (Similitud, complementariedad o duplicidad)	Explicación
								delimitación funcional.

Fuente: Elaboración propia con datos de la SST.

Si se implementa el Programa presupuestario E081 "Servicios de Salud" a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), con énfasis en el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública y la rectoría estatal, entonces se espera que las unidades técnicas responsables de vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, regulación sanitaria y protección contra riesgos sanitarios cuenten con los recursos humanos, materiales y operativos necesarios, con esquemas eficientes de planeación, supervisión, y evaluación. Esto permitirá que la población sin seguridad social en Tamaulipas acceda de manera efectiva, continua y suficiente a servicios esenciales de salud pública, lo que contribuirá a la reducción de enfermedades prevenibles, la disminución de desigualdades territoriales en salud y el fortalecimiento de la gobernanza sanitaria estatal.

12. Instrumento de Seguimiento del Desempeño

Este apartado presenta el Instrumento de Seguimiento del Desempeño correspondiente al Programa Presupuestario E081 "Servicios de Salud", modalidad "I" (Gasto federalizado), financiado mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). Se integra a través de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), la cual permite establecer objetivos estratégicos y operativos, así como dar seguimiento al desempeño del programa mediante indicadores verificables y consistentes con la metodología del Marco Lógico.

La estructura de la MIR es coherente con el diagnóstico del problema público, el árbol de objetivos, la estructura analítica del programa y el diseño operativo. A continuación, se presenta la matriz correspondiente:

Tabla 9. Estructura de la MIR.

	Resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población sin seguridad social mediante intervenciones de salud pública efectivas.	Razón de mortalidad por enfermedades prevenibles en población sin seguridad social (por 100,000 habitantes)	SINAIS, DGIS, INEGI	Estabilidad institucional del sector salud
Propósito	La población sin seguridad social accede a servicios esenciales de salud pública.	Porcentaje de población sin seguridad social con acceso efectivo a servicios esenciales de salud pública	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT); Registros administrativos del SNSP	Participación efectiva del SNSP e IMSS-Bienestar en territorio
Componentes	Se cuenta con capacidad operativa básica instalada en los distritos de salud pública.	Porcentaje de distritos con capacidad operativa básica instalada para funciones de salud pública	Informes técnicos SNSP / SST / CENSIA / COEPRIS	Asignación presupuestal sostenida

	Resumen narrativo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
	Se supervisan periódicamente las unidades de salud pública del estado.	Número de unidades de salud pública supervisadas trimestralmente	Informes de supervisión y control SST	Acceso territorial de supervisores
	Se dispone de indicadores estratégicos del FASSA con series comparables interanualmente, fortaleciendo la evaluación del desempeño.	Porcentaje de indicadores estatales estratégicos del FASSA con series comparables interanualmente.	Reportes anuales de monitoreo FASSA.	La federación seguirá publicando lineamientos de indicadores, aunque puedan cambiar.
Actividades	Se realizan brigadas de salud pública en localidades prioritarias.	Número de brigadas de salud pública activas mensualmente	Registro operativo SNSP / CCSB	Disponibilidad de personal operativo
	Se ejecutan campañas de vacunación, vigilancia y control de riesgos en todo el territorio estatal.	Porcentaje de avance en campañas de vacunación, vigilancia y control de riesgos	Reportes semanales y mensuales del SNSP	Cobertura territorial y suficiencia de insumos

Nota: El componente “Se dispone de indicadores estratégicos del FASSA con series comparables interanualmente” se incorpora como respuesta a la coyuntura 2023-2024, a fin de fortalecer la rectoría estatal y asegurar la continuidad metodológica en la medición del desempeño.

Fuente: Elaboración propia con datos de la SST.

Esta matriz es susceptible de ser revisada anualmente, con base en los resultados alcanzados y los ajustes estratégicos derivados de las evaluaciones internas y externas del programa presupuestario. En particular, la incorporación del componente relativo a la disponibilidad de indicadores estratégicos comparables año con año refuerza la función rectora de la Secretaría de Salud de Tamaulipas en materia de monitoreo y evaluación, asegurando que, aun frente a cambios normativos o metodológicos federales, se disponga de información consistente para la planeación, la evaluación y la rendición de cuentas del FASSA.

13. Análisis presupuestal

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) constituye la principal fuente federalizada destinada a la atención de la población sin seguridad social en Tamaulipas. En el ejercicio más reciente, asignó a la entidad un total de 1,898.5 millones de pesos, canalizados a través del Programa Presupuestario E081 "Servicios de Salud", modalidad "I" (Gasto federalizado), para su ejercicio en la entidad. La distribución de estos recursos muestra una marcada concentración en Servicios Personales (Capítulo 1000), con un monto de 1,777.8 millones de pesos, equivalente a más del 93% del presupuesto total, lo que refleja la dependencia del fondo para financiar la nómina de personal operativo.

Tabla 10. Recursos presupuestarios por capítulo de gasto.

Capítulo	Monto en pesos corrientes
1000 Servicios personales	1'777,872,555
2000 Materiales y suministros	41,488,348
3000 Servicios generales	31,298,581
4000 Transferencias, asignaciones, subsidios y otras ayudas	188,519
5000 Bienes muebles, inmuebles e intangibles	47,687,510
6000 Inversión pública	0
7000 Inversiones financieras y otras provisiones	0
8000 Participaciones y aportaciones	0
9000 Deuda pública	0
Total	1,898,535,513

Nota: Los montos presentados corresponden exclusivamente al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), a diferencia de los diagnósticos globales del Programa Presupuestario E081, que integran otras fuentes estatales, federales y propias.

Fuente: Elaboración propia con datos de la SST.

Tabla 11. Fuente u origen de los recursos.

Fuente de Recursos	Porcentaje respecto al presupuesto estimado
Recursos Fiscales	100
Otros recursos (especificar fuente(s))	0
Total	100

Fuente: Elaboración propia con datos de la SST.

En contraste, los capítulos de Materiales y suministros (2000) y Servicios generales (3000) recibieron únicamente 41.4 millones y 31.2 millones de pesos respectivamente, lo que representa menos del 4% en conjunto, limitando la capacidad de operación e insumos para programas preventivos. El Capítulo 4000 (Transferencias y subsidios) prácticamente no tiene presencia, mientras que el Capítulo 5000 (Bienes muebles e intangibles) representó apenas 47.6 millones de pesos (2.5% del total). Los capítulos 6000 a 9000 no registran asignación.

Esta estructura presupuestal evidencia dos retos principales:

1. La alta rigidez del gasto, al destinarse la mayor parte al pago de nómina, lo que reduce la flexibilidad para inversión en insumos, equipamiento y acciones de salud pública.



2. La necesidad de fortalecer la rectoría estatal en materia de planeación, supervisión y evaluación del gasto, asegurando que los recursos disponibles en capítulos distintos al 1000 tengan un impacto efectivo en la salud de la población sin seguridad social.

Fuentes consultadas

CONAPO. (2020). Proyecciones de la población de México y las entidades federativas 2020-2050. Consejo Nacional de Población. <https://www.gob.mx/conapo>

CONEVAL. (2021). Informe de evaluación de la política de desarrollo social 2020. <https://www.coneval.org.mx>

Dirección General de Información en Salud (DGIS). (2024). Bases de datos de población y Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Secretaría de Salud. <http://www.dgis.salud.gob.mx>

Evaluare Expertos en Políticas Públicas. (2022). Evaluación Específica de Desempeño del FASSA, ejercicio fiscal 2021. Secretaría de Salud de Tamaulipas.

Grupo Empresarial Treviño Cortez S.A. de C.V. (2019). Evaluación de Consistencia y Resultados FASSA 2018. Secretaría de Salud de Tamaulipas.

INEGI. (2020). Censo de Población y Vivienda 2020. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <https://www.inegi.org.mx>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2023). Lineamientos estratégicos para el Servicio Nacional de Salud Pública. <https://www.insp.mx>

Instituto de Salud para el Bienestar. (2023). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del FONSABI 2023. Diario Oficial de la Federación.

Presentación Extensa del OPD Servicios de Salud de Tamaulipas. (2024). Informe del cuarto trimestre. Secretaría de Salud de Tamaulipas.

Román Márquez, F. (2020). Evaluación del Desempeño del FASSA en Tamaulipas 2019. Secretaría de Salud de Tamaulipas.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2024). Lineamientos sobre el diseño y seguimiento del desempeño de los programas presupuestarios (TODOPBR.pdf). <https://www.gob.mx/shcp>

Secretaría de Salud. (2023). Lineamientos estratégicos para la implementación del Servicio Nacional de Salud Pública (SNSP). Diario Oficial de la Federación.

Secretaría de Salud. (2023). Manual de reorganización de las funciones de salud pública. Dirección General del SNSP.

Secretaría de Salud. (2024). Reglas de Operación del Programa Servicios de Salud E081. Diario Oficial de la Federación.

Secretaría de Salud. (2025). Diagnóstico ampliado del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), versión preliminar. Gobierno del Estado de Tamaulipas.

Servicios de Salud de Tamaulipas. (2023). Informe Final FASSA ejercicio 2023. Secretaría de Salud de Tamaulipas.

Anexo 1. Glosario y Siglario

Siglario

Sigla	Significado
APS	Atención Primaria de la Salud
CEDRSSA	Centro de Estudios para el Desarrollo Rural Sustentable y la Soberanía Alimentaria
CEPA	Componente Estratégico para la Planeación y Administración
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DOF	Diario Oficial de la Federación
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-Bienestar	Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
LFPRH	Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
LGCG	Ley General de Contabilidad Gubernamental
LGS	Ley General de Salud
LSET	Ley de Salud del Estado de Tamaulipas
MML	Marco Lógico
MIR	Matriz de Indicadores para Resultados
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PbR	Presupuesto basado en Resultados
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PSS	Programa Sectorial de Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SESA	Servicios Estatales de Salud
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNSP	Servicio Nacional de Salud Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SST	Secretaría de Salud de Tamaulipas
U013	Unidad presupuestaria que canalizaba recursos FASSA para la atención médica y salud pública



Glosario

- Diagnóstico ampliado: Instrumento de análisis detallado que permite identificar y caracterizar un problema público, estructurando sus causas y efectos para orientar la toma de decisiones.
- Marco Lógico (MML): Metodología que organiza de manera lógica los elementos de diseño y evaluación de un programa presupuestario, a través de instrumentos como el árbol de problemas y objetivos.
- Población objetivo: Grupo poblacional al cual está dirigida directamente una intervención pública o programa.
- Población potencial: Conjunto de personas que presentan las condiciones susceptibles de atención por parte del programa, independientemente de que reciban efectivamente los beneficios.
- Rectoría: Función esencial del sistema de salud que implica la capacidad del Estado para liderar, coordinar, regular y evaluar el desempeño del sistema de salud en su conjunto.
- Salud pública: Campo de la salud orientado a la protección y mejora de la salud de las poblaciones mediante acciones colectivas, preventivas y de promoción.
- Funciones esenciales de salud pública: Conjunto de acciones mínimas que deben garantizarse para proteger la salud de la población, incluyendo vigilancia, promoción, regulación sanitaria y gestión de emergencias.
- Presupuesto basado en Resultados (PbR): Modelo de gestión pública que vincula la asignación de recursos con el logro de resultados medibles y verificables.



Anexo 2. Directorio institucional

SECRETARÍA DE SALUD DE TAMAULIPAS

Francisco I. Madero #414, Zona Centro
Ciudad Victoria, Tamaulipas
C.P. 87000
Tel. 834 3186300

Dr. Vicente Joel Hernández Navarro

Secretario de Salud del Estado de Tamaulipas
vicente.hernandezn@tamaulipas.gob.mx

Dr. Gabriel de la Garza Garza

Subsecretario de Planeación y Calidad
gabriel.delagarza@tamaulipas.gob.mx

Lic. Loyda Ramírez López

Directora de Planeación y Evaluación
loyda.ramirez@tamaulipas.gob.mx

Dr. Leoncio López Morales

Jefe del Departamento de Planeación
leoncio.lopez@tamaulipas.gob.mx