

Diagnóstico de Salud

2021

Evaluación del Desempeño



DIAGNÓSTICO DE SALUD 2021

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

SUBDIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

**DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS PRIORITARIOS Y ESPECIALES DE
SALUD**



Contenido

| | |
|---|-----------|
| PRESENTACIÓN | 4 |
| I ANTECEDENTES | 7 |
| II JUSTIFICACIÓN | 8 |
| III ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA INSTITUCIÓN | 9 |
| IV. CONDICIONANTES DE LA SALUD | 16 |
| A) DEMOGRAFÍA | 16 |
| B) DINÁMICA POBLACIONAL | 17 |
| C) GEOGRAFÍA..... | 19 |
| D) VIVIENDA..... | 26 |
| E) ECONOMÍA | 27 |
| F) EDUCACIÓN..... | 28 |
| V. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO | 29 |
| TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA, EVOLUCIÓN DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD | 29 |
| 1. DAÑOS A LA SALUD | 33 |
| 1.1 Morbilidad | 33 |
| 1.2 Mortalidad | 34 |
| 1.2.1 Mortalidad General | 34 |
| 1.2.2. Mortalidad Infantil..... | 36 |
| 1.2.3. Mortalidad materna..... | 39 |
| Consideraciones finales | 42 |
| 2. FACTORES DE RIESGO | 43 |
| 2.1 Factores de riesgo por regiones | 47 |
| 2.1.1 Región Sur..... | 47 |
| 2.1.2 Región Laguna | 48 |
| 2.1.3 Región Noroeste | 48 |
| 2.1.4 Región Norte | 48 |
| 2.1.5 Región Centro | 49 |
| 3. CAPACIDAD FÍSICA Y HUMANA INSTALADA | 50 |
| 3.1 Personal de Salud por Región | 50 |
| 3.2 Principales causas de egresos hospitalarios | 52 |
| 3.3 Infraestructura Instalada por Institución | 53 |
| VI. POLÍTICAS EN SALUD | 59 |



PRESENTACIÓN

El sector salud ha sufrido transformaciones muy importantes a través del tiempo. La esperanza de vida desde los años 50 a la actualidad ha aumentado 28.5 años¹. Nos encontramos en una transición epidemiológica, donde por un lado, se mejoró el combate de enfermedades infecciosas, transmisibles y parasitarias, pero por otro, vivimos la aparición y embate de las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la cual ha tenido un crecimiento de 300% de los años 80 a la fecha y ha visto cuatro veces multiplicada la tasa de mortalidad.

El ritmo del cambio se ha acelerado aún más durante los últimos años. En lo social, en lo económico, en lo político y en lo cultural. Vivimos una transición de la salud cuya naturaleza es necesario comprender si aspiramos a anticipar los cambios y no sólo reaccionar ante ellos cuando ya hayan sucedido.

Hoy sabemos que la salud de una población depende de una red multicausal de factores biológicos, psicológicos y sociales. El estado del medio ambiente, las formas de organización social, la estructura económica, el nivel de democracia, el grado de urbanización, las condiciones materiales de existencia, la escolaridad, la nutrición, la fecundidad y los estilos de vida son todos determinantes cruciales de la salud, a los cuales el sistema de atención debe dar respuesta. El cuidado de la salud es por lo tanto, un esfuerzo que va mucho más allá de la mera aplicación de tecnologías médicas.

La salud es un indicador del bienestar y de la calidad de vida de una comunidad, así como un elemento indispensable para la evolución de la vida social.

Actualmente predominan las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de

¹ Fuente: Instituto de Estadística y Geografía, INEGI,
<https://inegi.org.mx/app/buscador/default.html?q=esperanza+de+vida#tabMCcollapse-Indicadores>



riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables. Ante tales circunstancias, la protección de la salud requiere de estrategias integrales, anticipadas, que fortalezcan y amplíen la lucha contra los riesgos sanitarios y favorezcan la cultura de la salud y desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludable.

Una premisa importante es la de participar de manera constante y sistemática en el desarrollo y consolidación de la preservación de salud de todos los duranguenses a través de estrategias encaminadas a impulsar la prevención y control de riesgos sanitarios, acciones novedosas de promoción de la salud y detección temprana de enfermedades, con la finalidad de disminuir mediante medidas anticipatorias el impacto de las enfermedades y lesiones sobre los individuos , familias , comunidades y sociedad

Para ello es necesario democratizar la atención de la salud y estimular la participación de los ciudadanos en todos los niveles del sistema, desde asumir la responsabilidad por su propio estado de salud hasta influir en el diseño de la agenda sectorial y la toma de decisiones. Bajo este contexto y considerando una de las etapas fundamentales y determinantes en la calidad del proceso de planeación y definición de estrategias, los Servicios de Salud de Durango ha elaborado el Diagnóstico Estatal de Salud, en el que se presentan los factores que determinan algunos aspectos de las condiciones de vida de la población, el patrón preponderante de daños a la salud y los recursos disponibles para el otorgamiento de los servicios.

El diagnóstico es base fundamental, en tanto describe y analiza los componentes del ambiente físico y social que condicionan una situación colectiva de salud. Es un instrumento que suele ser utilizado con fines de Planeación y Evaluación de Objetivos planteados por las instituciones del Sector Salud, detectando las necesidades de la población a fin de proponer soluciones a las mismas a través de políticas y programas de salud.

En este sentido, los Servicios de Salud de Durango ha integrado un documento que contiene información del Sector Salud (IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar y SSD) referente a la infraestructura disponible, daños a la salud, recursos humanos y materiales existentes



en el área médica así como coberturas de población atendidas por cada una de las instituciones antes mencionadas y los programas que se aplican a la población.



I. ANTECEDENTES

En los últimos 50 años se produjo en México un descenso notorio de la mortalidad en todos los grupos de edad. Este descenso se ha acompañado de un cambio igualmente significativo en las principales causas de muerte y discapacidad.

En el país, los daños a la salud (muerte, enfermedad y discapacidad) tienden a concentrarse de manera creciente en los adultos mayores y se deben sobre todo a padecimientos no transmisibles.

Según estimaciones de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud, **84% de las muertes en el país se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones, y 53% se concentran en los mayores de 65 años.**

En los años treinta del siglo pasado, uno de cada cinco niños mexicanos moría antes de cumplir un año de vida y la mitad de las mujeres adultas fallecía antes de los 35 años de edad. Hoy, 97% de los recién nacidos alcanzan su primer año de vida y la mayoría de las mujeres puede llegar a vivir casi 80 años.

El descenso de la mortalidad general, que pasó de 16 defunciones por 1,000 habitantes en 1950 a 4.4 por 1,000 en 2005, produjo un **importante incremento de la esperanza de vida, que pasó de 49.6 años en 1950 a 78 años en las mujeres y 73 en los hombres en la actualidad.**

El descenso de la mortalidad general, el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad están dando lugar a un proceso conocido como envejecimiento poblacional, que implica una participación creciente de los adultos mayores en la estructura poblacional.

Estos avances son el resultado de la mejoría en las condiciones generales de vida, pero también del esfuerzo de las instituciones de salud por aplicar políticas públicas con un sentido humano y basadas en las necesidades sentidas de la población.



II. JUSTIFICACIÓN

Indudablemente para el Estado de Durango la salud de sus habitantes es de gran interés, ya que al conservar en ellos un estado óptimo se puede lograr un adecuado desarrollo del individuo en todos los aspectos, y a la vez permite también el desarrollo del Estado y del país en conjunto.

El Diagnóstico de Salud es necesario en el proceso de planeación de cualquier intervención de salud ya que describe y analiza los componentes del ambiente físico y psicosocial que condicionan una situación colectiva de salud siendo ésta, un valor compartido por todas las sociedades, sistemas ideológicos y organizaciones.

Es por esto que para alcanzar las mejores condiciones de vida en la población duranguense es fundamental identificar las necesidades y/o problemas de salud así como los recursos disponibles, con la finalidad de establecer prioridades y proponer áreas de acción, encaminadas a lograr estilos de vida más saludables

Este documento es una herramienta importante para la toma de decisiones, pues permite: establecer estrategias específicas de intervención, unificar criterios normativos y evaluar los objetivos planteados por las instituciones del sector salud, así como determinar estándares de eficiencia y calidad.

Con el propósito de dar continuidad a las acciones en salud y contribuir al logro de los objetivos de los programas, en los Servicios de Salud del Estado de Durango, se elaboró el presente diagnóstico en donde se dan a conocer las características geográficas, demográficas, sociales, así como el patrón preponderante de daños a la salud, y los recursos disponibles, con el firme propósito de aportar elementos que apoyen en la planeación, ejecución, y evaluación de las acciones tendientes a mejorar la prestación de los servicios de salud a la población del Estado de Durango.



III. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA INSTITUCIÓN

En 1927 se iniciaron los trabajos de la primera Delegación Federal de Salubridad instalada en el Estado de Durango por la actual Secretaría de Salud. Las labores de la primera época se limitaban a iniciar la vacunación anti variolosa casa por casa, formación de catálogos de diversos establecimientos comerciales, primeras visitas para mejorar sus condiciones, registros de títulos de profesionales (médicos, laboratorista), etc.

En Noviembre del mismo año, se estructura la organización y se establece la Dirección Técnica de 32 unidades sanitarias municipales, cuya labor principal fue dirigida a la vacunación anti variolosa y a la higiene de los alimentos; estos cargos estaban ocupados por un médico o práctico de la medicina y en otras unidades donde se carecía de alguno de estos profesionales, lo hacía un oficial sanitario o un auxiliar de enfermería.

Para 1931, el Centro de Higiene y Asistencia adoptó el nombre de Unidad Cooperativa Sanitaria del Estado de Durango, firmándose en 1932 un convenio con el Gobierno del Estado y el Municipio en el cual figuraban como cooperantes las tres instituciones mencionadas.

Es hasta **1934** que entra en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de los Servicios de Salubridad, con la celebración de convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los Gobiernos Estatales y la creación de los **Servicios Coordinados de Salud Pública**.

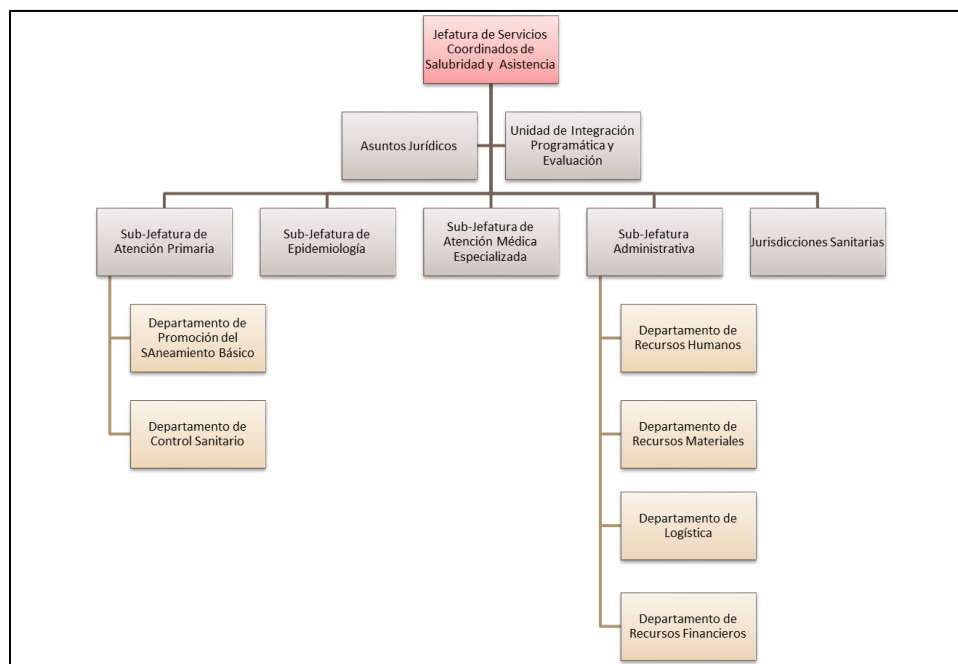
El 1 de Enero de 1936 el presupuesto fue incrementado por los subsidios federales y estatales, por lo que se cuenta con un número mayor de personal impulsando los servicios ya establecidos con anterioridad e instalando servicios foráneos: centros y unidades que fueron dotados de personal, mobiliario, equipo y medicamentos que técnica y administrativamente quedaron como dependencia de los Servicios Coordinados y entraron en la contabilidad del presupuesto general y de la coordinación.



En **1945** la fusión a nivel nacional del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia repercute para que los servicios a nivel estatal tomen la denominación de **Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia**.

En 1978 se programó y se puso en operación el Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud a poblaciones mayores de 500 habitantes.

En 1983 los Servicios Coordinados son reestructurados, permaneciendo una Jefatura de la que dependen Asuntos Jurídicos y la Unidad de Integración Programática y Evaluación, así como cuatro Sub-jefaturas: Atención Primaria, Epidemiología, Atención Médica Especializada y Capacitación y Desarrollo de Recursos Humanos; de la Sub-jefatura de Atención Médica Especializada dependían los Departamentos de Promoción del Saneamiento Básico y el de Control Sanitario; de la Sub-jefatura Administrativa dependían lo Departamentos de Recursos Humanos, Recursos Materiales, Logística y el de Recursos Financieros; las cuatro Jurisdicciones Sanitarias tenían relación directa con la Jefatura.



Estructura Orgánica de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia, 1983²

² Simplificada.



En febrero de 1984, el Convenio Único de Desarrollo recoge el acuerdo de los Gobiernos de los Estados de coordinar los servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y los del IMSS-COPLAMAR, así como ejecutar las obras de rehabilitación e infraestructura con fondos federales.

El 1 de julio de 1984 entró en vigor la Ley General de Salud, que transfiere a los Estados la competencia legal en materia de salud. Haciendo uso de ésta como base se elabora la Ley Estatal de Salud aprobada el 28 de diciembre de 1986. El 23 de agosto se expide el Programa Nacional de Salud, que define las modalidades y elementos básicos de la descentralización. En este mismo año, aparecen las cláusulas por las que los Gobiernos Estatales asumen una mayor participación en la gestión de los Servicios Asistenciales y de Seguridad Social.

El 21 de enero de 1985 se modificó la denominación de la dependencia a “Secretaría de Salud” conservando las siglas y el logotipo establecidos con anterioridad.

En 1989 se modifica la estructura orgánica de los Servicios Coordinados de Salud Pública, eliminándose la Unidad de Planeación y los Departamentos que la conforman, los cuales delegan sus funciones a los Departamentos de Planeación, Información y Evaluación, y en el de Programación y Organización ambos dependientes del titular; asimismo, tiene lugar el cambio en los Departamentos de Recursos Materiales, Servicios Generales, Construcción y Conservación y Mantenimiento, cuyas funciones se transfieren al Departamento de Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria; los Departamentos de primer y segundo nivel desaparecen y se estructura el actual Departamento de Regulación de los Servicios de Salud.

Durante 1994 se inicia el proceso de Descentralización de la Secretaría de Salud, proceso que llega a término en octubre de 1996 teniendo actualmente el nombre de Servicios de Salud de Durango.



Para reforzar la infraestructura instalada del primer nivel de atención, en el año 1996 se inició con el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), beneficiando a los habitantes de 1971 localidades. Mediante este programa se ha privilegiado la atención a la salud de los habitantes de las zonas prioritarias como son las del semi-desierto, las quebradas y la región indígena, las cuales por sus características orográficas y socioculturales se encontraban altamente marginadas.

Dicho programa tiene 26 Equipos de Salud Itinerantes (ESI) los cuales recorren la geografía estatal a través de rutas establecidas.

Para el año 2000 es de relevancia señalar que con base en la sólida infraestructura lograda se alcanzó la **Certificación de Cobertura Universal de los Servicios de Salud en el Estado de Durango** otorgada por un organismo no gubernamental, de carácter internacional como es la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Dicha certificación fue otorgada luego de una exhaustiva verificación con base en indicadores internacionales de calidad, aplicados en las áreas del campo de trabajo en las cuatro Jurisdicciones Sanitarias incluyendo las zonas indígena, de la montaña, del semi-desierto, así como las quebradas y de los valles.

En Noviembre del año 2000 con una inversión gubernamental tripartita y la participación de la ciudadanía duranguense canalizada en una ardua tarea emprendida por la Presidenta del DIF Estatal, se logró construir el Centro Estatal de Cancerología, representando a nivel nacional uno de los más modernos y vanguardistas centros de tratamiento de cáncer en el país y que beneficiará no solo a la población del Estado, sino también a la de los estados vecinos.

Teniendo como objetivo fundamental en los Servicios de Salud de Durango mejorar y conservar las condiciones de salud de la población a la que se atiende, y cumpliendo una de las principales acciones en lo relativo a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, existía en la entidad para el año **2002 una infraestructura física de 179 unidades de primer nivel con 233 consultorios; 51 centros de salud se ubican en área urbana y 128 en localidades rurales.**



En febrero del año **2005**, se incorpora Durango al **Sistema de Protección Social en Salud** (Seguro Popular), con la finalidad de otorgar protección financiera a las familias sin seguridad social y con esto limitar el gasto catastrófico en salud realizado por las familias de menor capacidad económica.

Se crearon ese mismo año los **Institutos de Salud Preventiva y el de Salud Mental**, los cuales tienen como finalidad impulsar la investigación científica de la medicina preventiva y los padecimientos mentales así como coadyuvar en la atención de calidad.

En este año se instala el **Consejo Estatal de Trasplantes**, con la finalidad de dar impulso en el estado a la difusión de la cultura de la donación de órganos y tejidos, así como a impulsar políticas tendientes a fortalecer la infraestructura hospitalaria para la realización de trasplantes en la entidad.

Asimismo, dan inicio de operaciones el **Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)**, las Villas en el Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Vallebuena”, así como la **Clínica de Diabetes**.

Es de relevancia mencionar que a fines del año 2006 se inició la construcción del Hospital Regional de Alta Especialidad de Durango (HRAE).

Para 2008, se entregaron varias Unidades de Especialidades Médicas (UNEME): 2 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) – uno en Durango y otro en Gómez Palacio, UNEME Crónicas en Durango y UNEME Salud Mental en Gómez Palacio. Asimismo, se pone en funcionamiento el Centro de Salud de Torreón de Cañas, el Hospital Integral de la Comunidad de Nuevo Ideal y el de Las Nieves, ambos con 8 camas.

A principios de 2009, inician operaciones las UNEME CAPA Sur en Durango y CAPA Norte.

El Hospital Regional de Alta Especialidad de Durango (HRAE) cambia de vocación a Hospital General Victoria de Durango durante 2009.



En el año 2010, se inició la operación de los Hospitales Integrales de las Comunidades de Nazas y Villa Unión, así como el Centro de Salud en la Colonia 5 de Mayo.

En el año 2011 inicia su operación con los servicios de Consulta de Especialidades y Auxiliares de Diagnóstico el Hospital General 450, (antes Hospital Regional de Alta Especialidad y Hospital General Victoria de Durango), el cual debe su nombre a la celebración de los 450 años de fundación de la ciudad de Durango.

Inició con actividades en el año 2012 la Unidad Médica de Especialidades UNEME Crónicas de Bermejillo del Municipio de Mapimí.

En el mes de febrero del año 2013, se inicia en el estado la operación del primer Centro de Salud con Servicios Ampliados CESSA 450 y el Centro de Salud de la Col. Luz del Carmen. En el mismo año en el mes de mayo se inaugura la UNEME DEDICAM Gómez Palacio y en el mes de julio nuevamente se da de alta el Centro de Salud de San Juan del Río.

En los meses de enero y abril del año 2014 inicia actividades el Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) Tepehuanes y la UNEME Crónicas de Lerdo respectivamente y el 26 de junio de ese mismo año se pone en marcha el área de Hospitalización del Hospital General 450 con 120 camas. Para cerrar el año, en el mes de noviembre se entrega a la población el CESSA Guadalupe Victoria en el municipio del mismo nombre y el día 10 de diciembre inicia sus operaciones el Centro de Salud de San Jacinto en el municipio de Lerdo.

El Centro de Salud "Dr. Carlos León de la Peña" cambia de domicilio y vocación, ampliando sus servicios a CESSA por lo que inicia la atención a la población el día 23 de marzo de 2015. En la misma fecha el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea cambia de domicilio, formando parte del complejo del Hospital General 450.

El Centro de Salud Carlos Luna, ubicado en la colonia del mismo nombre inició su operación en el mes de junio del año 2016 en el edificio propiedad de la misma población de la colonia.



En el mes de Diciembre de 2016 en los Servicios de Salud de Durango dio inicio el Sistema de Evaluación del Desempeño cumpliendo con uno de los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022. A través de la Metodología de Marco Lógico y considerando los preceptos del Presupuesto basado en Resultados se pretende realizar una valoración objetiva del desempeño de los programas presupuestarios, bajo los principios de verificación del grado de cumplimiento de metas y objetivos, con base en indicadores de impacto, estratégicos, de eficacia, calidad y gestión que permitan conocer el impacto social de los programas y de los proyectos.

El Centro Regional de Desarrollo Infantil CEREDI, fue inaugurado el día 31 de mayo de 2017 con el objetivo de proporcionar atención a niños y niñas que presenten algún problema en su desarrollo.

En el mes de enero de 2018 se puso en operación el Centro de Salud Luz y Esperanza, el cual cubrirá a la población de colonias del norte de la ciudad.

El componente salud de PROSPERA concluye en el mes de marzo de 2019, dando inicio el Programa U013

En el mes de diciembre de 2019 se da por concluido el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) en el estado.

Inicia en el mes de enero de 2020 el Instituto De Salud para el Bienestar (INSABI)

Con el fin de garantizar la atención de los pacientes afectados por Covid-19, el 27 de marzo de 2021 se puso en operación el Hospital General Gómez Palacio, además se invirtió en infraestructura, equipamiento y adecuación de las áreas físicas del Hospital 450, Hospital de Salud Mental, Hospital Materno Infantil y el Laboratorio Estatal de Salud Pública.



IV. CONDICIONANTES DE LA SALUD

a) Demografía

Durango tiene 1,832,650 habitantes para el año 2020 de acuerdo al Censo de Población y Vivienda de INEGI, y ocupa la posición número 24 de entre las 32 entidades federativas. Cuenta con una densidad demográfica de 14.86 habitantes/km², donde el 66.83% de la población se concentra en sólo 3 de los 39 municipios: Durango, Gómez Palacio y Lerdo. El resto, vive en localidades dispersas y pequeñas, ya que existen 6,258 comunidades en total en el Estado y el 82%, es decir 5,152, tienen menos de 100 habitantes. Su extensión territorial representa el 6.29% del Territorio Nacional.

El 2.41% de la población mayor de 5 años habla alguna lengua indígena. De estos, el 80% pertenece a la etnia tepehuana, cultura oriunda del territorio duranguense. Otros grupos indígenas más pequeños son los huicholes y los mexicaneros (cuyo origen se desconoce y su dialecto es el náhuatl). El 72% de la población vive en zonas urbanas – por debajo del 79% de la media nacional –. Empero los problemas que la migración rural a zonas urbanas ocasiona que sea uno de los temas más importantes para el gobierno de Durango, debido al crecimiento de la demanda de servicios públicos, entre otros.

| Densidad de población por Región | | | |
|----------------------------------|------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 2021 | | | |
| Región | Población Total | Superficie en km ² | Habitantes por km ² |
| Sur | 117,185 | 20,889.40 | 5.61 |
| Laguna | 681,675 | 34,274.56 | 19.89 |
| Noroeste | 143,300 | 29,874.57 | 4.80 |
| Norte | 29,815 | 16,710.43 | 1.78 |
| Centro | 860,675 | 21,702.31 | 39.67 |
| Total del Estado | 1,832,650 | 123,451.27 | 14.86 |

Fuente: INEGI Censo 2020



b) Dinámica Poblacional

Desde 1985, distintos acontecimientos han afectado la dinámica poblacional de forma variante. Entre 1910 y 1921, la pérdida de vidas por la lucha armada que vivió el país redujo la población a una tasa de crecimiento promedio anual de -3.2%. La alta fecundidad prevaleciente permitió, en el período 1921-1930, el incremento de la población a una tasa de 2.2%. Aunado a esto, la reducción de la mortalidad contribuyó a un crecimiento de 2.6% en el período de 1940- 1950, el más alto obtenido.

En los siguientes años, las políticas de control natal y la migración que define a la entidad produjeron el menor ritmo de crecimiento alcanzado (0.7%) de 1990 a 2000. En la última década, el deterioro de la economía estadounidense frenó la salida de migrantes y propició el retorno de muchos residentes, aumentando la población a un ritmo de 1.2%.

Del total de habitantes en Durango en 2020, se contabilizaban 905,329 hombres y 927,321 mujeres, lo que significa que hay 97.5 hombres por cada 100 mujeres, índice similar al registrado en 1990, y mayor al obtenido en el 2000 donde se estimó una relación de 96 hombres por cada 100 mujeres.

La forma en que la población se distribuye en los municipios es producto de las particularidades sociales, demográficas y económicas de la entidad. Por tanto, los municipios más poblados del estado son Durango, Gómez Palacio y Lerdo, al concentrar 66.83% de la población total. Les siguen en orden, en cuanto al número de habitantes, los municipios de Pueblo Nuevo, Santiago Papasquiaro, El Mezquital, Guadalupe Victoria y Cuencamé, los cuales albergan en conjunto 12.04%. En contraste, San Pedro del Gallo, San Luis del Cordero, San Bernardo, Hidalgo, Coneto de Comonfort y Canelas son los municipios con menor población y en conjunto representan 0.79% del total estatal.

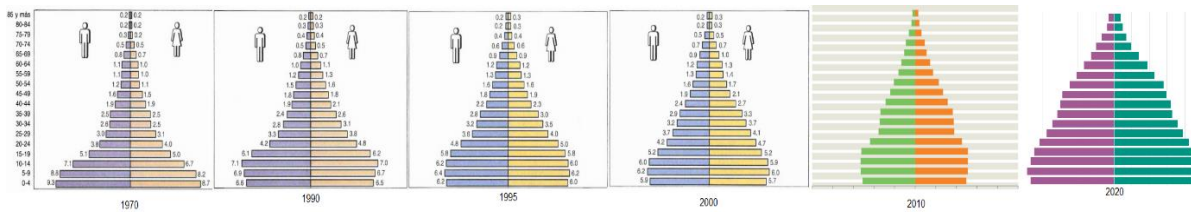
Durango, en concordancia con el resto del país es cada vez más urbano: 72% de su población reside en localidades de 2,500 o más habitantes. Al mismo tiempo que se intensifica este proceso de urbanización, se aprecia la dispersión de la población en un gran



número de localidades menores de 2,500 habitantes. De la población estatal, 28% reside en pequeñas localidades distribuidas en el territorio Duranguense. Se observan cambios importantes en las décadas recientes. En 1990, 57.4% de la población residía en localidades de 2,500 o más habitantes y en el 2000 este porcentaje era de 63.8%.

La estructura por edad de la población se ha transformado y hace evidentes los cambios demográficos a través del tiempo.

La forma de la pirámide muestra la continuidad en la tendencia de los componentes demográficos (fecundidad, migración y mortalidad), presentados en años anteriores, misma que refleja el proceso de envejecimiento de la población duranguense, con una base notablemente reducida y una cúspide más amplia, así como también un ligero predominio de la población femenina, reflejo de la emigración de varones.³



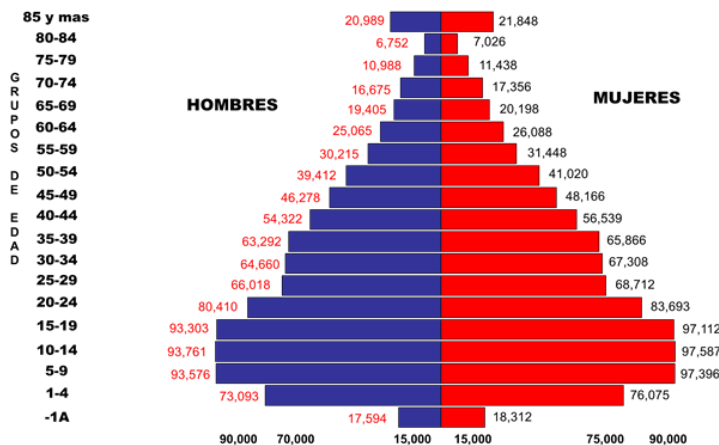
La pirámide de población del año 2020 se ensancha en el centro y se reduce en la base: la proporción de niños ha disminuido y se ha incrementado la proporción de adolescentes y adultos. En 2020 la población menor de 15 años representa 27.12% de la población total, mientras que la que se encuentra en edad laboral, es decir, de 15 a 64 años, constituye 65.2%, y la población en edad avanzada aumentó hasta un 7.68%, ya que en el año 2010 representaba tan solo 6.5% de los habitantes en el estado.

³ Fuente: Panorama sociodemográfico de Durango 1970-2020, INEGI.



**Piramide de Población
DURANGO
2020**

Población Total
1'868,826 Habitantes



c) Geografía

La superficie de Durango es de 123,451.27 Km², lo que representa el 6.3% de la superficie total del país, ubicándolo en el 4º lugar a nivel nacional. Limita al norte con Chihuahua, al este con Coahuila de Zaragoza y Zacatecas, al sur con Nayarit y al oeste con Sinaloa.

La diversidad geográfica de Durango le confiere una gran riqueza natural, ya que en su territorio se asienta al oeste la Sierra Madre Occidental con sus grandes barrancas y abundantes bosques, en el norte el vasto desierto del Bolsón de Mapimí, y al este las sierras y llanuras con grandes pastizales de la Mesa del Centro. Las principales elevaciones de su geografía son el Cerro Gordo, Cerro Barajas, Sierra el Epazote, Cerro Pánfilo, Cerro El Táscate, Cerro El Oso y Cerro Los Altares, todos con una altura superior a los 3,000 metros. En la sierra, el clima es templado subhúmedo con abundantes lluvias que nutren la gran extensión de bosques de pinos y encinos que cubren las montañas y abarcan el 46% de la superficie del estado.

En norte, en el desierto de Mapimí, el clima es seco y semi-seco con temperaturas cálidas y especies que caracterizan este ecosistema como la gobernadora, nopal, lechuguilla, maguey y huizache. En las llanuras del centro y del este el clima es seco semi-cálido y

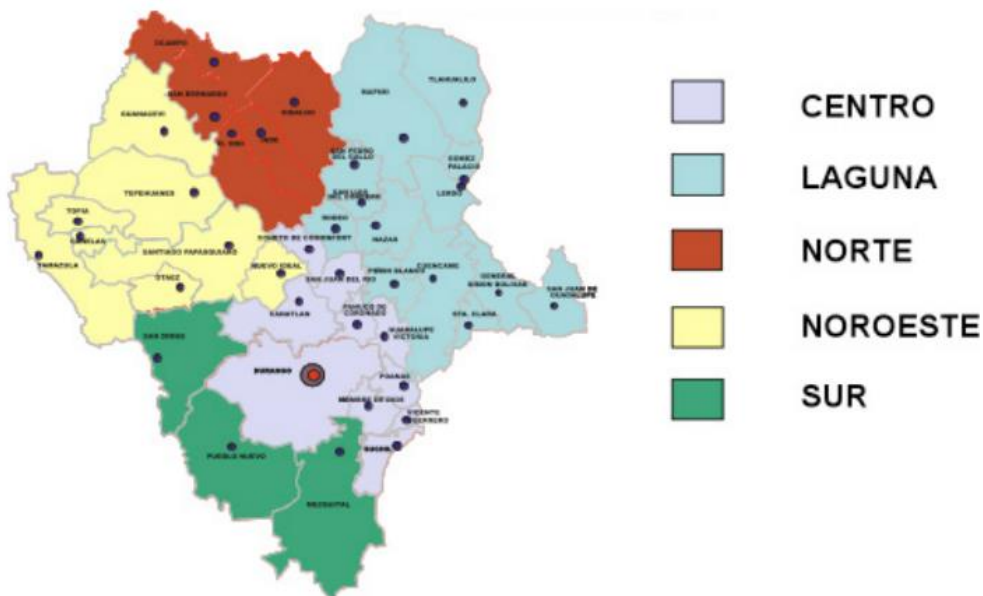


semi-seco templado, los pastizales se utilizan para la ganadería o han sido sustituidos para el uso agrícola. La temperatura media anual de Durango es de 17°C.

Los habitantes más representativos de los extensos bosques son el venado cola blanca, lobo, oso y lechuza; en el desierto encontramos tortugas de Mapimí, víboras y alacranes; y los valles son hogar de coyotes, zorras y cuervos.

En el estado de Durango existen cinco regiones diferentes integradas como parte de un proceso histórico de cohesión entre municipios basado en hechos geográficos, sociales, económicos y funcionales: Centro, Laguna, Norte, Noroeste y Sur.

| Región | Municipios |
|----------|--|
| Sur | Pueblo Nuevo, El Mezquital, San Dimas |
| Laguna | Gómez Palacio, Lerdo, Cuencamé, San Juan de Guadalupe, Mapimí, Tlahualilo, Nazas, Rodeo, Peñón Blanco, General Simón Bolívar, Santa Clara, San Pedro del Gallo, San Luis del Cordero |
| Noroeste | Santiago Papasquiaro, Tepehuanes, Tamazula, Guanaceví, Nuevo Ideal, Otáez, Canelas, Topia |
| Norte | Ocampo, El Oro, San Bernardo, Hidalgo, Indé |
| Centro | Durango, Guadalupe Victoria, Canatlán, Coneto de Comonfort, Nombre de Dios, San Juan del Rio, Poanas, Vicente Guerrero, Pánuco de Coronado, Súchil |



Fuente: Gobierno del Estado de Durango

Población por Institución

| Población | 2020 |
|--------------------------------|-----------|
| Total ⁽¹⁾ | 1,832,650 |
| Población Con Seguridad Social | 937,159 |
| Población Sin Seguridad Social | 895,491 |

Servicios de Salud de Durango/Dirección de Planeación y Evaluación del Desempeño, de acuerdo a Censo INEGI 2020

| | |
|---|---------|
| Población afiliada al IMSS ⁽²⁾ | 744,664 |
| Población de responsabilidad IMSS Bienestar | 188,755 |
| Población afiliada al ISSSTE ⁽³⁾ | 192,495 |
| Población de responsabilidad SSD | 706,736 |

INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2020.

Población del ISSSTE Dato de afiliación con corte Diciembre 2020.

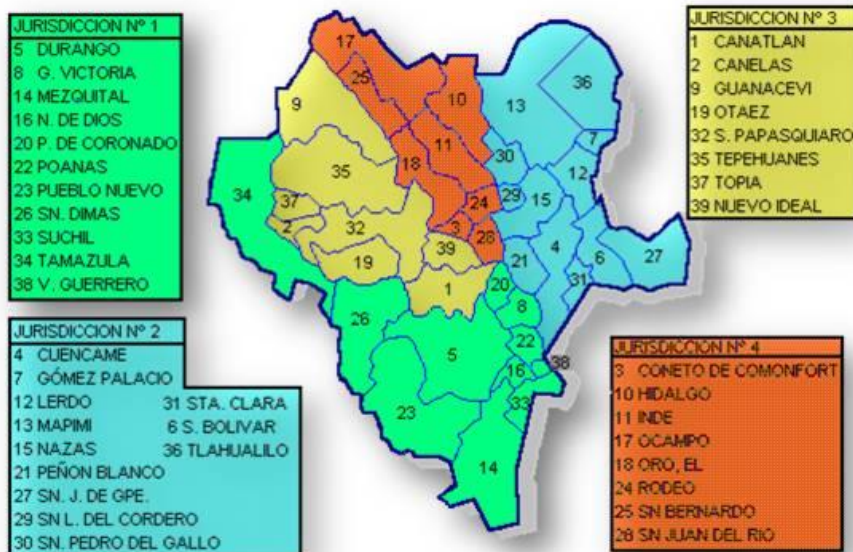


Actualmente la división política del estado está conformada por 39 municipios entre los más importantes destacan: Durango (capital), Gómez Palacio, Lerdo, Santiago Papatziario, Canatlán, Vicente Guerrero y Pueblo Nuevo.

En función de la situación que presenta el comportamiento demográfico y para el óptimo desarrollo de las actividades derivadas de la materia, los Servicios de Salud de Durango cuentan con divisiones en cuatro zonas denominadas Jurisdicciones Sanitarias:

De acuerdo a la sede de las oficinas principales, se dispone de:

1. Jurisdicción Sanitaria N° 1 – Durango.
2. Jurisdicción Sanitaria N° 2 – Gómez Palacio.
3. Jurisdicción Sanitaria N° 3 – Santiago Papatziario.
4. Jurisdicción Sanitaria N° 4 – Rodeo.



Población por Jurisdicción y Municipio – 2021

Jurisdicción Sanitaria N° 1 – Durango

| Clave | Municipio | Población |
|--------------|--------------------|----------------|
| 005 | Durango | 688,697 |
| 008 | Guadalupe Victoria | 36,695 |
| 014 | El Mezquital | 48,583 |
| 016 | Nombre de Dios | 19,060 |
| 020 | Pánuco de Coronado | 12,656 |
| 022 | Poanas | 25,623 |
| 023 | Pueblo Nuevo | 51,269 |
| 026 | San Dimas | 17,333 |
| 033 | Súchil | 6,917 |
| 034 | Tamazula | 26,300 |
| 038 | Vicente Guerrero | 23,476 |
| Total | | 956,609 |

Fuente: Censo de Población y Vivienda INEGI 2020



La Jurisdicción Sanitaria N° 1 – Durango es la más extensa: cuenta con una superficie territorial de 40,626.50 Km² y está integrada por once municipios. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda INEGI, en el 2020 esta jurisdicción cuenta con 956,609 habitantes, lo cual se traduce en una densidad poblacional de 23.54 habitantes por km².

Jurisdicción Sanitaria N° 2 – Gómez Palacio

| Clave | Municipio | Población |
|--------------|-----------------------|----------------|
| 004 | Cuencamé | 34,955 |
| 006 | General Simón Bolívar | 10,038 |
| 007 | Gómez Palacio | 372,750 |
| 012 | Lerdo | 163,313 |
| 013 | Mapimí | 26,932 |
| 015 | Nazas | 12,894 |
| 021 | Peñón Blanco | 11,118 |
| 027 | San Juan de Guadalupe | 5,251 |
| 029 | San Luis del Cordero | 2,103 |
| 030 | San Pedro del Gallo | 1,633 |
| 031 | Santa Clara | 6,727 |
| 036 | Tlahualilo | 21,143 |
| Total | | 668,857 |

Fuente: Censo de Población y Vivienda INEGI 2020

La Jurisdicción Sanitaria N° 2 – Gómez Palacio, segunda en extensión territorial con 31,630.90 km² está conformada por doce municipios, cuenta con una población de 668,857 habitantes, y una densidad poblacional de 21.14 habitantes por km².

Jurisdicción Sanitaria N° 3 – Santiago Papasquiaro

| Clave | Municipio | Población |
|-------|-----------|-----------|
| 1 | Canatlán | 31,454 |



| | | |
|--------------|-----------------------|----------------|
| 2 | Canelas | 4,321 |
| 9 | Guanaceví | 9,869 |
| 19 | Otáez | 4,924 |
| 32 | Santiago Papasquiario | 49,207 |
| 35 | Tepehuanes | 11,378 |
| 37 | Topia | 9,320 |
| 39 | Nuevo Ideal | 27,981 |
| Total | | 156,971 |

Fuente: Censo de Población y Vivienda INEGI 2020

La Jurisdicción Sanitaria N° 3 – Santiago Papasquiario, la integran ocho municipios: Canatlán, Canelas, Guanaceví, Otáez, Santiago Papasquiario, Tepehuanes, Topia y Nuevo Ideal, concentrando una población de 156,971 habitantes y una extensión territorial de 30,446.59 km², con una densidad poblacional de 5.15 habitantes por km².

Jurisdicción Sanitaria N° 4 – Rodeo

| Clave | Municipio | Población |
|--------------|---------------------|---------------|
| 3 | Coneto de Comonfort | 4,084 |
| 10 | Hidalgo | 3,843 |
| 11 | Indé | 4,748 |
| 17 | Ocampo | 8,003 |
| 18 | El Oro | 10,384 |
| 24 | Rodeo | 12,818 |
| 25 | San Bernardo | 2,837 |
| 28 | San Juan del Río | 12,013 |
| Total | | 58,730 |

Fuente: Censo de Población y Vivienda INEGI 2020



Finalmente la jurisdicción Sanitaria N° - 4 Rodeo, la cual es la menor en extensión territorial con 20,613 km² y está conformada por ocho municipios sumando una población de 58,730 habitantes, y una densidad poblacional de 2.85 habitantes por km².

d) Vivienda

En el estado según la Encuesta intercensal 2015, existen 493,698 viviendas particulares habitadas, con un promedio de 3.7 ocupantes; de las cuales **97%** disponen de agua entubada dentro de la vivienda, 98% cuentan con energía eléctrica y 92.4% de los ocupantes de las viviendas disponen de drenaje conectado a la red pública.

Esto es de gran importancia, ya que el abastecimiento de agua de la red pública disminuye de modo considerable los riesgos de contraer enfermedades infecciosas y parasitarias asociadas a la ingestión de agua que no es adecuada para el consumo humano. En 35 municipios se cuenta con más del 90% de las viviendas particulares habitadas que disponen de agua entubada, de los cuales destacan santa Clara, San Luis del Cordero, Vicente Guerrero, Nuevo Ideal y Gómez Palacio con más del 99%. En contraste los valores más bajos se encuentran en San Juan de Guadalupe con 71% y El Mezquital con un preocupante 46.3%.

Otro servicio fundamental para evitar enfermedades es la disponibilidad de drenaje en las viviendas. La cobertura se ha ampliado a través del tiempo, ya que en año 1990 el 54.4% contaba con drenaje y en el 2015 el 92.4% de las viviendas particulares dispone de este servicio, es decir de cada 100 viviendas 92 cuentan con drenaje. De acuerdo a los datos intercensales de 2015, dieciocho municipios presentan una proporción de viviendas que disponen de drenaje de 90% o superior. Por otro lado, hay cinco municipios que presentan una proporción menor al 70%. Entre los primeros están Durango, Vicente Guerrero, Gómez Palacio y Lerdo y de los segundos está El Mezquital donde sólo el 29.8% de las viviendas cuentan con el servicio.



De acuerdo a los datos intercensales de 2015, hay 455,989 hogares en el estado, conformados por personas que pueden ser o no familiares, que comparten la misma vivienda y se sostienen de un gasto común. En promedio, en Durango habitan 3.7 personas por hogar. Del total de éstos **28% (130,995)** tienen jefatura femenina y **72% (324,994)** tienen jefatura masculina.

e) Economía

Durango es el segundo productor de zinc en el país, el tercero en plata y plomo, el cuarto en fierro y el quinto en oro.

El estado aporta 1.2% al producto interno bruto del país. Su PIB se constituye mayormente por los sectores de servicios (39%), comercio (20%), industria manufacturera (15%), agropecuarias (9%), construcción (9%) y minería, agua y distribución de energía (7%).

Durango ocupó el lugar 21 a nivel nacional en exportaciones, siendo Estados Unidos el principal destino de las mismas. Debido a la presencia de la pandemia, su economía cayó -6.3%, aunque el descenso fue menor que a nivel nacional, con un -8.1%. El estado tiene una productividad laboral por debajo de la media nacional, sin embargo, con una inversión extranjera directa de 544 mdd, ascendió al lugar 18 en la lista nacional.

La comunidad indígena tepehuana de Santa María de Ocotán y Xoconoxtle, localizada en el municipio de El Mezquital, tiene el control de 420 mil hectáreas de bosque de pino y encino que produce el mayor volumen de madera de pino del país, sin embargo, los ingresos por la práctica comercial no se quedan en manos indígenas, lo que ha ocasionado más problemas que beneficios para los ejidatarios de la zona. Y es que a pesar de contar con excepcionales recursos naturales, este municipio es uno de los de menor índice de desarrollo humano del estado, al encontrarse dentro de los niveles de alta marginación ya que sus habitantes no cuentan con los más básicos servicios públicos.

La agricultura y ganadería en el estado produce fuertes cantidades de avena forrajera, manzana, frijol, alfalfa, melón, chile seco y leche bovina y caprina.



En Durango la población de 12 años y más económicamente activa alcanza un 57.8% del total de la población. De las mujeres, el 38.5% se encuentra ocupada, mientras que en los hombres, ese porcentaje alcanza el 61.5%.

f) Educación

El grado promedio de escolaridad de población de 15 años y más en el estado de Durango es de 9.1 años, esto es, la educación básica concluida, lo que lo coloca en el número 20 a nivel nacional. Sin embargo, se presenta una distribución muy desigual entre los municipios, pues 11 de ellos tienen una escolaridad promedio de entre 5.5 y 6.8 años. El 29.6% de la población duranguense de 15 años y más presenta rezago educativo.

Durango se encuentra en los diez primeros lugares de porcentaje de habitantes alfabetos, con un 96.5%, un incremento considerable dado que, en 1960, este porcentaje era de 80.1%. Sin embargo, en municipios como El Mezquital, este porcentaje desciende hasta un 68.2%, donde además, el 22.7% de sus habitantes reporta no contar con ninguna escolaridad.

La razón entre mujeres y hombres en el nivel superior de enseñanza es de 0.96, cerca del equilibrio mientras que en 1990 era de 0.88.



V. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

El análisis epidemiológico permite conocer las causas de morbi-mortalidad de la población, los factores de riesgo, la vulnerabilidad de la población, y el comportamiento de las enfermedades en un área determinada, por lo cual resulta imprescindible para el establecimiento de cualquier política pública en salud que busque tener un impacto efectivo entre sus ciudadanos.

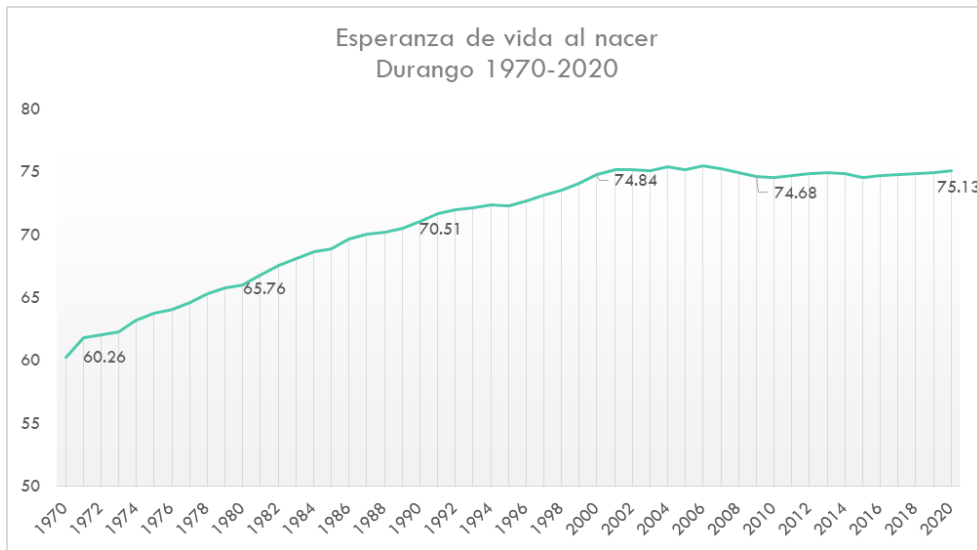
Desde principios del siglo XX, en México se han manifestado cambios trascendentes en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades, aunado a los cambios ambientales, demográficos, sociales, culturales y económicos han ido transformando las características del país y han influenciado el perfil epidemiológico, así como las características relacionadas con la enfermedad o muerte en la población.

Transición Epidemiológica, evolución de las causas de mortalidad

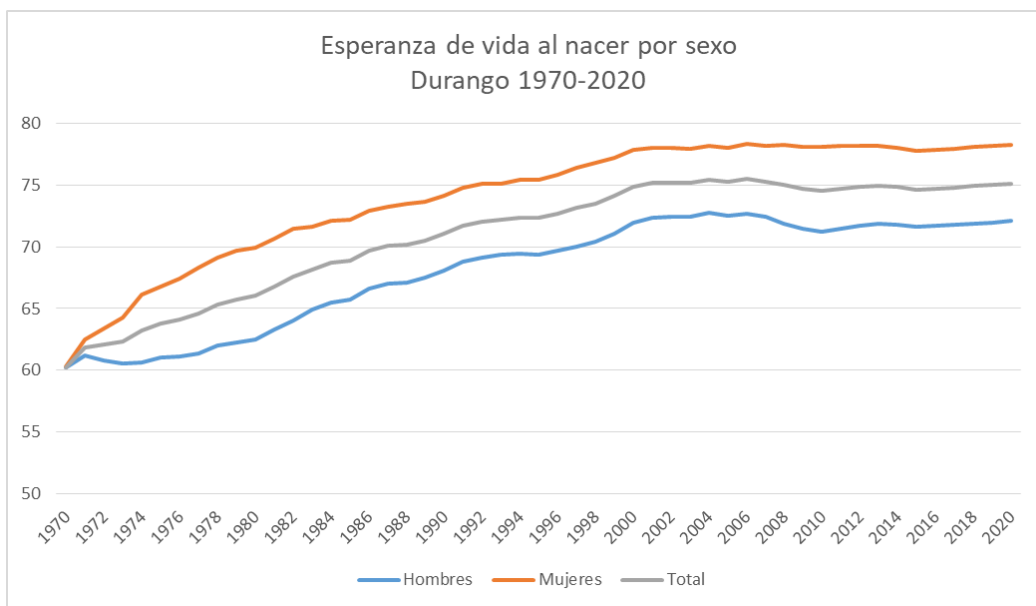
El envejecimiento progresivo de la población que se ha comenzado a traducir en un repunte en la tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas y cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. De la misma manera podemos afirmar que para el año 2019 se presentó un incremento en la mortalidad asociada con enfermedades crónicas no transmisibles y en menor grado las infecto-contagiosas.

La esperanza de vida al nacer en Durango⁴, en el período de 1970 al 2020 presenta un incremento de 14.87, pasando de 60.26 a 75.13 años.

⁴ Fuente: Consejo Nacional de Población, CONAPO.



Para los hombres, el incremento en ese período de 50 años ha sido de 11.9 años, y para las mujeres, de 17.9, alcanzando, para el año 2020, una esperanza de vida al nacer de 78.27 años.



La esperanza de vida a los 60 años de edad también se ha visto incrementada, pasando de 9.97 años en 1980 a 11.41 en 2018, con una diferencia muy significativa de acuerdo al



sexo, pues mientras la esperanza de vida para los hombres de 60 años y más es de 67.74, para las mujeres se extiende hasta 75.1 años.

Esperanza de vida a los 60 años de edad por sexo y total

| Año | Total | Hombres | Mujeres |
|------|-------|---------|---------|
| 1980 | 9.97 | 6.73 | 13.13 |
| 1985 | 10.54 | 7.01 | 13.6 |
| 1990 | 10.69 | 7.28 | 14.07 |
| 1995 | 10.73 | 7.33 | 14.19 |
| 2000 | 10.97 | 7.47 | 14.27 |
| 2005 | 11.42 | 7.69 | 14.4 |
| 2010 | 11.53 | 7.74 | 14.47 |
| 2013 | 11.62 | 7.78 | 15.06 |
| 2014 | 11.42 | 7.76 | 15.07 |
| 2015 | 11.43 | 7.77 | 15.09 |
| 2016 | 11.44 | 7.78 | 15.1 |
| 2017 | 11.46 | 7.76 | 15.16 |
| 2018 | 11.41 | 7.74 | 15.1 |

Fuente: SINAIS/CONAPO

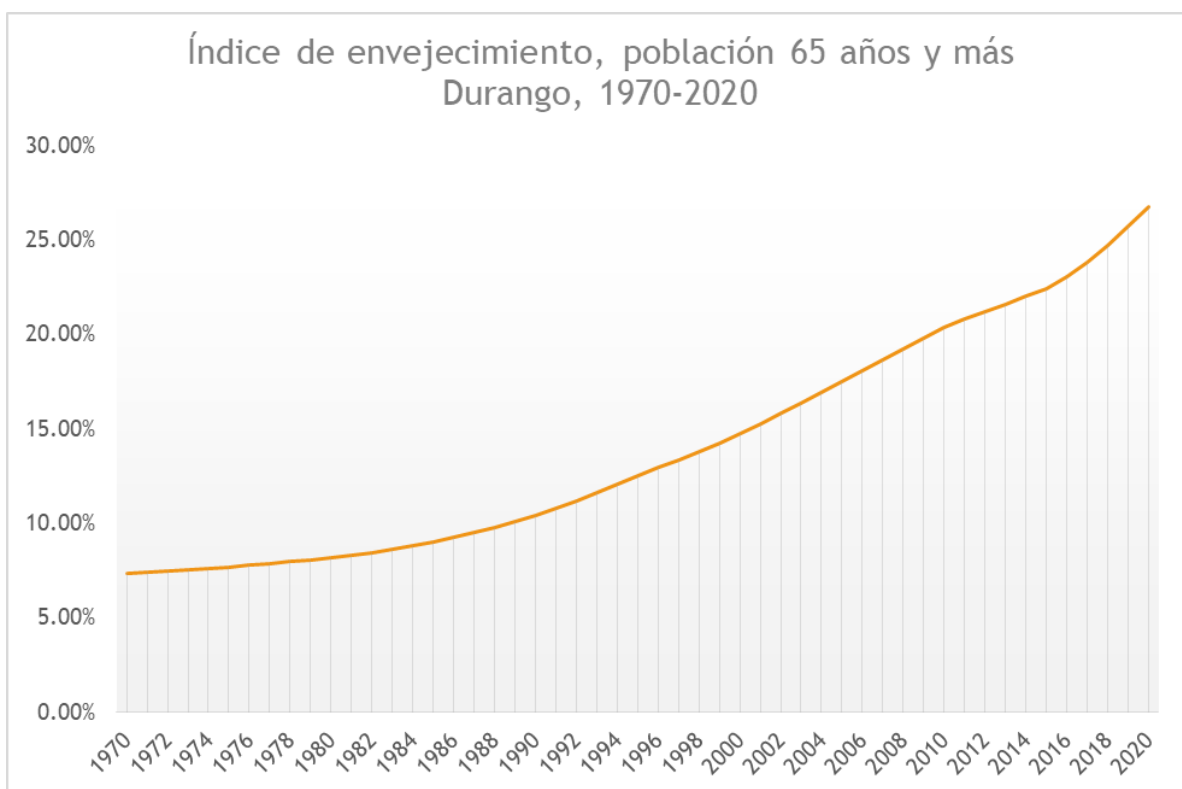
En la sociedad occidental, si bien se reconoce que la vejez es un fenómeno multidimensional, suele estar definida por límites de edad. En los pueblos indígenas, lo que distingue la vejez es el cambio de etapa en el ciclo vital y el límite cronológico pierde sentido; a lo sumo puede establecerse una frontera asociada a la pérdida de capacidades fisiológicas o cuando no pueden realizar tareas para la reproducción material de la familia y comunidad.

Asimismo, el estatus y el rol social puede aumentar en la medida en que se "envejece", ya que se trata de las personas que atesoran la sabiduría y la memoria colectiva que debe ser transmitida a los jóvenes para asegurar la reproducción cultural del grupo o pueblo. Por lo tanto, no cabe una interpretación "negativa", sino de continuidad cultural.



Según su interpretación convencional, el índice de envejecimiento es un indicador asociado a las transferencias intergeneracionales y su aumento sistemático implica para los estados una mayor inversión en salud y seguridad social orientada a las personas de edad, beneficios de los cuales no deberían estar exentos los pueblos indígenas.

Expresa, pues, la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes.



Fuente: CONAPO

En Durango, en concordancia con el comportamiento nacional, el índice de envejecimiento se ha incrementado a lo largo del tiempo. En el lapso de 50 años, ha pasado de 7.33% en 1970, a 26.73% para 2020.



1. Daños a la Salud

1.1 Morbilidad

Las causas de enfermedad en el estado no habían sufrido cambios significativos en los últimos diez años, con la aparición de la pandemia, los casos de Covid-19 en el año 2020 ocupó el segundo lugar, como se puede observar, las infecciones respiratorias agudas continúan siendo el principal motivo de consulta; esta causa es la responsable del 55.4% del total de las consultas, además, las infecciones intestinales, infecciones de vías urinarias, las úlceras, gastritis y duodenitis y la otitis media aguda continúan apareciendo dentro de las primeras causas, lo cual resulta importante y necesario intensificar la educación de la población en acciones de prevención como medidas higiénicas y conductas alimenticias adecuadas. Al final de la tabla aparece la hipertensión arterial.

10 Principales causas de Morbilidad General 2020

| Lugar | Causas | Total de casos | Tasa * |
|-------|---|----------------|--------|
| 1 | Infecciones Respiratorias Agudas J00-J06 | 257,627 | 13,784 |
| 2 | Covid-19 U07.1,U07.2 | 52,853 | 2,828 |
| 3 | Infección de Vías Urinarias N30,N34,N39.0 | 48,528 | 2,596 |
| 4 | Infecciones Intestinales Por Otros Organismos | 40,433 | 2,163 |
| 5 | Úlceras, Gastritis y Duodenitis K25-K29 | 17,738 | 949 |
| 6 | Gingivitis y Enfermedad Periodontal K05 | 10,878 | 582 |
| 7 | Conjuntivitis H10 | 10,274 | 549 |
| 8 | Intoxicación Por Picadura De Alacrán T63.2 | 10,217 | 546 |
| 9 | Otitis Media Aguda H65.0-H65.1 | 8,928 | 477 |
| 10 | Hipertensión Arterial I10-I15 | 7434 | 397 |

Fuente: SUIVE

*Tasa por 100,000 habitantes



1.2 Mortalidad

1.2.1 Mortalidad General

En 2020, las 10 principales causas de defunción representaron el 83.6% de las 15,202 muertes registradas en el estado.

La mayor causa de defunción en Durango (y en México y el mundo) son las enfermedades del corazón, responsables del 27.5% del total de muertes y una tasa del 228.14 por 100,000 habitantes. Le siguen Covid-19, con una representación de 17.7%, diabetes mellitus con 11.2% y tumores malignos con 8.2%.

En quinto lugar se encuentra neumonía e influenza, lo que confirma el comportamiento global: las infecciones de las vías respiratorias inferiores siguen siendo la enfermedad transmisible más mortal del mundo.

| Principales Causas 2020 | Defunciones |
|---|---------------|
| Enfermedades del corazón | 4,181 |
| Covid-19 | 2,688 |
| Diabetes mellitus | 1,702 |
| Tumores malignos | 1,246 |
| Neumonía e influenza | 812 |
| Accidentes | 591 |
| Enfermedades cerebrovasculares | 468 |
| Enfermedades del hígado | 415 |
| Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas | 386 |
| Ciertas afecciones originadas en el período perinatal | 216 |
| Las demás causas | 2,497 |
| Total | 15,202 |

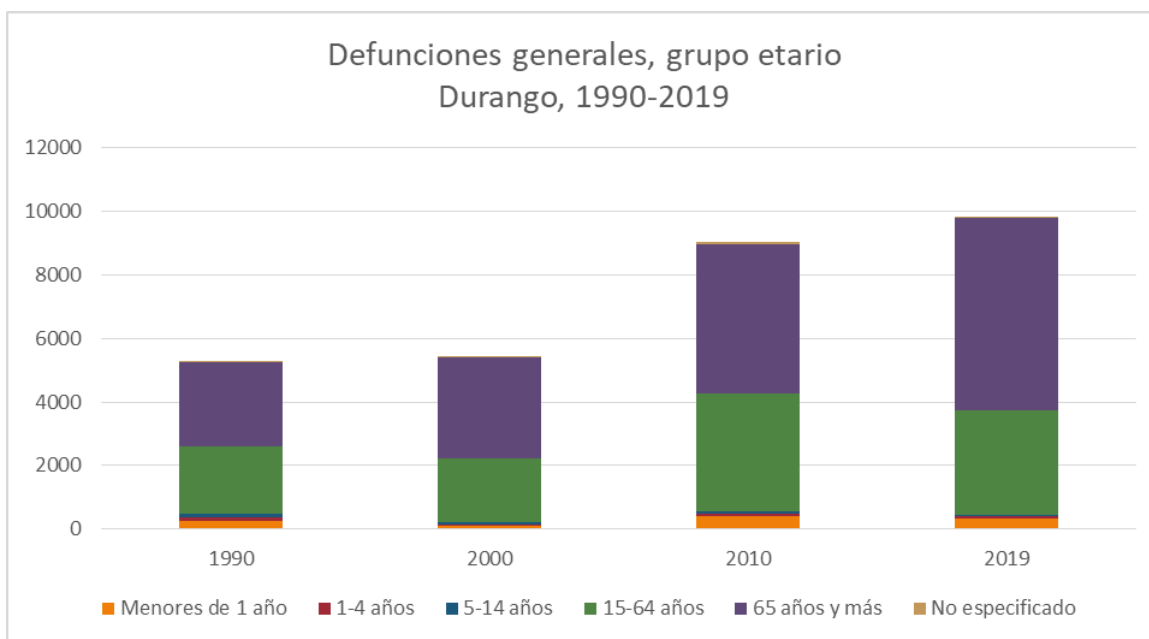
Fuente: Cubos dinámicos SINBA



Así, se observa que la multicausalidad como los factores ambientales, sociales y económicos, entre otros, afectan las tasas de mortalidad en el estado ya que estas enfermedades comparten algunos factores de riesgo que es esencial atender. Destacan dentro de ellos el sobrepeso y la obesidad, el tabaquismo, el colesterol elevado y la hipertensión arterial, las cuales influyen en el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares.

La diabetes mellitus se ha posicionado en el segundo lugar de las principales causas de muerte en el estado, desplazando así a tumores malignos. Es una enfermedad de muy alta prevalencia y de las principales causas de demanda de atención médica en consulta externa y de hospitalización.

La contribución en las defunciones generales según grupo etario es similar desde la década de los noventas.



Se observa un porcentaje muy bajo en la mortalidad infantil, pre-escolar y escolar derivado del control de las enfermedades infecciosas como las diarreas y neumonías.



Como es de esperarse, la disminución en el porcentaje de defunciones del grupo de edad conformado por la población de 15 a 64 años es consistente con el comportamiento nacional. En 1990, la población de 15 a 64 años representaba el 40.26% de las defunciones, mientras que la de 65 años y más era de 50.22%. Actualmente, esa distribución es de 33.55% y 61.62% respectivamente. Casi 30 años después, se refleja de manera contundente el éxito en los programas de salud pública que incrementan la esperanza de vida.

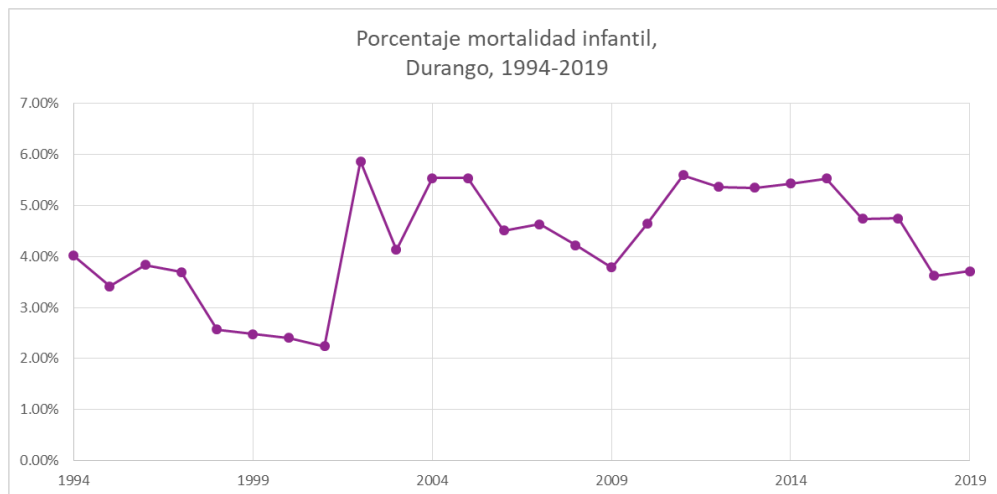
Por otro lado el incremento de las muertes en la edad post productiva se relaciona con la esperanza de vida, la cual es mayor de 70 años tanto en hombres como en mujeres.

1.2.2. Mortalidad Infantil.

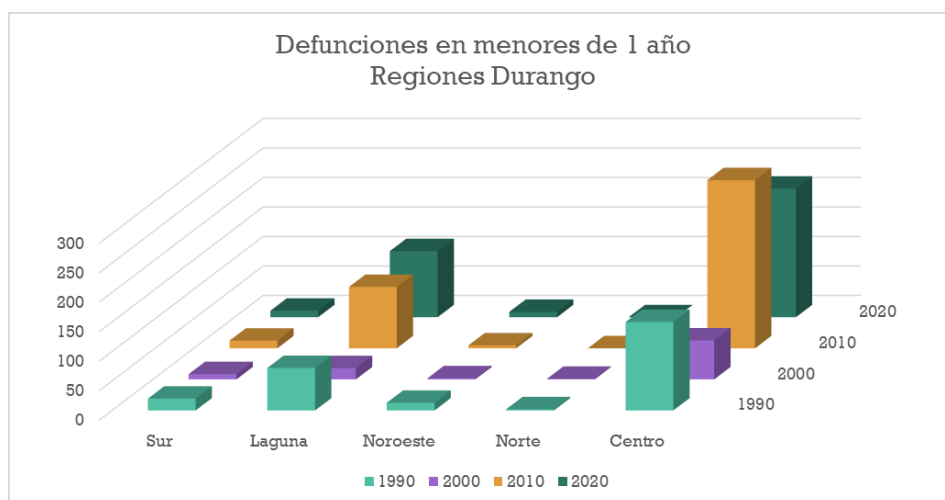
Esta tasa es considerada como uno de los indicadores más importantes para la planificación y programación de actividades en salud.

Existen factores biológicos, demográficos, socio-económicos, culturales, ambientales, de atención de salud y geográficos que influyen en la mortalidad infantil. La influencia de estos factores difiere según la edad de los menores de un año. En la mortalidad neonatal prevalecen aquellos vinculados con las condiciones congénitas como son la atención de la salud (salud de la madre, control del embarazo, atención del parto y del niño durante los primeros días de vida); en la mortalidad postneonatal las condiciones ambientales y socioeconómicas tienen mayor impacto.

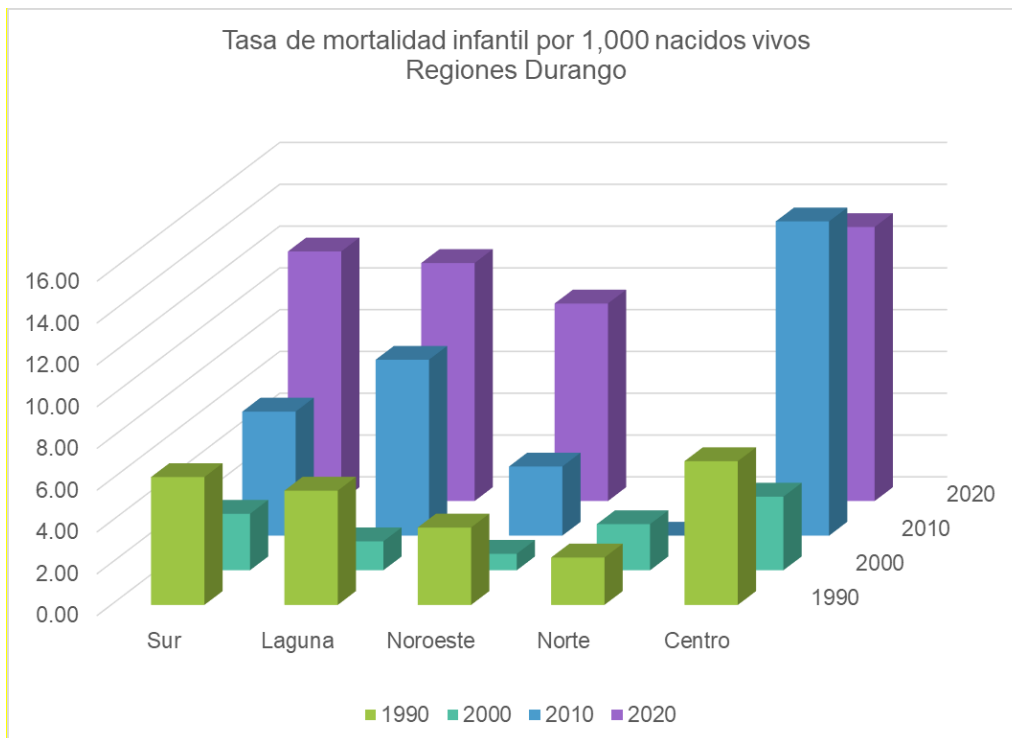
La mortalidad infantil sufrió un descenso importante en los años de 1995 al 2002, sin embargo, los años posteriores sufrieron un repunte cuyas causas principales fueron las afecciones originadas en el período perinatal, anomalías congénitas, neumonías y enfermedades diarreicas. En general, desde el año 1994 y hasta el 2019, el porcentaje de muertes en menores de 1 año con respecto a las defunciones generales ha oscilado entre un 2 y un 6%.



Fuente: INEGI



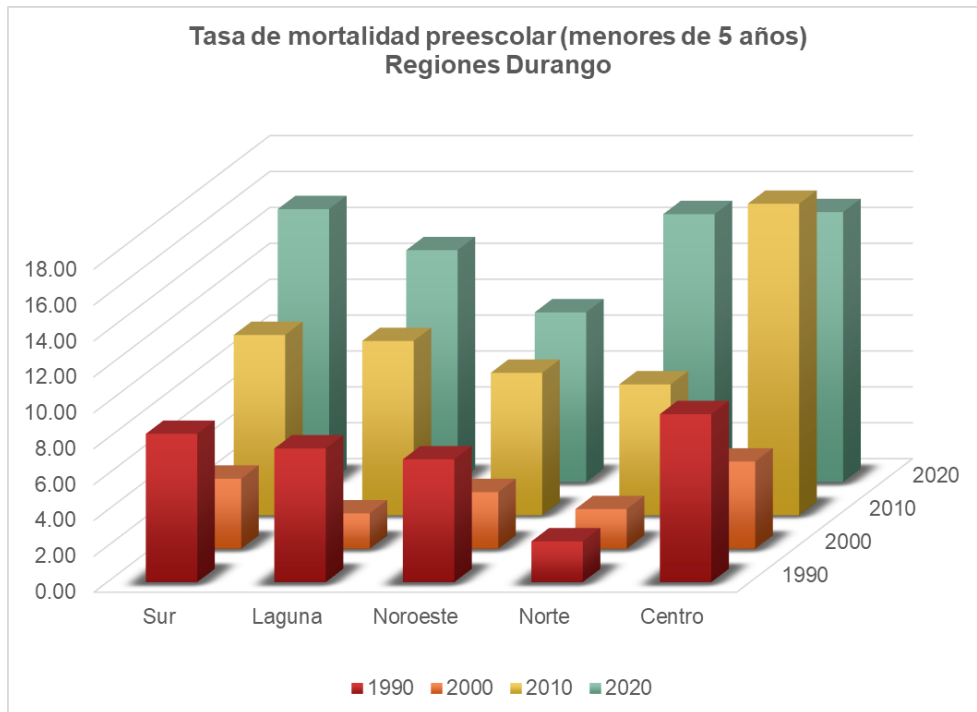
Al realizar el comparativo por regiones del estado en cuanto a mortalidad infantil, en todos los periodos revisados la región centro presenta las tasas más elevadas por 1,000 nacidos vivos registrados. En el informe del año 2020 se puede observar un incremento importante de la tasa de mortalidad en la zona centro – 13.11 por 1,000 nacidos vivos registrados – y sur y laguna con 11.94 y 11.39 por 1,000 nacidos vivos respectivamente y cuyas causas principales son: asfixia y trauma al nacimiento, malformaciones congénitas del corazón, bajo peso al nacer y prematuridad, infecciones respiratorias agudas bajas y enfermedad cerebro vascular.



De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se consideran muertes preescolares a todas aquellas defunciones que suceden después de un año de nacido hasta antes de cumplir los cinco.

A pesar de haber superado el primer año de vida, la edad preescolar se mantiene como un período de la vida de gran vulnerabilidad, sobre todo durante el segundo y tercer años de vida.

En el estado, la tasa de mortalidad escolar presenta un incremento en la última década con excepción de la región centro que presenta cifra menor al año anterior y cuyo comportamiento siempre fue superior en todos los años.



1.2.3. Mortalidad materna

La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, el parto y hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para muchas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte.

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer.

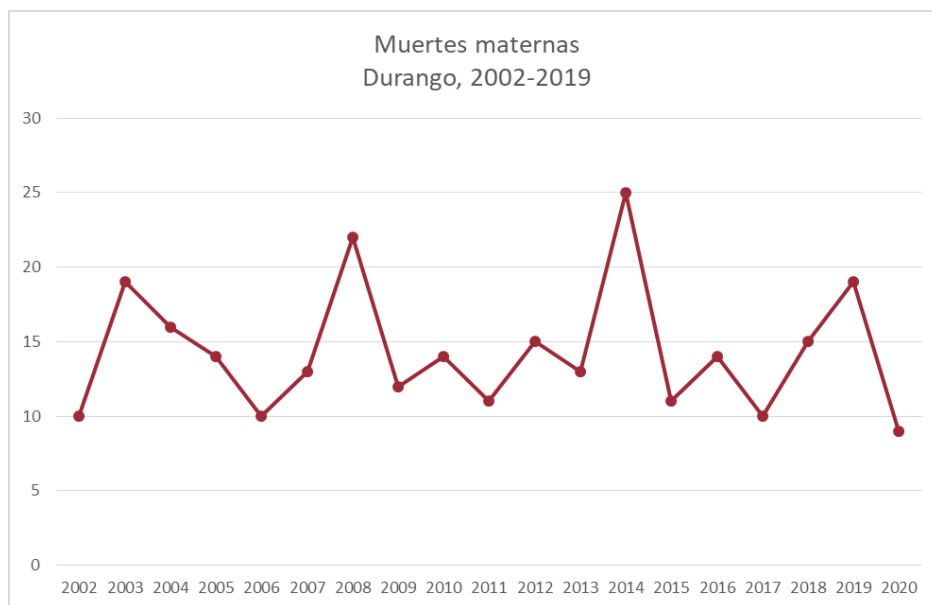
Año de la defunción Muertes Maternas

| | |
|-------------|----|
| 2002 | 10 |
| 2003 | 19 |
| 2004 | 16 |



| | |
|--------------|------------|
| 2005 | 14 |
| 2006 | 10 |
| 2007 | 13 |
| 2008 | 22 |
| 2009 | 12 |
| 2010 | 14 |
| 2011 | 11 |
| 2012 | 15 |
| 2013 | 13 |
| 2014 | 25 |
| 2015 | 11 |
| 2016 | 14 |
| 2017 | 10 |
| 2018 | 15 |
| 2019 | 19 |
| 2020 | 9 |
| Total | 272 |

Fuentes: Cubos Dinámicos DGIS 2002-2013; Subdirección de Salud de la Mujer, SSD 2014-2020





Como es observable, las muertes maternas han sufrido picos importantes en Durango en los años 2003 (19), 2008 (22), 2014 (25) y 2019 (19).

Con el propósito de disminuir la razón de muerte materna, es necesario intensificar la estrategia de la importancia del control pre-natal, la atención del parto y del puerperio, así como la capacitación al personal de salud en todos los procedimientos relacionados a los procesos que involucran la mortalidad materna.

La muerte es un fenómeno complejo que depende de múltiples factores, muchos de los cuales van más allá del ámbito sanitario y de los determinantes biológicos, que responden a condiciones y estilos de vida. La exposición al riesgo de morir se modifica a través de la edad y tiene comportamientos específicos por sexo, que son el resultado de una construcción cultural que frecuentemente favorece algunos trastornos de manera diferenciada entre los sexos. El análisis de la evolución de los niveles y distribución de la mortalidad por edad y sexo es de gran importancia para identificar los principales padecimientos que afectan a la población.

Además de la diferenciación de las defunciones en las etapas del ciclo de vida, es necesario distinguir la mortalidad femenina de la masculina, ya que cada sexo registra características propias debido principalmente, a factores biológicos y sociales; la mujer tiene una mayor probabilidad de supervivencia, porque es menos propensa a sufrir accidentes y, en general, adopta menos conductas riesgosas que ocasionen situaciones violentas que ponen en riesgo la vida.

En este sentido, la información analizada en el estado permite observar un mayor número de defunciones en hombres que en mujeres. En el año 2019 el 56.2% de las defunciones totales correspondió al sexo masculino mientras que el 43.7% al femenino. El comportamiento es similar en años anteriores, lo cual ratifica la sobre-mortalidad masculina respecto de la femenina.



Consideraciones finales

El descenso de la mortalidad y su desplazamiento hacia edades más tardías es uno de los logros en salud más importantes en el último siglo. Ha permitido mitigar el costo social que representa una elevada mortalidad y contribuye a ampliar el horizonte de planeación de los servicios de salud con programas de prevención dirigidos a las personas y las familias.

El desplazamiento de la muerte hacia las edades finales de la vida disminuye la probabilidad de que un hijo muera antes que sus padres y que los hijos queden huérfanos a temprana edad con las consecuencias negativas en el entorno familiar.

Paralelamente a esta pauta de mortalidad de la población, se observa el paulatino abatimiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias y la mayor concentración de las defunciones en los padecimientos crónicos y degenerativos, los cuales están estrechamente vinculados a la mayor sobrevivencia de la población y a sociedades más desarrolladas. Sin embargo aún hay evidencia de enfermedades relacionadas con el rezago y la pobreza.

En el estado aún son altas las tasas de mortalidad por afecciones perinatales, anomalías congénitas, enfermedades infecciosas respiratorias e infecciosas y parasitarias en los menores de un año. En los niños en edad preescolar las tasas de mortalidad por accidentes son las más elevadas, seguidas por enfermedades infecciosas respiratorias y parasitarias, estas últimas prevenibles a bajo costo pero con un necesario ingrediente de educación.

Otro aspecto importante al cual es necesario encontrar la solución son las altas tasas de mortalidad por accidentes y lesiones entre los jóvenes, las cuales están muy relacionadas con el consumo de alcohol y drogas, por lo tanto se tendrá que enfatizar en los programas de prevención de las adicciones.

Finalmente, es cierto que los cambios en la mortalidad han repercutido en el aumento de la esperanza de vida de la población, sin embargo, es importante que este tiempo ganado se viva con una adecuada calidad de vida. Es necesario que al final del ciclo vital, se minimicen los efectos de las enfermedades a fin de que las funciones física y mental se mantengan,



así como también es deseable disponer de una infraestructura de seguridad social que permita ofrecer a la población una respuesta a sus necesidades.

Es indispensable continuar fortaleciendo el primer nivel de atención, específicamente las acciones de prevención y promoción de los programas de salud orientados a reducir el consumo de alcohol y drogas, a modificar patrones alimenticios y a favorecer una vida saludable por medio de la actividad física y otras prácticas saludables.

La pandemia de Covid-19 ha venido de la mano de una crisis social y económica, por lo tanto se deberán tomar medidas oportunas que mitiguen los problemas de salud mental, las enfermedades crónicas no transmisibles, la violencia intrafamiliar, sedentarismo, adicciones y en general, aquellos problemas que han incrementado su aparición como consecuencia de esta crisis sanitaria.

Las emergencias no se pueden evitar, pero sí su impacto en las comunidades: para ello es necesario reducir las vulnerabilidades y fortalecer las capacidades.

2. Factores de Riesgo

Después de realizar el análisis de la morbilidad y mortalidad del estado, es importante identificar los factores de riesgo de los padecimientos que afectan a la mayoría de la población.

Las enfermedades trasmisibles como las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas son los principales problemas a atender.

En el caso de las enfermedades no transmisibles, las enfermedades del corazón, los padecimientos como diabetes mellitus, hipertensión arterial, tumores malignos y accidentes vasculares cerebrales son los casos que ocupan los primeros lugares en las listas de morbilidad y mortalidad.



| Factores de riesgo asociados a las Infecciones Respiratorias Agudas | | |
|---|--|---|
| Socioculturales | Geográfico-Ambientales | Institucionales |
| Ausencia de lactancia materna, desnutrición | Inaccesibilidad geográficas a servicios de salud | Deficiente capacitación a madres de familia |
| Deficiencias en el saneamiento de la vivienda | Regiones con muy bajas temperaturas | Diagnóstico tardío y tratamientos inadecuados |
| Inaccesibilidad cultural y económica a los Servicios de Salud | Contaminación ambiental | Deficiencias en las acciones de promoción de la salud |
| Hacinamiento | | |
| Baja escolaridad de los padres | | |

| Factores de riesgo asociados a la Enfermedad Diarreica Aguda | | |
|--|--------------------------------|--|
| Socioculturales | Geográfico-Ambientales | Institucionales |
| Deficiencia en la disposición de excretas y basura | Inaccesibilidad a agua potable | Deficiencias en las acciones de saneamiento del medio |
| Falta de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida | Climas extremos | Bajo Impacto en la letrización |
| Malos hábitos higiénico-dietéticos | | Deficiente capacitación a las madres |
| Deficientes acciones de saneamiento básico | | Deficiencias en el tratamiento de fuentes de abastecimiento de agua. |
| Analfabetismo | | |

Factores de riesgo asociados a las Enfermedades Cardiacas



| Socioculturales | Geográfico-Ambientales | Institucionales |
|----------------------------|-----------------------------|--|
| Tabaquismo-Alcoholismo | Inaccessibilidad Geográfica | Bajo impacto en la promoción de estilos de vida saludables |
| Sedentarismo | Contaminación ambiental | Deficientes acciones de detección y control de hipertensión, colesterol y triglicéridos. |
| Malos Hábitos alimenticios | | |
| Estrés | | |
| Obesidad | | |
| Factores Genéticos | | |

| Factores de riesgo asociados a Tumores Malignos | | |
|---|--|--|
| Socioculturales | Geográfico-Ambientales | Institucionales |
| Tabaquismo | Contaminación Ambiental | Insuficiente detección oportuna de casos |
| Promiscuidad | Dificultad en el acceso a los servicios de salud | Inadecuado seguimiento a las displasias |
| Inicio de vida sexual temprana | | Deficiencias en la oferta de servicios |
| Exposición a productos químicos | | Insuficiente Promoción de la prevención |
| Factores hereditarios | | |

| Factores de riesgo asociados a Accidentes | | |
|---|------------------------|-----------------|
| Socioculturales | Geográfico-Ambientales | Institucionales |



| | | |
|---|--|---|
| Alcoholismo | Inaccesibilidad Geográficas a servicios de Salud | Deficiencia en los programas de prevención de accidentes |
| Drogadicción | Malas condiciones de las vías de comunicación. | Ausencia de un programa integral de difusión de la prevención de accidentes en el hogar. |
| Falta de educación vial | | Ausencia de un programa de difusión de factores predisponentes a los accidentes viales, en el hogar y en el trabajo |
| Ausencia del uso de cinturón, casco, silla porta-infante. | | |
| Uso de distractores como teléfonos celulares | | |

| Factores de riesgo asociados a Hipertensión Arterial | | |
|---|---|--|
| Socioculturales | Geográfico-Ambientales | Institucionales |
| Sedentarismo | Inaccesibilidad geográfica a Servicios de Salud | Deficiencia en los programas de detección oportuna |
| Tabaquismo / Alcoholismo | | Deficiencias en la promoción y prevención |
| Obesidad | | Poca difusión de riesgo cardio-vascular |
| Estrés | | |
| Dieta rica en grasas animales | | |



| Factores de riesgo asociados a Diabetes Mellitus | | |
|--|-----------------------------|--|
| Socioculturales | Geográfico-Ambientales | Institucionales |
| Tabaquismo / Alcoholismo | Inaccessibilidad Geográfica | Bajo impacto en la promoción de estilos de vida saludables |
| Sedentarismo | | Deficientes acciones de detección oportuna y control de Diabetes. |
| Malos Hábitos alimenticios | | Desabasto en los insumos para la detección oportuna y el control de la diabetes mellitus |
| Factores Genéticos | | |
| Obesidad | | |
| Estrés | | |

2.1 Factores de riesgo por regiones

2.1.1 Región Sur

Esta región se caracteriza por el acceso difícil a las localidades, por las condiciones del terreno, por la alta dispersión de la población y por carecer de vías de comunicación. Los municipios que integran esta región son atravesados por la sierra madre occidental, por lo que el clima es un factor de riesgo para las infecciones respiratorias agudas ya que el frío se presenta durante 8 meses del año.

La mayor parte de las viviendas carecen de agua potable, energía eléctrica y sistema de disposición de excretas, por lo tanto las infecciones intestinales continúan con una alta prevalencia. Esta zona incluye el municipio de El Mezquital, considerado el número 22 en el listado de Municipios con más bajo Índice de Desarrollo Humano del país, por lo que existen condicionantes de riesgo para la salud como son, analfabetismo, población indígena



y arraigados patrones culturales como la resistencia a los modelos de asistencia médica, situación que ha sido minimizada con la operación del Programa de Interculturalidad en la región ya que los servicios de salud se ofrecen dicho enfoque.

2.1.2 Región Laguna

Esta región está ubicada en la zona del semi-desierto, donde prevalece el clima cálido en la mayoría de los meses del año, los municipios de Gómez Palacio y Lerdo concentran en su área urbana a la mayoría de habitantes de la región, las localidades son de fácil acceso y la actividad económica está asociada con la agricultura y ganadería.

Se trata de municipios endémicos a la brucelosis. La diabetes mellitus y las enfermedades hipertensivas son las primeras causas de muerte, esto asociado a la práctica de estilos de vida no saludables como la dieta alta en grasas y productos de origen animal, así como el sedentarismo. La población que habita estos municipios tiene cobertura total a los servicios de salud ya que ninguna localidad se encuentra inaccesible.

2.1.3 Región Noroeste

El relieve de la zona es sumamente accidentado, las dos terceras partes orientales de esta región están conformadas por la Sierra Madre Occidental mientras que la de su extremo occidental está conformada por la región de las quebradas. La mayoría de las localidades de los municipios de Topia, Canelas, Santiago Papasquiari, Otáez, Tamazula y Canelas son de difícil acceso y de menos de 100 habitantes. Los principales factores de riesgo de la región son la violencia e inseguridad, así como, la inaccesibilidad geográfica por carencia de vías de comunicación. Para facilitar la atención a la salud, existen las Unidades Médicas Móviles como modelo de atención.

2.1.4 Región Norte

Región caracterizada por llanuras y municipios con población muy dispersa. Es la que presenta mayores tasas de morbilidad por enfermedades infecciosas derivado de la



existencia de factores de riesgo como deficiencia en la disposición de excretas, carencia de agua potable y drenaje, malos hábitos higiénicos y un nivel socioeconómico bajo. Sin embargo, las tasas de mortalidad en todos los grupos de edad son bajas. La actividad económica predominante es la agropecuaria con baja aplicación de tecnología.

2.1.5 Región Centro

Esta región está caracterizada por alto grado de concentración poblacional en la zona urbana de los municipios de Durango, Guadalupe Victoria, Nombre de Dios, Canatlán, San Juan del Río y Poanas. Se encuentra bien comunicada por lo cual es la más accesible del estado. El clima es semi-seco, templado, la mayor parte del territorio está cubierta por llanos, aunque una parte del municipio de Durango es sierra.

En esta región existen más y mejores servicios públicos y de salud, dado que existe una alta concentración de unidades médicas en la ciudad capital. En cuanto a morbilidad por enfermedades infecciosas, presenta las tasas más bajas derivado del impacto en los factores de riesgo como: hábitos higiénico-dietéticos, saneamiento básico y servicios públicos. Contrariamente, la mortalidad en los padecimientos como la asfixia y trauma al nacimiento y las enfermedades isquémicas del corazón presentan las mayores tasas.

Tabla de Redes de Riesgos



| Padecimiento | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 | Factor 4 | Factor 5 | Factor 6 | Factor 7 | Factor 8 |
|---|----------------------------|--|---|---|--|--|--|--|
| Enf. Isquémicas del Corazón | Malos hábitos alimenticios | Sedentarismo | Tabaquismo | Obesidad | Hipercolesterolemia y Trigliceridemia | Estrés | Deficientes acciones de detección y control de hipertensión, colesterol y triglicéridos. | Bajo impacto en la promoción de estilos de vida saludables |
| Diabetes Mellitus | Predisposición genética | Sedentarismo | Malos hábitos alimenticios | Obesidad | Dislipidemias | Estrés | Deficiente detección oportuna | Bajo impacto en la promoción de estilos de vida saludables |
| Agresiones (homicidios) | Violencia | Inseguridad | Adicciones | Disfunción familiar | Desempleo | Ausencia de programas de atención integral | | |
| Enf. Cerebrovasculares | Bajo control metabólico | Hipercolesterolemia y Trigliceridemia | Obesidad | Inaccesibilidad geográfica | Bajo impacto en la promoción de estilos de vida saludables | Inaccesibilidad a servicios de salud | | |
| Enf. Pulmonar Obstructiva Crónica | Tabaquismo | Condiciones inadecuadas de la vivienda (Uso de estufa de leña sin ventilación) | Contaminación ambiental | | | | | |
| Enf. Hipertensivas | Sedentarismo | Malos hábitos alimenticios | Obesidad | Tabaquismo | Hipercolesterolemia y Trigliceridemia | Deficientes acciones de detección y control de hipertensión, colesterol y triglicéridos. | Bajo impacto en la promoción de estilos de vida saludables | Inaccesibilidad a servicios de salud |
| Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado | Malos hábitos alimenticios | Alcoholismo | Bajo impacto de las acciones de prevención | | | | | |
| Inf. Respiratorias agudas bajas | Desnutrición | Analfabetismo | Deficiencias en el saneamiento de la vivienda | Detección tardía y tratamiento inadecuado | Habitar regiones con muy bajas temperaturas | Deficiente capacitación a madres de familia | Bajo impacto de las acciones de prevención | Inaccesibilidad a servicios de salud |
| Accidente de vehículo de motor (Tránsito) | Alcoholismo | Drogadicción | Deficiencia en programa de prevención | Falta de educación vial | Malas condiciones de las vías de comunicación | Inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud | Inadecuada coordinación interinstitucional | |
| Nefritis y Nefrosis | Malos hábitos alimenticios | Escaso control metabólico | Inadecuado estilo de vida | Deficiente capacitación del personal de salud | Bajo impacto en la promoción de estilos de vida saludables | | | |

3. Capacidad física y humana instalada

3.1 Personal de Salud por Región

El análisis de la **cobertura de personal de salud por región**, nos permite conocer que con relación a los médicos generales, **la región laguna no cumple con el estándar para el**



indicador de 1 médico por cada 3,000 habitantes, ya que en esa región el valor de la variable es 0.52.

Las regiones, norte, noroeste y sur están por encima del estándar, lo anterior deriva en la inferencia de que existe una distribución inadecuada del personal.

Para el caso del personal de enfermería los índices en todas las regiones son los adecuados.

Los médicos generales en las regiones centro y norte cumplen con el indicador de 1 por cada 3,000 habitantes, en el resto de las regiones el indicador está afectado, especialmente en la región sur con solamente el 0.53 por cada 3.000 habitantes.

Los municipios de El Mezquital, Pueblo Nuevo y San Dimas tienen problemas de acceso por las condiciones geográficas y la dispersión de la población, lo cual provoca que los médicos no accedan a laborar en los hospitales integrales.

Lo anterior nos sugiere un **déficit de atención del segundo nivel en esas regiones, lo cual deriva en una alta referencia de pacientes a las áreas urbanas.**

La presencia de odontólogos en todo el estado es mínima, por lo tanto todas las regiones se encuentran afectadas, además los que existen están concentrados en establecimientos de salud urbanos.

Es urgente considerar esta situación, ya que la gingivitis y las enfermedades periodontales figuran como la quinta causa de enfermedad en el estado.

Comparativo de Personal de Salud según Perfil y Región

| Región | Médico General | Médico Especialista | Enfermera | Odontólogo |
|---------------|----------------|---------------------|-----------|------------|
| Centro | 1.02 | 1.14 | 4.33 | 0.28 |



| | | | | |
|-----------------|--------------------|------|------|------|
| Laguna | 0.52 | 0.65 | 2.32 | 0.06 |
| Norte | 1.33 | 1.17 | 5.33 | 0.33 |
| Noroeste | 1.54 | 0.57 | 2.86 | 0.28 |
| Sur | 1.83 | 0.54 | 2.74 | 0.30 |
| Estándar | 1x3,000 hab | | | |

Fuente: SINERHIAS

Médicos por Jurisdicción Sanitaria

| Jurisdicción | Valor del Indicador* |
|--|----------------------|
| Jurisdicción Sanitaria N° 1 – Durango | 1.639 |
| Jurisdicción Sanitaria N° 2 – Gómez Palacio | 1.002 |
| Jurisdicción Sanitaria N° 3 – Santiago Papasquiario | 1.079 |
| Jurisdicción Sanitaria N° 4 – Rodeo | 1.164 |
| Total | 1.332 |

*Tasa por 1,000 habitantes

Valor Estándar: 1 médico por cada 3,000 habitantes en área urbana y 1 por cada 2,000 a 2500 habitantes en área rural.

El número de médicos de los Servicios de Salud se encuentran dentro de los parámetros aceptables por Jurisdicción Sanitaria

3.2 Principales causas de egresos hospitalarios

Con relación a las principales causas de egreso hospitalario por institución, la principal es la atención de embarazo, parto y puerperio, originando que el servicio de ginecología de todos los hospitales del sector se encuentre al máximo de su capacidad, excepto el Hospital General 450 que no cuenta con el servicio. Se sigue con las enfermedades del tubo digestivo como las gastritis y enteritis que ocupan el segundo lugar, en tanto que las enfermedades del sistema genitourinario son la tercera causa de egreso, asimismo, los traumatismos, envenenamiento y otras causas ocupan el cuarto lugar.



Las causas de egreso hospitalario como enfermedades del sistema respiratorio, circulatorio y las endócrinas, nutricionales y metabólicas corresponden a las principales causas de defunción general.

Dado que el comportamiento es similar en todas las instituciones del sector salud, es necesario enfatizar en la prevención de las enfermedades y en la educación para la salud.

Principales Causas de Egresos Hospitalarios por Institución

| CONCEPTO | TOTAL | SEGURIDAD SOCIAL | | | POBLACIÓN ABIERTA | | |
|---|--------|------------------|--------|--------|--------------------|--------|-----|
| | | IMSS | ISSSTE | SEDENA | IMSS Oportunidades | SSD | HMN |
| Embarazo, parto y puerperio | 31,375 | 7,374 | 1,713 | N.D. | 2,325 | 19,963 | 0 |
| Enfermedades del Sistema Digestivo | 11,654 | 4,486 | 1,862 | N.D. | 664 | 4,547 | 95 |
| Tumores (Neoplasias) | 9,616 | 1,611 | 495 | N.D. | 151 | 7,359 | 0 |
| Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas | 7,901 | 2,957 | 867 | N.D. | 192 | 3,882 | 3 |
| Enfermedades del Sistema Genito-urinario | 7,753 | 3,364 | 1,695 | N.D. | 453 | 2,046 | 195 |
| Enfermedades del Sistema Respiratorio | 6,707 | 2,508 | 842 | N.D. | 339 | 2,603 | 415 |
| Enfermedades del Sistema Circulatorio | 4,007 | 2,353 | 801 | N.D. | 202 | 651 | 0 |
| Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas | 3,841 | 1,370 | 404 | N.D. | 397 | 1,654 | 16 |
| Factores que influyen en el estado de Salud y contacto con los Servicios de Salud | 3,192 | 874 | 821 | N.D. | 129 | 1,368 | 0 |
| Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal | 3,044 | 1,202 | 183 | N.D. | 279 | 1,380 | 0 |

Fuente: Anuario Estadístico y Geográfico de Durango 2017

3.3 Infraestructura Instalada por Institución

El estado cuenta con 37 hospitales (generales, de especialidad e integrales) y 1,598 camas censables, lo que corresponde a un **índice de 0.87 camas por 1,000 habitantes**, resultado que está **dentro del valor estándar**, aunque si se realiza el análisis por servicio, podemos



apreciar que los servicios de ginecología y pediatría se encuentran por arriba del 85% de ocupación hospitalaria.

En cuanto a camas disponibles, resulta importante que los hospitales integrales incrementen su capacidad resolutive para evitar la referencia de pacientes cuyo problema de salud se pueda resolver a ese nivel y sea referido al hospital general de su red de servicios.

El **número de consultorios existentes son suficientes** según el indicador de uno por cada 3,000 habitantes, ya que existen 0.75 por cada 1,000, **solo que están ubicados en las áreas urbanas** o de mayor concentración de población.

Po otro lado los laboratorios y gabinetes de radiología los servicios de salud es la institución que cuenta con más, 68 y 32 respectivamente.

Los bancos de sangre existentes son insuficientes para la atención y manejo de sangre segura, ya que solo el ISSSTE cuenta con 2, el IMSS con 2 y los Servicios de Salud con 1.

Infraestructura Instalada por Institución

| Tipo de Personal | Total | Seguridad Social | | | Población Abierta | | | | |
|----------------------------|-------|------------------|--------|--------|-------------------|-----|-----|------|-----|
| | | IMSS | ISSSTE | SEDENA | IMSS Prospera | SSD | DIF | CREE | HMN |
| Camas Censables | 1,635 | 515 | 172 | | 85 | 843 | 0 | 0 | 20 |
| Camas no censables | 1,324 | 325 | 131 | | 354 | 381 | 77 | 48 | 8 |
| Consultorios | 1,365 | 306 | 114 | | 205 | 607 | 36 | 90 | 7 |
| Ambulancias | 84 | 23 | 13 | | 3 | 43 | 1 | 0 | 1 |
| Areas de Urgencias | 35 | 4 | 2 | | 3 | 25 | 0 | 0 | 1 |
| Areas de Terapia Intensiva | 6 | 1 | 2 | | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Laboratorios | 68 | 11 | 4 | | 3 | 49 | 0 | 0 | 1 |
| Gabinete de Radiologia | 30 | 16 | 4 | | 3 | 6 | 0 | 0 | 1 |
| Equipos de rayos X | 78 | 21 | 8 | | 3 | 42 | 1 | 1 | 2 |
| Quirófanos | 65 | 15 | 6 | | 3 | 37 | 3 | 0 | 1 |
| Salas de Expulsión | 214 | 6 | 2 | | 166 | 40 | 0 | 0 | 0 |
| Bancos de Sangre | 6 | 2 | 2 | | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: SINERHIAS 2018

Establecimientos de Salud por Institución Servicios de Salud de Durango

| | |
|------------------|-----|
| Centros de Salud | 170 |
|------------------|-----|



| | |
|---|------------|
| Hospitales Generales | 7 |
| Hospitales Integrales | 17 |
| Caravanas | 55 |
| UNEMES | 14 |
| Unidades de Especialidad | 2 |
| Establecimientos de apoyo | 10 |
| Centro Estatal de Transfusión Sanguínea | 1 |
| Laboratorio Estatal de Salud Pública | 1 |
| Centro de Control Canino | 2 |
| Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) | 3 |
| Instituto de Salud Mental | 1 |
| Unidad Dental Móvil | 2 |
| Unidad Móvil | 5 |
| Centro Regional de Desarrollo Infantil | 1 |
| Total | 291 |

Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)

| | |
|----------|---|
| Hospital | 1 |
|----------|---|

Servicios de Salud Municipales

| | |
|-----------------------------|---|
| Hospital Municipal del Niño | 1 |
|-----------------------------|---|

IMSS - Prospera

| | |
|-----------------|------------|
| Centro de Salud | 170 |
| Hospital | 3 |
| Total | 173 |

Instituto Mexicano del Seguro Social

| | |
|-----------------|----|
| Centro de Salud | 30 |
|-----------------|----|



| | |
|--------------------------------------|-----------|
| Hospital | 4 |
| Establecimiento de Asistencia Social | 2 |
| Total | 36 |

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

| | |
|-----------------|-----------|
| Centro de Salud | 38 |
| Hospital | 2 |
| Total | 40 |

Establecimientos Privados

| | |
|--|-----------|
| Hospitales | 45 |
| Centros de Atención | 6 |
| Clínica Oftalmológica | 2 |
| Centro de Atención Infantil Teletón (CRIT) | 1 |
| Total | 54 |

Establecimientos de salud por Jurisdicción

| Unidad | J-1 Durango | J-2 G. Palacio | J-3 S. Papasquiaro | J-4 Rodeo | Total |
|--|----------------|-------------------|--------------------------|--------------|-------|
| Antirrábico | 2 | | | | 2 |
| Caravana Dignificada/Alineada | 16 | 1 | 5 | | 23 |
| Capasits UNEME | 1 | | | | 1 |
| Unidad Médica Móvil (I, II y III) | 23 | 4 | 4 | 1 | 32 |
| Centro Estatal de Cancerología | 1 | | | | 1 |
| Centro Estatal de Transfusión Sanguínea | 1 | | | | 1 |
| Centro de Salud Urbano | 20 | 15 | 1 | 2 | 38 |
| Centro de Salud Rural | 47 | 44 | 17 | 20 | 128 |



| | | | | | |
|---|------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| CESSA Centro de Salud con Servicios Ampliados | 3 | | 1 | | 4 |
| Clínica de Diabetes UNEME | 1 | | | | 1 |
| ESI | | 2 | | | 2 |
| ESI Progresa | 2 | | | | 2 |
| ESI Progresa Unidad Móvil | 1 | | | | 1 |
| Hospital General | 2 | 3 | 1 | 1 | 7 |
| Hospital Integral | 9 | 4 | 2 | 2 | 17 |
| Hospital de Salud Mental | 1 | | | | 1 |
| Otros (Establecimientos de apoyo) | 4 | 2 | 2 | 2 | 10 |
| Laboratorio Estatal de Salud Pública | 1 | | | | 1 |
| Unidad Móvil | | 1 | | | 1 |
| UNEME CAPA | 2 | 1 | 1 | | 4 |
| UNEME Crónicas | 1 | 2 | 1 | | 4 |
| UNEME SISAME | 1 | 1 | | | 2 |
| (UNEME-DEDICAM GÓMEZ PALACIO) | | 1 | | | 1 |
| Centro Regional de Desarrollo Infantil | 1 | | | | 1 |
| Instituto de Salud Mental | 1 | | | | 1 |
| Unidad Dental Móvil | 2 | | | | 2 |
| TOTAL | 143 | 81 | 36 | 28 | 288 |

Fuente: Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES)



Los Servicios de Salud de Durango cuenta con 288 establecimientos de salud de las cuales 172 son centros de salud de primer nivel de atención, 7 hospitales generales, 17 hospitales integrales, un Centro Estatal de Cancerología, 1 Hospital de Salud Mental, 1 Instituto de Salud Mental, 1 Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea, 1 Centro Regional de Desarrollo Infantil, 1 Laboratorio Estatal de Salud Pública, 2 Antirrábico, 55 Unidades Médicas Móviles, 6 Equipos de Salud Itinerantes, 12 UNEME, y 10 establecimientos de apoyo.

Si consideramos que en el estado de Durango la dispersión de la población es de las más altas del país ya que la mayoría de los habitantes se concentran en tres localidades, Durango, Gómez Palacio y Lerdo, aumenta el grado de dificultad para proporcionar los servicios de una manera adecuada, completa y oportuna.

En algunos casos las condiciones en que se encuentran las unidades no son óptimas para el buen desempeño de las actividades del personal de salud y de la atención a los usuarios, ya que algunas unidades de salud se encuentran con techos de lámina, o éstos se encuentran en malas condiciones lo que se refleja durante la temporada de lluvia. Otro aspecto importante es aquellos centros de salud que por su ubicación, el crecimiento y/o desplazamiento poblacional, están siendo rebasados en su capacidad y carecen de espacio tanto para facilitar el trabajo al personal de salud en la atención de los diferentes programas de prevención y control de enfermedades así como para la capacitación continua y de promoción a la salud a la población en general.

En consecuencia se hace necesario el fortalecimiento de aquellos centros de salud que así lo requieran, por las malas condiciones que se encuentran o por las necesidades en cuanto a su capacidad, y/o en su caso, obra nueva en aquellos que por las condiciones físicas no es posible continuar prestando servicios de salud adecuados.

En los últimos años se ha fortalecido la infraestructura en salud al poner en operación Hospitales y Centros de Salud que proporcionan una atención adecuada a la población usuaria y además el fortalecimiento de unidades de salud con acciones de ampliación, adecuaciones y equipamiento.



VI. POLÍTICAS EN SALUD

- Impulsar el análisis y la planeación para una mejor organización de los servicios estatales de salud.
- Facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de programas presupuestarios.
- Establecer el Sistema de Evaluación del Desempeño de acuerdo al Modelo de la Metodología de Marco Lógico (MML) establecido en el Presupuesto Basado en Resultados (PbR).
- Fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades.
- Incorporar el Modelo de Atención Primaria a la Salud.
- Organizar e integrar los servicios médicos.
- Hacer frente a las urgencias epidemiológicas.
- Incorporar la calidad en la agenda permanente del Sistema Estatal de Salud.
- Consolidar el acceso universal a los servicios de salud de la población mediante la reforma financiera.
- Fortalecer el programa de cobertura universal.
- Operar los diferentes niveles de atención con integralidad.



- Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud mediante el desarrollo de los recursos humanos.
- Desarrollo de la infraestructura y equipamiento necesarios para la óptima prestación de servicios de salud.
- Garantizar el abasto de medicamentos.
- Fortalecer la protección contra riesgos sanitarios.
- Fortalecer la importancia de la Salud Mental desde el primer nivel de atención.
- Fortalecer la prevención, promoción y atención a la salud con perspectiva de género y enfoque intercultural.