



**SSD**  
SECRETARÍA DE SALUD  
DE DURANGO

# Diagnóstico de Salud

Evaluación del Desempeño





**SSD**  
SECRETARÍA DE SALUD  
DE DURANGO



# DIAGNÓSTICO DE SALUD

**DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN**

**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 .....	1
I. ANTECEDENTES .....	5
II. JUSTIFICACIÓN .....	6
III. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA INSTITUCIÓN .....	8
IV. CONDICIONANTES DE LA SALUD .....	18
A) DEMOGRAFÍA .....	18
B) DINÁMICA POBLACIONAL .....	19
C) GEOGRAFÍA .....	22
D) VIVIENDA .....	29
E) ECONOMÍA .....	31
F) EDUCACIÓN .....	36
V. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO .....	38
TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA, EVOLUCIÓN DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD .....	38
1. DAÑOS A LA SALUD .....	41
1.1 <i>Morbilidad</i> .....	41
1.2 <i>Mortalidad</i> .....	42
1.2.2. Mortalidad Infantil .....	45
1.2.3. Mortalidad materna .....	50
1.2.4. Suicidio .....	52
1.2.4 Covid-19 .....	56
<i>Consideraciones finales</i> .....	61
2. FACTORES DE RIESGO .....	63
2.1 <i>Factores de riesgo por regiones</i> .....	68
2.1.1 Región Sur .....	68
2.1.2 Región Laguna .....	69
2.1.3 Región Noroeste .....	70
2.1.4 Región Norte .....	70
3. CAPACIDAD FÍSICA Y HUMANA INSTALADA .....	71
3.1 <i>Personal de Salud por Región</i> .....	71
3.3 <i>Infraestructura Instalada por Institución</i> .....	73
VI. POLÍTICAS EN SALUD .....	78

## **PRESENTACIÓN**

Un tema social clave en la actualidad, no sólo en países de ingresos medios y bajos sino también en países de ingresos altos, es el que se refiere a garantizar el derecho universal a la salud mediante la oferta de servicios con niveles óptimos de seguridad, oportunidad, equidad, efectividad y eficiencia a toda la población. Es sabido, que prácticamente todos los países están de acuerdo con la afirmación que establece el derecho a la salud como un derecho humano y que por tanto obliga a los gobiernos a garantizar su cumplimiento, sin embargo, no existe un consenso centrado en la forma de resolver este complejo problema.

En México, esta obligación está sustentada en la Constitución, con base en ello, las estrategias y Políticas Públicas han dado origen a una respuesta compleja que en las últimas dos décadas se ha centrado en la cobertura de aseguramiento médico o social y de protección financiera.

Como es conocido, la salud desde su concepción en nuestro país se encuentra segmentada y fragmentada, los trabajadores en el sector formal de la economía y en el gobierno contaban con una cobertura de seguridad social y su respectivo acceso a servicios médicos. Sin embargo, quedaba pendiente en la agenda pública la población que no gozaba de los beneficios de un trabajo estable y formal, denominada población abierta, que se encontraba descubierta y vulnerable frente a eventos de salud que en muchos casos resultaban en gastos catastróficos para una familia.

El gobierno mexicano buscó revertir esta situación con la creación del Seguro Popular a inicios de la primera década de este siglo. Básicamente, la idea era crear un fondo financiado con impuestos, un sistema de cuota teóricamente progresivo que en realidad fue poco aplicado y que garantizara la cobertura de servicios para la población abierta mediante una afiliación voluntaria. Como

consecuencia de esto, la cobertura en salud aumentó radicalmente, declarando la cobertura universal a inicios de la década 2010.

A pesar de los resultados de la implementación de esta política, el primero de enero de 2020, por decreto del Presidente Andrés Manuel López Obrador, se sustituyó al Seguro Popular, creando un organismo descentralizado sectorizado denominado INSABI, cuya finalidad sigue siendo proveer servicios de salud a las personas no derechohabientes a ninguna institución, continuando con la cobertura total a la población.

Sin embargo, esta cobertura debe tomar en cuenta los diversos factores que desde tiempo atrás inciden en la salud de los mexicanos, uno de los más importantes es sin duda la transición epidemiológica observando una evolución en los patrones de salud y enfermedad.

La transición epidemiológica tiene dos fases; la primera se caracteriza por una alta mortalidad por enfermedades infecciosas y desnutrición; la segunda, por enfermedades crónico degenerativas. México vive una transición epidemiológica caracterizada por el estancamiento y la polarización. Primeramente, no se beneficia a toda la población por igual; en segundo lugar, el aumento de la mortalidad y la morbilidad es reversible y algunas veces se aprecian retrocesos indeseables; y tercero, los patrones de morbilidad y mortalidad antes y después de la transición siguen siendo comunes entre las poblaciones desatendidas.

Aunado a esta transición, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente; en 1930 las personas vivían en promedio 34 años; 40 años después, en 1970, este indicador se ubicó en 61; en el 2000 fue de 74 y en 2020 es de 75 años<sup>1</sup>, aumentando con ello la posibilidad de desarrollar enfermedades

---

<sup>1</sup> Fuente: INEGI

crónicas degenerativas, las cuales se han convertido en las principales causas de atención en nuestras unidades de salud.

Ahora sabemos que la salud poblacional depende de múltiples factores. Si tomamos en cuenta la triada ecológica nos damos cuenta que, desde el tipo de agente que produce una enfermedad, pasando por las condiciones del huésped, como fortalezas, vulnerabilidades y factores de riesgo, hasta cambios en el medio ambiente en que se desarrolla, dichos factores pueden generar variaciones importantes al desarrollo de enfermedades de una población.

En este sentido, la pandemia de Covid-19 representó una crisis mundial que requirió de una reingeniería tanto en la forma de otorgar los servicios de salud, como en el comportamiento de la población para hacer frente a esta contingencia. Esto supuso una importante carga psicológica, no sólo para la población que permaneció en riesgo constante de contagio y posible muerte, sino también, para el personal que se vio obligado a trabajar a marchas forzadas y en situaciones complejas que menguaron la salud física y mental, cambiando el estilo de vida de la población del estado.

Para hacer frente a las posibles amenazas que se pueden presentar, es necesario recabar la información que ayudará a conocer la situación de salud de las personas que viven en un determinado lugar, para ello, se utiliza el diagnóstico como método científico aplicado al campo de la salud.

El Diagnóstico de Salud es una herramienta de mucha utilidad para diferentes disciplinas, lo cual reafirma la interdisciplinariedad de la salud pública, a partir de identificar las características socio-económicas, culturales y del proceso salud-enfermedad. Esto permitiría reconocer áreas de oportunidad para poder implementar acciones que favorezcan una mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, así como las estrategias pertinentes necesarias para atender los

elementos sustanciales y factibles que mejoren el crecimiento y desarrollo de la población.

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 1978, los gobiernos del mundo suscribieron la Declaración de Alma-Ata, que estableció la prioridad de aumentar el acceso a los servicios y universalizar el derecho a la salud mediante la implementación de la Atención Primaria de Salud (APS). Algunos tildaron este llamado como poco realista, mientras que otros aprovechan el entorno políticamente destacado para apoyar la atención primaria de salud selectiva con planes y programas que limitan las prácticas de salud integral, dejando de lado la visión de los problemas de salud como un elemento de las necesidades básicas individuales, familiares y colectivas.

En nuestro país, las medidas tomadas por los gobiernos pasados se enfocaron en la implementación de modelos de atención que buscaban ampliar la cobertura y asegurar la atención en salud para toda la población, generando resultados positivos en la esperanza de vida y calidad de la misma, sin embargo esta condición ha puesto en la mesa la importancia que toman las enfermedades no transmisibles en la morbilidad de la población nacional, según la Dirección General de Epidemiología, al cierre de 2021, más de un millón 596 mil 600 personas padecían alguna enfermedad no transmisible, de ellas, la Diabetes tipo 2 es la que representa una mayor tasa de incidencia en los estados del norte, con mayor tendencia en personas de entre 60 y 64 años de edad.

No obstante, las enfermedades transmisibles no han cedido por completo el paso, las enfermedades respiratorias e intestinales siguen ocupando el primero y segundo lugar en morbilidad respectivamente, afectando en conjunto a más de 228 mil 191 habitantes durante 2021.

Lo anterior da cuenta de la importancia del enfoque del modelo de atención centrado en la persona y el medio en que se desenvuelve, generando políticas públicas con un sentido humano y basadas en las necesidades sentidas de la población.



## **II. JUSTIFICACIÓN**

Dado que el estado de Durango cuenta con una superficie total de 123 mil 364 km<sup>2</sup> lo que representa 6.3 por ciento de la superficie del país ocupando el cuarto puesto en extensión territorial del país, siendo ocupado por un millón 914 mil 693 habitantes y que debido a la orografía existe una dispersión importante de las localidades, existiendo en la entidad dos municipios clasificados como muy alta marginación, además de existir cuatro mil 822 localidades de menos de 100 habitantes, lo que representa un 81.85 por ciento del total (cinco mil 891) de localidades de la entidad y con una población Indígena que asciende a los 47 mil 242 habitantes según INEGI siendo algunas de las comunidades consideradas dentro de las más desprotegidas, con marcada escasez de recursos de infraestructura, servicios públicos municipales, cobertura en servicios de salud, vías y medios de comunicación, así como un alto grado de necesidades.

La existencia de un elemento real actualizado es importante para permitir la planificación de las acciones necesarias para abordar colectivamente los problemas existentes y mitigar los factores de riesgo en la sociedad ahora y en el futuro como resultado de la dinámica poblacional, mejorando así la calidad de vida.

El presente Diagnóstico de Salud permitirá, entre otras cosas, comprender el perfil de riesgo y daño a la salud en la población, correlacionar perfiles demográficos y epidemiológicos, evaluar el impacto de las acciones realizadas por diversas dependencias del sector público, los recursos disponibles y su optimización, proporcionando datos que sirvan de referencia para el análisis y toma de decisiones, así como aportar recomendaciones y acciones para lograr resultados óptimos de atención médica mediante la planificación de actividades diarias con el objetivo de brindar una atención médica integral. Teniendo en cuenta la comunidad, los aspectos demográficos y de estilo de vida relacionados



# SSD

SECRETARÍA DE SALUD  
DE DURANGO

con la población como base de su existencia y las características físicas, los recursos humanos y los recursos materiales necesarios para tal fin. Al mismo tiempo, se podrán identificar las necesidades de capacitación, rehabilitación y desarrollo del personal de salud y de la población, con el fin de mejorar las capacidades técnicas de los trabajadores de la salud y fortalecer la organización de los servicios de salud combinando conocimientos y prácticas para una respuesta e integración efectivas.



### **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 antivariolosa 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 primero 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 agosto de 1953, por Decreto Presidencial, se crea el Programa de Bienestar Social Rural que permite la construcción de varios centros de salud en el Estado.

El primero de marzo de 1963 se integran a los Servicios Coordinados, tanto los establecimientos del Programa de Bienestar Social Rural, como los Servicios Médicos Rurales Cooperativos de la Comarca Lagunera.

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 de Control Sanitario; de la Sub-jefatura Administrativa dependían los Departamentos de Recursos Humanos, Recursos Materiales, Logística y Recursos Financieros; las cuatro Jurisdicciones Sanitarias tenían relación directa con la Jefatura.

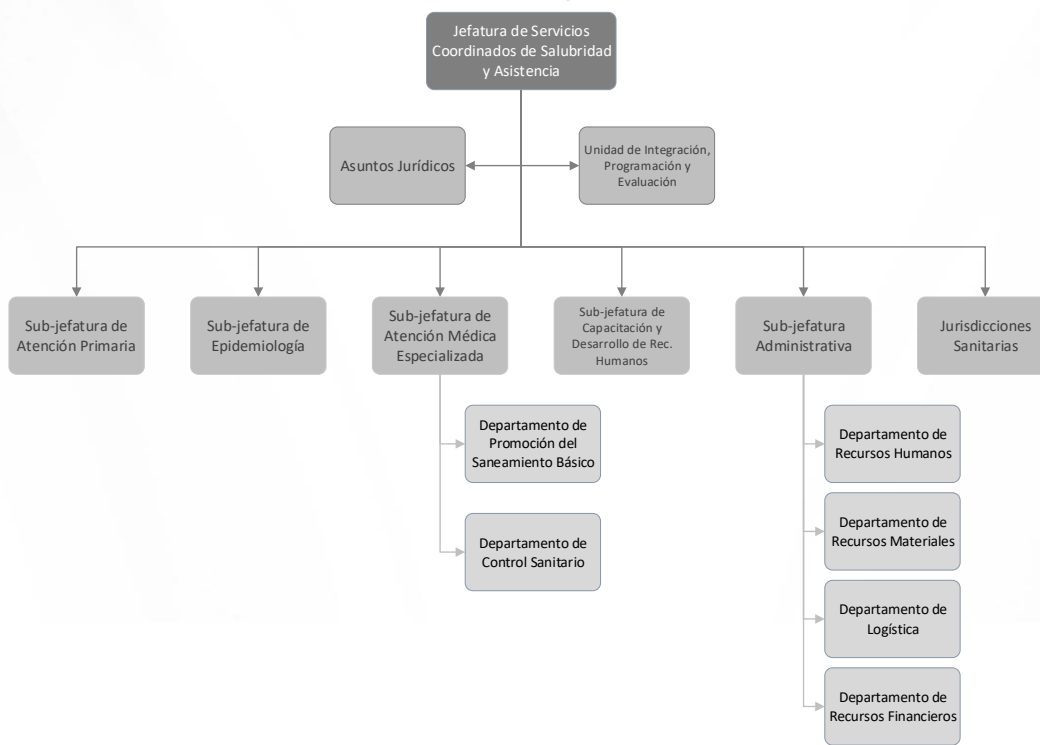


Imagen 1. Estructura Orgánica de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia, 1983<sup>2</sup>

El 30 de agosto del mismo año, por Decreto Presidencial se fijan las bases para la Descentralización de los Servicios de Salubridad y Asistencia.

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 primero 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

<sup>2</sup> Simplificada.

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 12 de diciembre de 1984, se inauguró el nuevo edificio del Hospital General de Durango funcionando con una capacidad de 120 camas, iniciando las labores en el mes de febrero de 1985.

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.

El día 23 de agosto de 1990 se pone en funcionamiento el Hospital Regional de Santiago Papasquiaro; asimismo, se pone en marcha el Centro de Hemoterapia en la ciudad de Durango.

Durante 1991 se inaugura el Centro de Salud “Dr. Carlos Santamaría” en su nuevo edificio. En diciembre de este año se inaugura el Hospital de Santa María del Oro con una capacidad de 30 camas censables.

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.

El año de 1998 se concluyó con 145 Centros de Salud; para 1999 se amplió a 159 unidades de primer nivel y para el año 2000 la infraestructura aumentó a 175; esto es, 30 Centros de Salud más en comparación a 1998.

En el segundo nivel de atención, durante 1999 inician actividades dos hospitales más, uno en el municipio de Cuencamé y otro en localidad de La Guajolota, en el municipio del Mezquital, aumentando así a siete hospitales con un total de 370 camas censables.

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 mil 971 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 indígenas, 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, Durango se incorpora 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): dos 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 ocho 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 Colonia 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.

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 que permitan evaluar los resultados y 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).

El 11 de marzo de 2020, se confirma el primer caso en el estado de Sars-Cov-2 y se instalan los filtros sanitarios.

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 de 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.

En el mes de abril de 2020, se conformó el Centro Estatal de Contingencia Covid-19 (CEC).

En enero de 2021 inicia la vacunación con personal de salud de primera línea y en febrero del mismo año las personas de la tercera edad.

El gobierno estatal gestionó la contratación de 644 profesionales de la salud, para la detección, atención y seguimiento de pacientes con sospecha o diagnóstico por COVID-19.

En el mes de noviembre de 2022 se presentó un brote de meningitis fúngica cuyo origen se enfocó en cuatro hospitales privados, lo cual obligó a buscar estrategias para la atención de las pacientes con esta afección implementando la apertura de un área exclusiva en el Hospital General 450 y generando 187 nuevos contratos para la atención de este padecimiento: 80 enfermeras generales, 16 enfermeras especialistas, ocho camilleros, 12 inhaloterapeutas, seis médicos generales, 64 médicos especialistas y un nutriólogo.

## **IV. CONDICIONANTES DE LA SALUD**

### **a) Demografía**

Durango tiene un millón 914 mil 693 habitantes para el año 2023 de acuerdo al Consejo Nacional de Población, y ocupa la posición número 24 de entre las 32 entidades federativas. Cuenta con una densidad demográfica de 15.52 habitantes/km<sup>2</sup>, donde el 65.9 por ciento de la población se concentra en sólo tres de los 39 municipios: Durango, Gómez Palacio y Lerdo. El resto, vive en localidades dispersas y pequeñas, ya que existen 5 mil 891 comunidades en total en el Estado y el 81.85 por ciento es decir 4 mil 822, tienen menos de 100 habitantes. Su extensión territorial representa el 6.3 por ciento del Territorio Nacional.

En México de acuerdo al censo nacional de población 2020, siete millones 364 mil 645 personas de tres años y más de edad hablan alguna lengua indígena, lo que representa el 6 por ciento de la población total. Las más habladas son: náhuatl, maya y tseltal, en nuestra entidad, hay 47 mil 242 personas mayores de tres años de edad que hablan alguna lengua indígena, lo que representa el 2.46 por ciento de la población total; de estos, el 84.16 por ciento 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). Por otro lado, existen 17 mil 311 personas que se reconocen como afrodescendientes, representando el 0.91 por ciento de la población.

El 72 por ciento de la población vive en zonas urbanas – por debajo del 79 por ciento de la media nacional, sin embargo, los desafíos de la migración del campo a la ciudad, por razones como la mayor demanda de servicios públicos y de salud, la convierten en uno de los temas más importantes para el gobierno de Durango.

Tabla 1  
Densidad de población por región 2023

Región	Población Total	Superficie en km <sup>2</sup>	Habitantes por km <sup>2</sup>
Sur	115,253	20,801	5.54
Laguna	709,964	34,301	20.70
Noroeste	152,315	29,840.1	5.1
Norte	36,733	16,675.9	2.20
Centro	900,428	21,746	41.4
<b>Total del Estado</b>	<b>1,914,693</b>	<b>123,364</b>	<b>15.52</b>

Fuente: Consejo Nacional de Proyecciones CONAPO 2023

### b) Dinámica Poblacional

Desde 1985, diversos eventos han afectado la dinámica poblacional de diferentes formas. De 1910 a 1921, el país vivió una lucha armada que pasó factura, reduciendo la tasa de crecimiento demográfico promedio anual a -3,2 por ciento, sin embargo, la alta tasa de natalidad entre 1921 y 1930 resultó en un aumento de la población del 2,2 por ciento, además, la disminución de la tasa de mortalidad entre 1940 y 1950 contribuyó a una tasa de crecimiento récord del 2,6 por ciento.

En los siguientes años, las políticas de control natal y la migración que definen a la entidad produjeron el menor ritmo de crecimiento alcanzado (0.7 por ciento) 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 por ciento para el 2020.

Del total de habitantes en Durango en 2023, se contabilizan 943 mil 577 hombres y 971 mil 116 mujeres, lo que significa que hay 97.16 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 el 65.9 por ciento de la población total. Les siguen en orden, en cuanto al número de habitantes, los municipios de Pueblo Nuevo, Santiago Papasquiari, El Mezquital, Guadalupe Victoria y Cuencamé, los cuales albergan en conjunto 11.71 por ciento. 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 el 1.12 por ciento del total estatal.

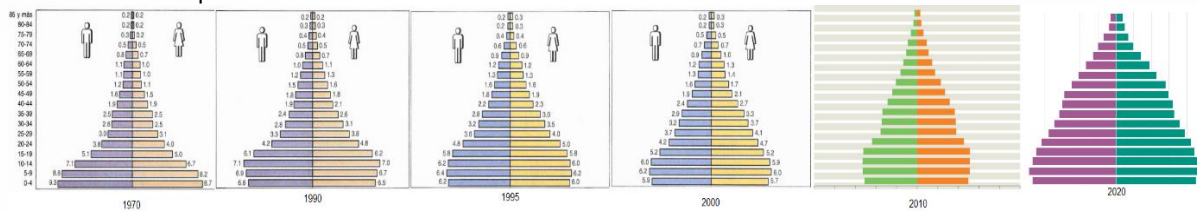
Durango, en concordancia con el resto del país es cada vez más urbano, esta tendencia ha aumentado de forma importante en los últimos 30 años, en 1990, 57.4 por ciento de la población residía en localidades de 2 mil 500 o más habitantes y en el 2020 este porcentaje era de 72 por ciento. Al mismo tiempo que se intensifica este proceso de urbanización, se aprecia la dispersión de la población en un gran número de localidades menores de 2 mil 500 habitantes. De la población estatal, 28 por ciento reside en pequeñas localidades distribuidas en el territorio Duranguense. Asociado a este cambio urbano/rural, la población está experimentando profundas transformaciones que afectan su crecimiento y su estructura por edades.

La menor mortalidad en la infancia, los nuevos patrones de causa de muerte, la mayor esperanza de vida al nacer, el aumento del uso de métodos anticonceptivos modernos y la creciente relevancia de las migraciones, entre otros factores son los responsables de estas transformaciones, sin embargo, estos cambios no han ocurrido en forma homogénea, y son debidos a las particularidades de las diferentes regiones del Estado, así como los distintos grupos socioeconómicos y étnicos.

La tendencia constante es hacia un crecimiento más lento con un consecuente envejecimiento de la población por lo que la oferta de servicios debe responder a los cambios demográficos de manera oportuna, en particular mediante la

redistribución de recursos para hacer frente a la pirámide de la nueva era, teniendo en cuenta las diferencias socioeconómicas y la falta de seguridad social.

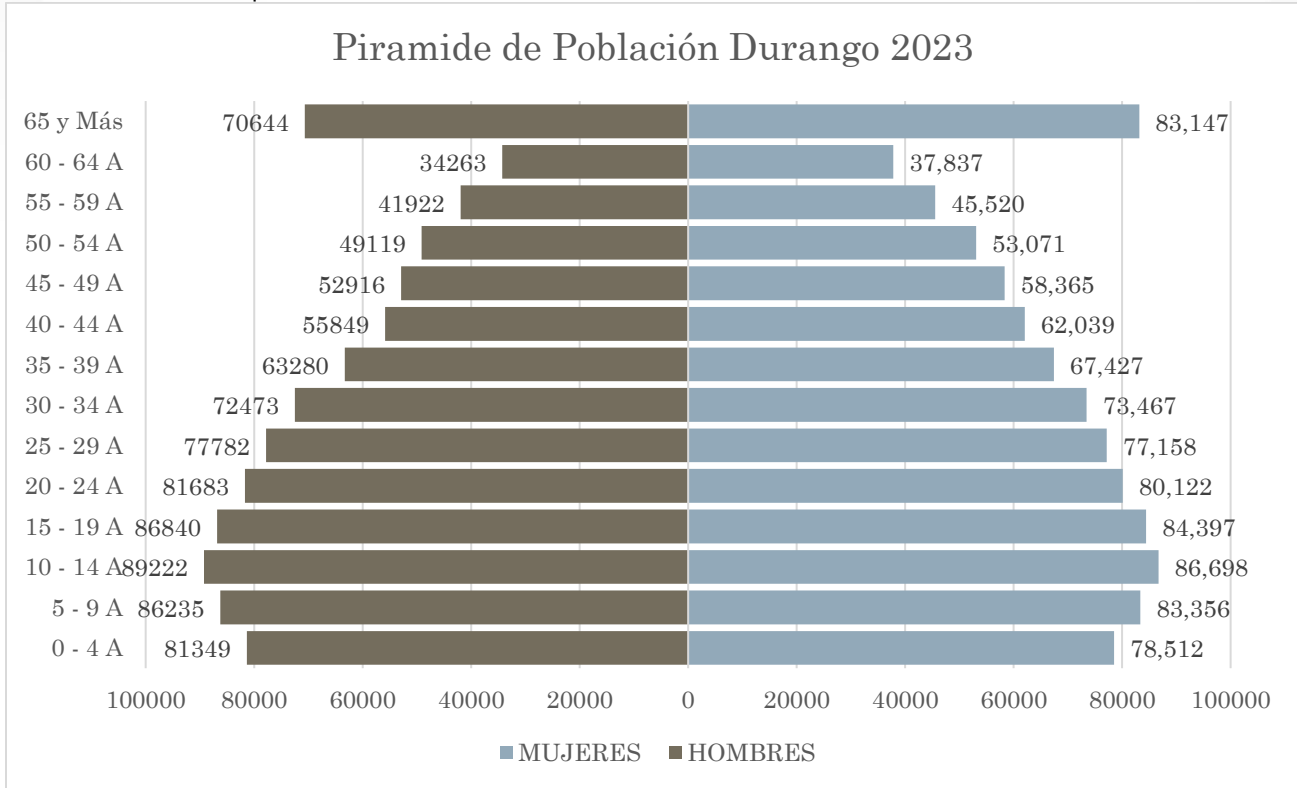
Gráfica 1.  
Pirámide de población 1970-2020



La pirámide de población del año 2023 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. La población menor de 15 años representa 26.4 por ciento de la población total, mientras que la que se encuentra en edad laboral, es decir, de 15 a 64 años, constituye 65.57 por ciento y la población en edad avanzada aumentó hasta un 8.03 por ciento



Gráfica 2  
Pirámide de población 2023



Fuente: Consejo Nacional de Proyecciones CONAPO

### c) Geografía

La superficie de Durango es de 123 mil 364 Km<sup>2</sup>, lo que representa el 6.3 por ciento de la superficie total del país, ubicándolo en el cuarto 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 interacción entre las características fisiográficas y climáticas, aunada a la ubicación de la entidad en el límite biogeográfico Holártico y Neotropical, y a una larga historia de migración de flora y fauna, han determinado la presencia de diferentes ecosistemas dentro de cada ecorregión. Esto permite que casi todos los tipos de vegetación de México estén representados en la entidad: matorrales xerófilos y vegetación halófila en la región Árida y Semiárida, pastizales y

mezquitales en la región de los Valles, bosques templados de pino-encino, pequeños enclaves de bosque mesófilo en la región de la Sierra, y bosques tropicales caducifolios y subcaducifolios en las Quebradas al oeste de la entidad. 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 tres mil 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 por ciento de la superficie del estado.

En norte, en el desierto de Mapimí, el clima es seco y semiseco 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.

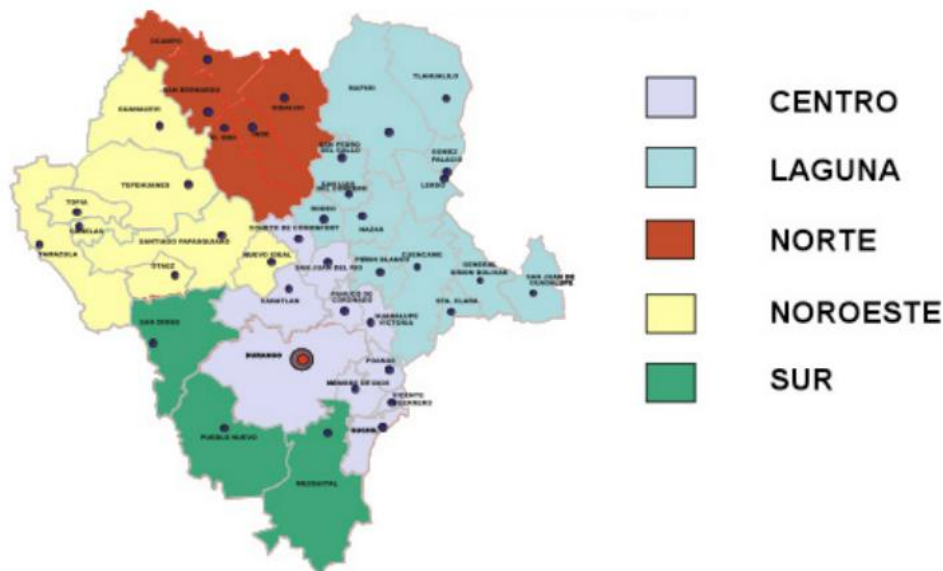
Entre la fauna más representativa de los extensos bosques se encuentran el venado cola blanca, lobo, oso y lechuza; en el desierto encontramos tortugas de Mapimí, víboras y alacranes; y los valles son hogar de coyotes, zorras y cuervos.

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.

Tabla 2  
Municipios por región

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

Imagen 2  
Regiones del Estado de Durango



Fuente: Gobierno del Estado de Durango

Tabla 3.  
Población por Institución

	<b>Población</b>	<b>2023</b>
Total		1,914,693
Población Con Seguridad Social		975,281
Población Sin Seguridad Social		939,412
Población afiliada al IMSS		773,971
Población de responsabilidad IMSS Bienestar		201,673
Población afiliada al ISSSTE		201,310
Población de responsabilidad SSD		737,739

*INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2020.*

*Población del ISSSTE Dato de afiliación con corte diciembre 2020.*

Tabla 4  
Población total de Estado de Durango

GRUPO DE EDAD	POBLACIÓN TOTAL		POBLACIÓN HOMBRES		POBLACIÓN MUJERES	
	PERSONAS	%	PERSONAS	%	PERSONAS	%
0 - 4 A	159,861	8.3492	81,349	8.6213	78,512	8.0847
5 - 9 A	169,591	8.8573	86,235	9.1392	83,356	8.5835
10 - 14 A	175,920	9.1879	89,222	9.4557	86,698	8.9277
15 - 19 A	171,237	8.9433	86,840	9.2033	84,397	8.6907
20 - 24 A	161,805	8.4507	81,683	8.6567	80,122	8.2505
25 - 29 A	154,940	8.0922	77,782	8.2433	77,158	7.9453
30 - 34 A	145,940	7.6221	72,473	7.6807	73,467	7.5652
35 - 39 A	130,707	6.8265	63,280	6.7064	67,427	6.9432
40 - 44 A	117,888	6.1570	55,849	5.9189	62,039	6.3884
45 - 49 A	111,281	5.8120	52,916	5.6080	58,365	6.0101
50 - 54 A	102,190	5.3371	49,119	5.2056	53,071	5.4649
55 - 59 A	87,442	4.5669	41,922	4.4429	45,520	4.6874
60 - 64 A	72,100	3.7656	34,263	3.6312	37,837	3.8962
65 y Más	153,791	8.0321	70,644	7.4868	83,147	8.5620
<b>TOTAL</b>	<b>1,914,693</b>	<b>100</b>	<b>943,577</b>	<b>100</b>	<b>971,116</b>	<b>100</b>

Fuente: Proyección de la población CONAPO 2023.

Actualmente la división política del estado está conformada por 39 municipios entre los más importantes destacan: Durango (capital), Gómez Palacio, Lerdo, Santiago Papasquiario, 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:

Jurisdicción Sanitaria N° 1 – Durango.

Jurisdicción Sanitaria N° 2 – Gómez Palacio.

Jurisdicción Sanitaria N° 3 – Santiago Papasquiario.

Jurisdicción Sanitaria N° 4 – Rodeo.

Imagen 3

Jurisdicciones Sanitarias del Estado de Durango

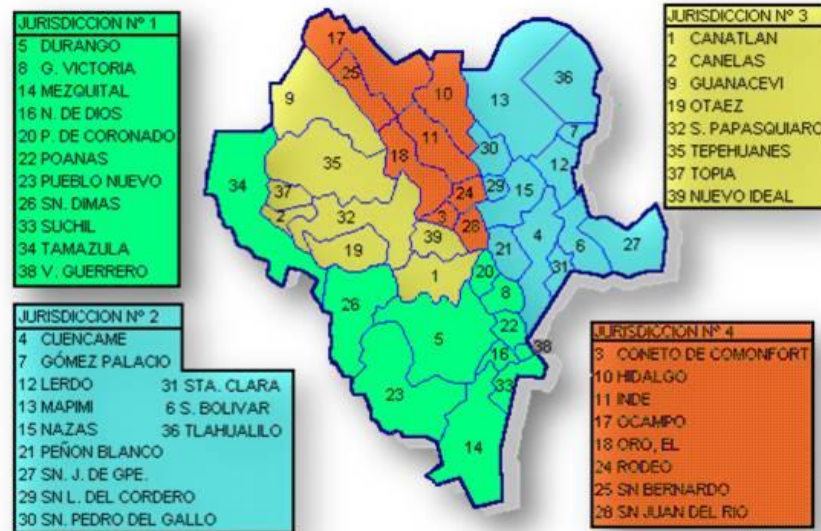


Tabla 5  
Población de la Jurisdicción Sanitaria N° 1 – Durango

Clave	Municipio	Población
005	Durango	714,847
008	Guadalupe Victoria	38,670
014	El Mezquital	41,464
016	Nombre de Dios	21,476
020	Pánuco de Coronado	13,198
022	Poanas	27,566
023	Pueblo Nuevo	53,520
026	San Dimas	20,269
033	Súchil	6,825
034	Tamazula	27,344
038	Vicente Guerrero	23,718
<b>Total</b>		<b>988,897</b>

Fuente: Censo de Población y Vivienda INEGI 2020

La Jurisdicción Sanitaria N° 1 – Durango es la más extensa: cuenta con una superficie territorial de 42 mil 381.8 Km<sup>2</sup>, está situada en la región centro-sur y este de la entidad, cuenta con once municipios. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, en el 2023 esta jurisdicción cuenta con 988 mil 897 habitantes, lo cual se traduce en una densidad poblacional de 23.33 habitantes por km<sup>2</sup>.

Tabla 6  
Población de la Jurisdicción Sanitaria N° 2 – Gómez Palacio

Clave	Municipio	Población
<b>004</b>	Cuencamé	38,381
<b>006</b>	General Simón Bolívar	11,047
<b>007</b>	Gómez Palacio	377,882
<b>012</b>	Lerdo	169,044
<b>013</b>	Mapimí	29,061

<b>015</b>	Nazas	14,262
<b>021</b>	Peñón Blanco	11,811
<b>027</b>	San Juan de Guadalupe	6,012
<b>029</b>	San Luis del Cordero	2,314
<b>030</b>	San Pedro del Gallo	1,681
<b>031</b>	Santa Clara	7,692
<b>036</b>	Tlahualilo	25,886
<b>Total</b>		<b>695,073</b>

Fuente: Censo de Población y Vivienda INEGI 2020

La Jurisdicción Sanitaria N° 2 – Gómez Palacio, segunda en extensión territorial con 32,868.1 km<sup>2</sup> está ubicada en el noreste de la entidad, conformada por doce municipios, cuenta con una población de 695,073 habitantes para una densidad poblacional de 21.14 habitantes por km<sup>2</sup>.

Tabla 7  
Población de la Jurisdicción Sanitaria N° 3 – Santiago Papasquiaro

<b>Clave</b>	<b>Municipio</b>	<b>Población</b>
<b>1</b>	Canatlán	35,671
<b>2</b>	Canelas	4,916
<b>9</b>	Guanaceví	10,669
<b>19</b>	Otáez	5,566
<b>32</b>	Santiago Papasquiaro	52,354
<b>35</b>	Tepehuanes	11,733
<b>37</b>	Topia	10,128
<b>39</b>	Nuevo Ideal	29,605
<b>Total</b>		<b>160,642</b>

Fuente: Censo de Población y Vivienda INEGI 2020

La Jurisdicción Sanitaria N° 3 – Santiago Papasquiaro, la integran ocho municipios: Canatlán, Canelas, Guanaceví, Otáez, Santiago Papasquiaro, Tepehuanes, Topia y Nuevo Ideal, ubicándose en el centro y noroeste del estado

y concentrando una población de 160 mil 642 habitantes en una extensión territorial de 27 mil 531.4 km<sup>2</sup>, resultando una densidad poblacional de 5.83 habitantes por km<sup>2</sup>.

Tabla 8  
Población de la Jurisdicción Sanitaria N° 4 – Rodeo

Clave	Municipio	Población
3	Coneto de Comonfort	4,736
10	Hidalgo	4,239
11	Indé	5,593
17	Ocampo	10,673
18	El Oro	12,681
24	Rodeo	14,891
25	San Bernardo	3,547
28	San Juan del Río	13,721
<b>Total</b>		<b>70,081</b>

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 mil 582.7 km<sup>2</sup>, ubicada en el norte del estado, está conformada por ocho municipios sumando una población de 70 mil 081 habitantes, y una densidad poblacional de 3.4 habitantes por km<sup>2</sup>.

#### d) Vivienda

El principio de vivienda saludable fue enunciado en 1987 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y lanzado como iniciativa en la Primera Cumbre para las Américas en 1994 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la vivienda es el entorno físico donde se desarrolla la vida cotidiana y social más íntima. Por lo tanto, es una zona de privacidad y al mismo tiempo un espacio territorial mínimo para la estancia social inmediata. Estudiar las características de



las viviendas permite comprender las condiciones en que se desarrollan las poblaciones que habitan en ellas y la manera en las que éstas condicionan la salud de los individuos.

La información de la vivienda es un factor importante para determinar los niveles de hacinamiento y bienestar de la población, como son la disponibilidad de servicios (agua, drenaje y energía eléctrica); materiales empleados en pisos, paredes y techos; número de cuartos y personas que moran en ellos, así como su relación.

En el estado según el Censo de Población y Vivienda 2020, existen 493 mil 698 viviendas particulares habitadas, representando el 1.4 por ciento del total nacional; esta entidad ocupa el lugar 25 a nivel nacional por su número de viviendas particulares habitadas. En Durango, 42.8 por ciento de las viviendas particulares habitadas cuentan con dos dormitorios; la mayoría de las viviendas cuentan con una infraestructura formal: 75.2 por ciento cuentan con paredes de ladrillo o block, el 50.5 por ciento de las viviendas cuentan con piso de cemento o firme, y el 74.6 por ciento de los techos son de concreto, de las viviendas particulares habitadas que cuentan con energía eléctrica el 45.5 por ciento tienen de seis a 10 focos. Destaca que existen un promedio de 3.7 personas por vivienda y un promedio de 0.7 ocupantes por cuarto con 4.27 cuartos por vivienda en promedio, lo que indica una adecuada distribución y bajo hacinamiento.

En 2020, el 98 por ciento de las viviendas cuentan con energía eléctrica, así mismo, el 79.9 por ciento de las viviendas disponen de agua entubada dentro de la vivienda, y el 97.8 por ciento cuentan con el vital líquido dentro de su propiedad, con este servicio se reduce la posibilidad de condiciones de higiene insalubres y con ello se abaten las enfermedades derivadas de la falta de este servicio, representadas principalmente por las enfermedades diarreicas.

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 por ciento contaba con drenaje y en el 2015 el 92.4 por ciento de las viviendas particulares dispone de este servicio y para 2020 el 94.7 por ciento disponen de drenaje conectado a la red pública, lo que indica que existe una adecuada eliminación de los desechos del hogar. 25 municipios presentan una proporción de viviendas que disponen de drenaje en un 90 por ciento superior. Por otro lado, solo un municipio presenta este servicio en una proporción menor al 70 por ciento que corresponde a El Mezquital donde sólo el 27.5 por ciento de las viviendas cuentan con el servicio.

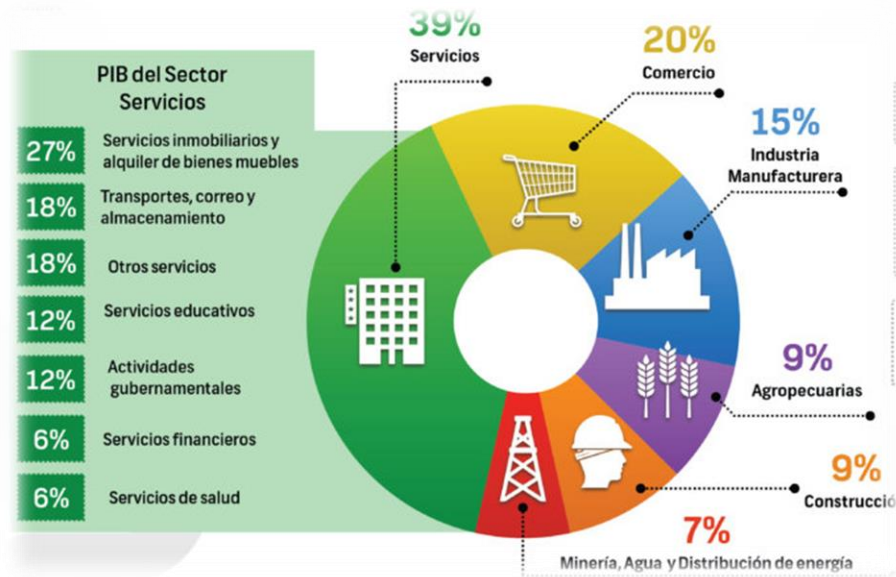
De la misma relevancia, se encuentra la disposición servicios sanitarios, encontrando que el 96.9 por ciento de las viviendas encuestadas cuentan con este servicio, resaltando que 26 municipios cuentan con cobertura de más del 95 por ciento entre ellos, destacan los municipios de Durango y Gómez Palacio con 99 por ciento cada uno, en contraste, seis municipios presentan cobertura de menos del 90 por ciento, del cual destaca el Mezquital con 60.9 por ciento

### **e) Economía**

Durango aporta un promedio de 1.2 por ciento al producto interno bruto de México, y las actividades terciarias generan el 59.1 por ciento el capital en el estado. Aun así, las actividades primarias no son desdeñables al ser Durango el segundo productor de avena y de maíz del país

Entre las principales actividades productivas del estado de Durango, se encuentran los servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes muebles e intangibles, el comercio, la industria manufacturera; la industria alimentaria; la agricultura, la cría de animales; así como el aprovechamiento forestal, la pesca, la caza y la construcción.

Gráfica 3  
Producto Interno Bruto por Sectores

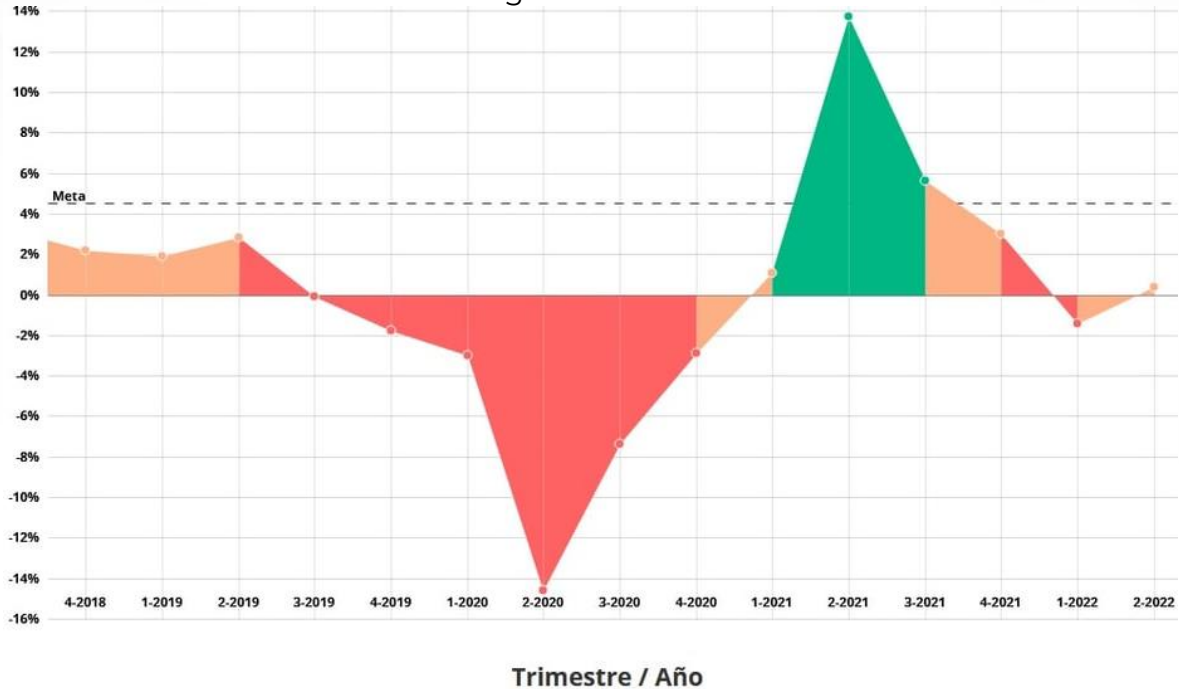


Fuente: Banco de información económica INEGI, a precios corrientes del 2019

Los sectores estratégicos en el estado son: minería, metal-mecánica, agroindustria, productos de madera, confección y producción de autopartes. Mientras que a futuro se espera que sean: servicios de investigación, turístico, energías renovables, tecnologías de la información y logística. Destaca como principal actividad la industria manufacturera, mientras que el subsector con mayor participación es la fabricación de equipo de transporte, seguido de la industria de fabricación de prendas para vestir.

En el rubro de infraestructura productiva, Durango cuenta con cinco parques industriales y/o tecnológicos, así como un aeropuerto internacional y 149 aeródromos y dos helipuertos. El estado es el segundo productor de zinc en el país, el tercero en plata, plomo y fierro y el cuarto en oro.

Gráfica 4.  
Crecimiento económico en Durango



Fuente: Elaborado por México, ¿cómo vamos? con datos del INEGI 2022

Las ventas internacionales de Durango en 2021 fueron de 2 millones 427 mil dólares las cuales crecieron un 16.4 por ciento respecto al año anterior. Los productos con mayor nivel de ventas internacionales en 2021 fueron Oro en Bruto o en Formas Semimanufacturadas o en Polvo (380 millones de dólares), Alambres y Cables Eléctricos (360 millones de dólares) y Plata en Bruto, Semilabrada o en Polvo (359 millones de dólares).

Las compras internacionales de Durango en 2021 fueron de 2 mil 578 millones de dólares, las cuales crecieron un 47.9 por ciento respecto al año anterior. Los productos con mayor nivel de compras internacionales en 2021 fueron Tortas y Demás Residuos Sólidos de la Extracción del Aceite de Soja (Soya), Incluso Molidos o en "Pellets" (479 millones de dólares), Maíz (214 millones de dólares) y Partes y Accesorios de Vehículos Automotores (109 millones de dólares).

En el segundo trimestre de 2022, la población económicamente activa de Durango fue de 836 mil personas. La fuerza laboral ocupada alcanzó las 808 mil personas (39 por ciento mujeres y 61 por ciento hombres) con un salario promedio mensual de 6 mil 490 pesos. Las ocupaciones que concentran mayor número de trabajadores fueron Empleados de Ventas, Despachadores y Dependientes en Comercios (42 mil 100), Comerciantes en Establecimientos (39 mil 700) y Trabajadores de Apoyo en Actividades Agrícolas (29 mil). Se registraron 27 mil 300 desempleados (tasa de desempleo de 3.27 por ciento).

En Durango, los municipios con mayor nivel de ventas internacionales en 2021 fueron Durango (mil 231 millones de dólares), Gómez Palacio (820 millones de dólares), Canatlán (16.1 millones de dólares), Lerdo (2.63 millones de dólares) y Guadalupe Victoria (2.4 millones de dólares).

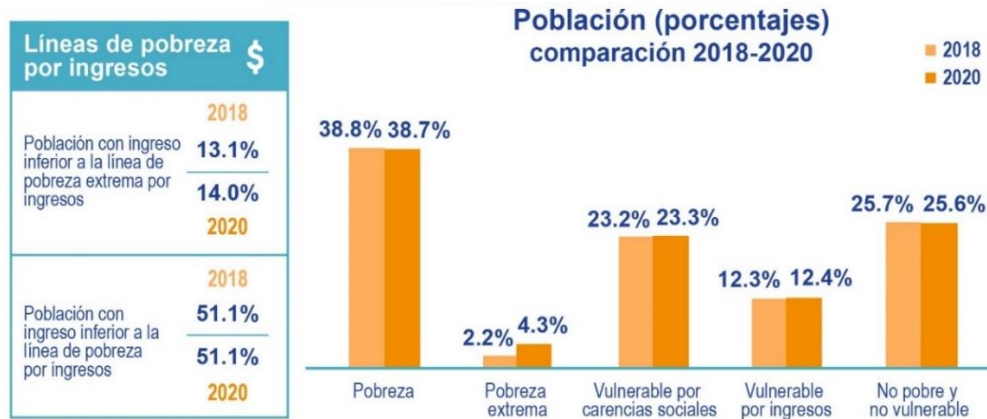
La ganadería es también una de las principales actividades económicas de Durango. Los principales productos en producción pecuaria son: carne de bovino, carne de porcino, leche de bovino y otros, de acuerdo con la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural, los municipios de Tlahualilo, Durango y Tamazula concentran el 31 por ciento del hato ganadero bovino de engorda del estado, y se mantiene como el tercer principal exportador de ganado bovino al vecino país de Estados Unidos y cuenta con el estatus de acreditado modificado que otorga el Departamento de Agricultura del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Otra de las actividades económicas sobresalientes en Durango es la agricultura. Los principales cultivos en el Estado son frijol, maíz forrajero, avena forrajera, maíz grano, y alfalfa verde. Sin embargo, en los últimos cinco años, se han establecido e incrementado cultivos como la cebada, tomate, pimiento morrón, nogal, espárrago y otros con potencial como chile y cebolla. Los municipios con mayor superficie sembrada son Guadalupe Victoria, Durango, Cuencamé y Nuevo Ideal.

Otra de las razones por las que destaca Durango es porque sus bosques son los principales productores de pino y encino del país. 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 muy alta marginación ya que sus habitantes no cuentan con los más básicos servicios públicos.

En cuanto al estatus socioeconómico, Durango ocupa el lugar 15 con menor pobreza a nivel nacional, de 2010 a 2016, la pobreza de Durango se redujo en un 8 por ciento aun así uno de cada tres duranguenses vive en condiciones de pobreza y el 66 por ciento de los ciudadanos vive con alguna carencia social. Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en 2020 se obtuvo que el 38.7 por ciento de la población está en situación de pobreza, mientras que el 4.3 por ciento tiene pobreza extrema, 23.3 por ciento es vulnerable por carencias sociales y el 12.4 por ciento de la población es vulnerable por ingresos. Algunos de los municipios del estado que presentan mayor pobreza son El Mezquital, San Juan de Guadalupe, San Dimas, Otáez, Tamazula, Topia y Canelas, los cuales presentan un porcentaje del 60 hasta un 92 por ciento de pobreza en sus habitantes.

Gráfica 5.  
Medición de pobreza 2020 (CONEVAL)

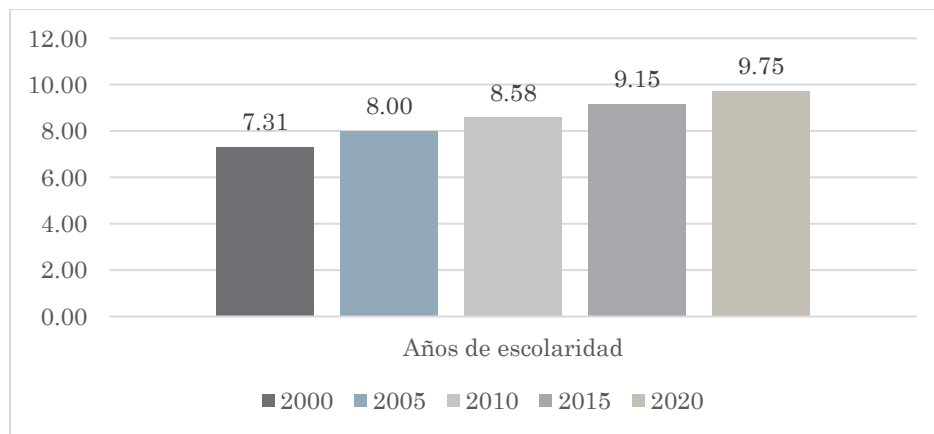


Fuente: Estadísticas de pobreza en Durango CONEVAL

## f) Educación

En el estado de Durango el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más de edad es de 9.7, lo que equivale a casi primer año de bachillerato y coloca a Durango en el número 20 a nivel nacional.

Gráfica 6.  
Grado promedio de escolaridad de la población de 15 y más años (Años de escolaridad)



Fuente: INEGI

El porcentaje de la población duranguense con instrucción media superior es 22.7 por ciento mientras que el porcentaje con instrucción superior es de 19.6 por ciento.

En Durango, tres de cada 100 personas de 15 años y más, no saben leer ni escribir, esto coloca a Durango en el lugar 23 de analfabetismo a nivel nacional. El mayor porcentaje de población analfabeta en Durango se encuentra entre las personas de 75 años y más con 13.6 por ciento. Entre los jóvenes de 15 a 29 años solo un 0.7 por ciento es analfabeta, de 30 a 44 años un 1.8 por ciento y de 45 a 59 son un 3.2 por ciento. Del total de población analfabeta también en la entidad, un 49.2 por ciento son hombres y 50.8 por ciento mujeres.

En Durango el 95 por ciento de las niñas y niños de seis a 14 años de edad asisten a la escuela, lo que lo coloca por encima de la media nacional que es de 94 por ciento, mientras que el 29.6 por ciento de la población duranguense de 15 años y más presenta rezago educativo.

El municipio con mayor porcentaje con analfabetismo es El Mezquital con 22.7 por ciento también presenta el menor grado promedio de escolaridad con 4.24. Otros municipios con bajo grado de escolaridad son Canelas, Guanaceví, Otáez, Tamazula y Tepehuanes, mientras que los municipios con promedio más alto son Durango, Gómez Palacio y Lerdo. Las estadísticas muestran mayor promedio de escolaridad en las ciudades y en donde los servicios de instituciones escolares se encuentran más cercanas, mientras que las más marginadas registran pobres promedios de escolaridad, no obstante, la oferta educativa ha aumentado, en el año 2000 existían 4 mil 976 escuelas de distintos grados distribuidas en la entidad, en 2021 existen 5 mil 835, de las cuales, 93 son de educación inicial, mil 761 son preescolar, dos mil 484 primarias, mil siete secundarias, 350 son de educación media superior y 104 de educación superior.



## V. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

El análisis epidemiológico permite comprender las causas de la morbimortalidad poblacional, los factores de riesgo, la vulnerabilidad poblacional y el comportamiento de la enfermedad en un área determinada, lo cual es fundamental para el desarrollo de cualquier política nacional que busque incidir efectivamente en su población.

El comportamiento epidemiológico de las enfermedades en México ha cambiado a priori desde principios del siglo XX, junto con cambios ambientales, demográficos, sociales, culturales y económicos que han modificado las características del país y afectado el perfil epidemiológico, así como las características de la población que se asocian a enfermedad o muerte.

### **Transición Epidemiológica, evolución de las causas de mortalidad**

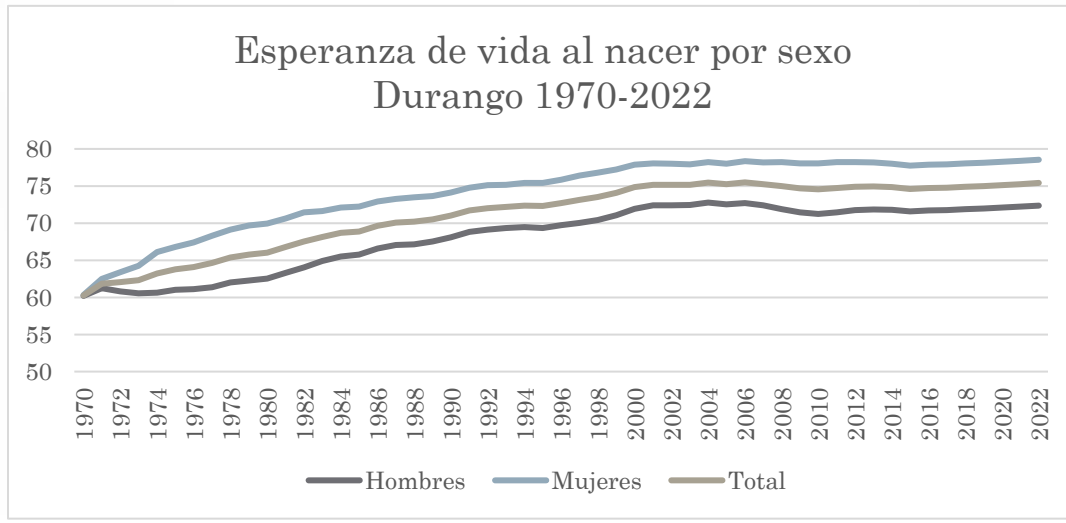
El envejecimiento progresivo de la población que se ha comenzado a traducir en un repunte en la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas. Aunque la mayor parte de las defunciones se debieron a Covid-19 y sus variantes, podemos afirmar que para el año 2021 se presentó un incremento en la mortalidad asociada con enfermedades crónicas no trasmisibles y en menor grado las infecto-contagiosas.

La esperanza de vida al nacer en Durango<sup>3</sup>, en el período de 1970 al 2022 presenta un incremento de 15.14, pasando de 60.26 a 75.4 años.

---

<sup>3</sup> Fuente: Consejo Nacional de Población, CONAPO.

Gráfica 7.  
Esperanza de vida al nacer por sexo



Fuente: CONAPO

Para los hombres, el incremento en ese período de 52 años ha sido de 12.17 años, y para las mujeres, de 18.22, alcanzando, para el año 2022, una esperanza de vida al nacer de 78.54 años.

La esperanza de vida a los 60 años de edad que se interpreta como el número de años que, en promedio, puede esperar vivir una generación de personas de 60 años si las condiciones de mortalidad por edad del año o del período especificado no varían durante el resto de su vida también se ha visto incrementada, pasando de 21.57 años en 2000 a 21.84 en 2019, 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 20.5, para las mujeres se extiende hasta 23.06 años.

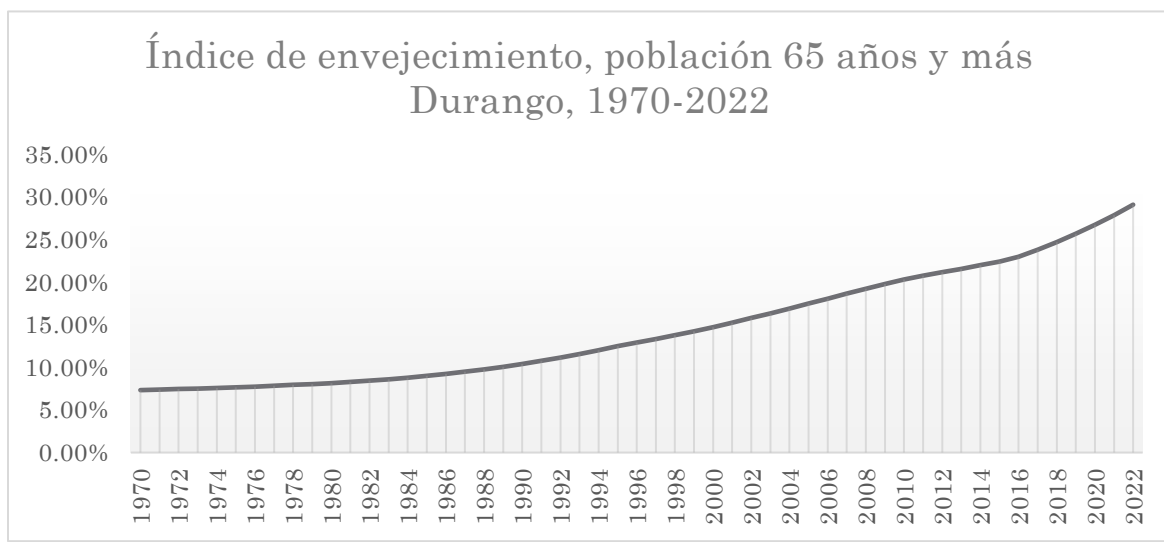
Aunque el envejecimiento se considera un fenómeno multidimensional en las sociedades occidentales, a menudo se define por el tiempo vivido y limitado por la edad. Para los pueblos indígenas, la vejez marca cambios en las etapas del ciclo de vida y no tanto por el proceso del paso de los años; en estas sociedades, 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.

En otras culturas, se entiende a la vejez como una etapa de pérdida de funciones tanto físicas como sociales, que implican un gasto una mayor inversión en salud y seguridad social orientada a las personas de ese estrato etario, sin embargo, es importante tener en cuenta a este sector para planificar acciones y programas encaminados a continuar asegurando su calidad de vida.

Para este propósito, se identifica el índice de envejecimiento, que expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes.

Gráfica 8.  
Índice de envejecimiento población de 65 y más



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 por ciento en 1970, a 29.11 por ciento para 2022. Lo que refleja el importante aumento de la población mayor.

## 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 2022 ocuparon el segundo lugar, no obstante, las infecciones respiratorias agudas continúan siendo el principal motivo de consulta; esta causa es la responsable del 52.5 por ciento del total de las consultas, además, infecciones de vías urinarias, las infecciones intestinales, las úlceras, gastritis y duodenitis, la gingivitis y la obesidad 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. La hipertensión arterial con relación al año anterior subió de la décima causa a la octava, se desplaza a la Otitis media de las primeras 10 causas y aparece nuevamente las Diabetes Mellitus

Tabla 9

10 Principales causas de Morbilidad General 2022

Lugar	Causas	Total de casos	Tasa *
1	Infecciones Respiratorias Agudas	265,874	13,886
2	Covid-19	61,042	3,188
3	Infección de Vías Urinarias	53,749	2,807
4	Infecciones Intestinales por otros organismos	50,547	2,640
5	Úlceras, Gastritis y Duodenitis	18,155	948

<b>6</b>	Gingivitis y Enfermedad Periodontal	16,585	866
<b>7</b>	Obesidad	11,901	622
<b>8</b>	Conjuntivitis	10,438	545
<b>9</b>	Hipertensión Arterial	9,047	473
<b>10</b>	Diabetes Mellitus no Insulinodependiente (Tipo II)	8,914	466

Fuente: Sistema Único de Información para la información para la Vigilancia Epidemiológica SUIVE

\*Tasa por 100,000 habitantes

## 1.2 Mortalidad

### 1.2.1 Mortalidad General

El conocimiento de la mortalidad es muy importante para entender el estado de salud de la población, por lo que es necesario reconocer las principales causas, la distribución espacial, la edad en que ocurren las muertes y otras variables que se relacionan con los factores de riesgo individuales y colectivos. En 2021, las 10 principales causas de defunción representaron el 81.5 por ciento de las 13 mil 878 muertes registradas en el estado. La mayor causa de defunción siguen siendo las enfermedades del corazón que ocupan el 27.25 por ciento de las muertes, seguidas por Covid-19 que aún se encontraba con una importante presencia en la entidad, representando el 15.2 por ciento del total de defunciones registradas, la diabetes mellitus continua siendo una importante causa de muerte al encontrarse en tercer lugar con el 10.78 por ciento.

Tabla 10

10 Principales causas de Mortalidad 2021

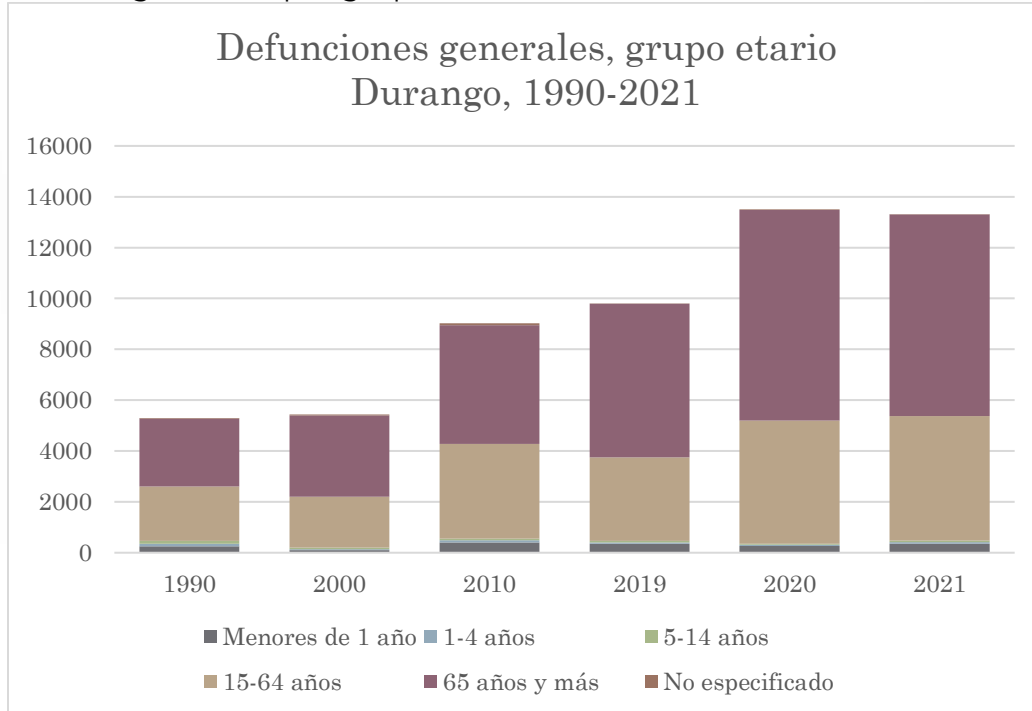
<b>Principales Causas 2021</b>	<b>Defunciones</b>
<b>Enfermedades del corazón</b>	3,782
<b>COVID-19</b>	2,109
<b>Diabetes mellitus</b>	1,496
<b>Tumores malignos</b>	1,208
<b>Accidentes</b>	659
<b>Neumonía e influenza</b>	650
<b>Enfermedades del hígado</b>	430
<b>Enfermedades cerebrovasculares</b>	428
<b>Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas</b>	325
<b>Ciertas afecciones originadas en el período perinatal</b>	224
<b>Las demás</b>	2,567
<b>Total</b>	<b>13,878</b>

Fuente: DGIS

Al analizar las causas de mortalidad podemos observar que el predominio de las enfermedades del corazón obedece a los factores de riesgo tanto ambientales, sociales y económicos, el estilo de vida poco saludable con mala alimentación, sedentarismo y el estrés continuo aumentan las probabilidades de presentar sobrepeso y obesidad, aunado a la presencia de Covid-19 y los diferentes escenarios derivados de la contingencia conducen a la presentación de enfermedades crónicas.

La diabetes mellitus ha sido desplazada del segundo lugar por el Covid-19, sin embargo, se mantiene en los primeros lugares resaltando la importancia de la modificación de los determinantes de salud, los tumores malignos continúan por arriba de las mil defunciones anuales y se ha mantenido estable, lo que refleja que no se ha impactado en la brecha de oportunidad de detección para poder hacer frente a tiempo a este padecimiento.

Gráfica 9.  
Defunciones generales por grupo etario



Fuente: DGIS

En la distribución de la mortalidad por grupo etario, resalta en primer lugar, un aumento casi constante de la mortalidad con el paso de los años, debido también al aumento en la esperanza de vida y en la población general, se puede ver que el número de muertes en los grupos de edad más jóvenes (menores de un año, de uno a 4 años, de cinco a nueve años, 10 a 14 años y 15 a 19 años) es relativamente bajo en comparación con los grupos de edad mayores.

En cuanto a los grupos de edad más jóvenes, se observa que el número de muertes en los menores de un año ha fluctuado a lo largo de los años, con un pico en 2010 con 407 muertes. Mientras tanto, el número de muertes en los grupos de edad uno a cuatro años y cinco a nueve años ha disminuido a lo largo de los años, con un mínimo en 2019 con 51 y 32 muertes respectivamente.

Por otro lado, en los grupos de edad mayores, se observa que el número de muertes ha aumentado significativamente a medida que aumenta la edad, destacando que la cantidad de personas fallecidas en 2021 de 65 y más, representa más cantidad que el total de fallecimientos registrados hace 21 años.

### **1.2.2. Mortalidad Infantil.**

La mortalidad infantil es un problema global que sigue afectando a millones de niños en todo el mundo. Se refiere a la muerte de niños menores de cinco años y es un indicador clave de la salud y el bienestar de un país.

Las causas de la mortalidad infantil son variadas y complejas, pero en general se deben a una combinación de factores socioeconómicos, ambientales y de salud. Entre las principales causas se encuentran las enfermedades infecciosas, como la diarrea y la neumonía, así como la desnutrición y el acceso limitado a servicios de salud de calidad.

A pesar de los avances en la reducción de la mortalidad infantil, aún queda mucho por hacer. Es esencial seguir invirtiendo en programas y políticas que promuevan la salud y el bienestar de los niños, incluyendo la mejora del acceso a servicios de salud, la educación sobre la salud y la prevención de enfermedades, y la lucha contra la pobreza y la desnutrición.

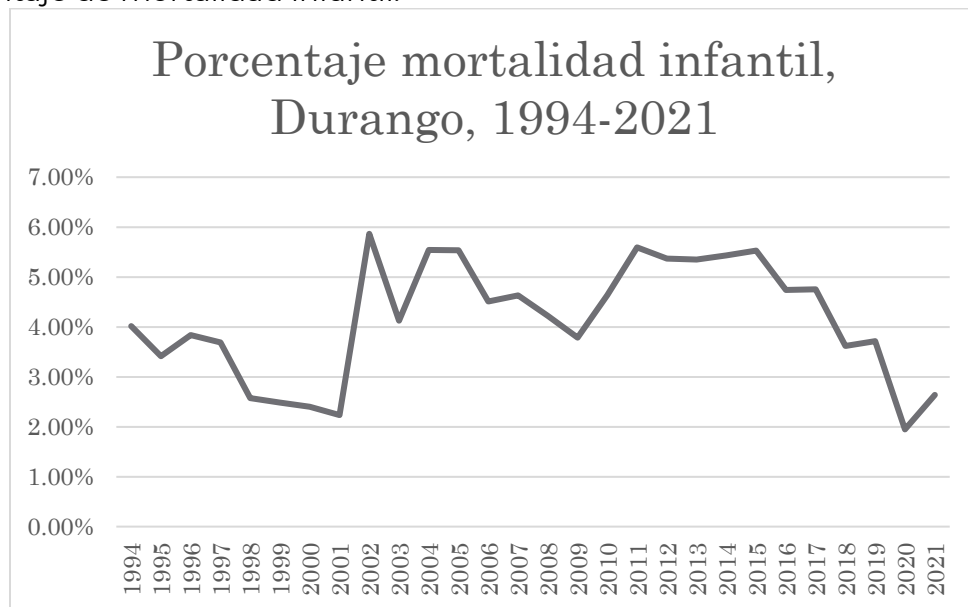
En el caso de la mortalidad infantil, se deben diferenciar dos etapas, la primera en menores de un año en la que las principales causas de mortalidad se relacionan con el periodo perinatal y las malformaciones congénitas, siendo las que representan el mayor número de defunciones en este indicador ya que en forma conjunta ocupan el 86.75 por ciento de los fallecimientos, por lo que es primordial asegurar adecuados controles prenatales y seguimiento oportuno a todo el periodo gestacional.



Por otro lado, se encuentra el grupo de uno a cuatro años de edad, donde se observa que los accidentes son la principal causa de muerte, pero aún existen fallecimientos por problemas congénitos.

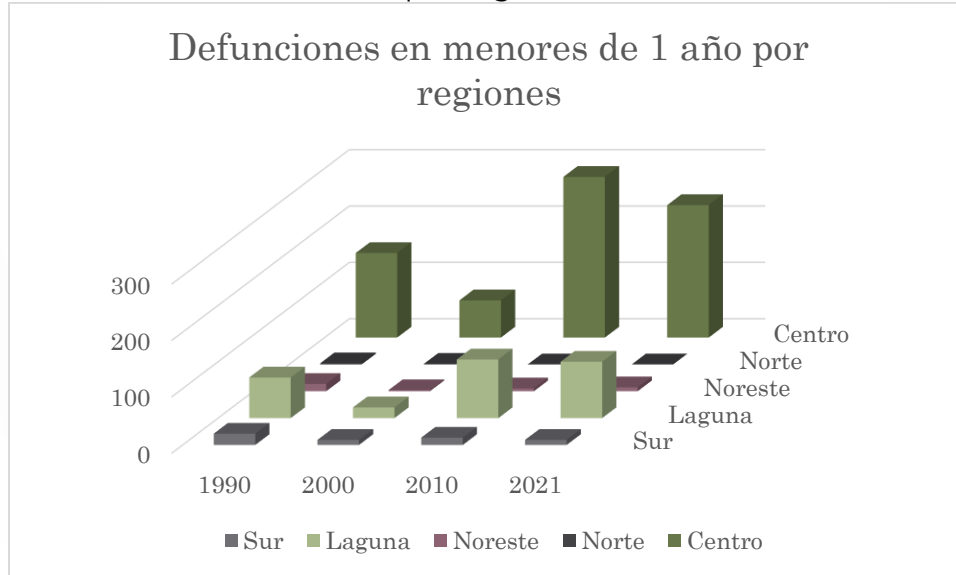
En el análisis de defunciones en niños menores de cinco años en años consecutivos desde 1994 hasta 2021 se puede observar que la tendencia de defunciones ha sido fluctuante a lo largo de los años, con algunos años que presentan un alto número de defunciones (como 2002, 2004, 2010 y 2011), mientras que otros años presentan un número menor de defunciones (como 1998, 1999, 2000 y 2018). En general, no se aprecia una tendencia clara de aumento o disminución en el número de defunciones a lo largo de los años, sin embargo, el promedio de defunciones entre 2001 y 2019 fue de 4.83 por ciento gracias a las estrategias de prevención y promoción los años 2020 y 2021, este porcentaje se ha mantenido por debajo del 3 por ciento.

Gráfica 10.  
Porcentaje de mortalidad infantil.



Fuente: INEGI

Gráfica 11.  
Defunciones en menores de 1 año por regiones.

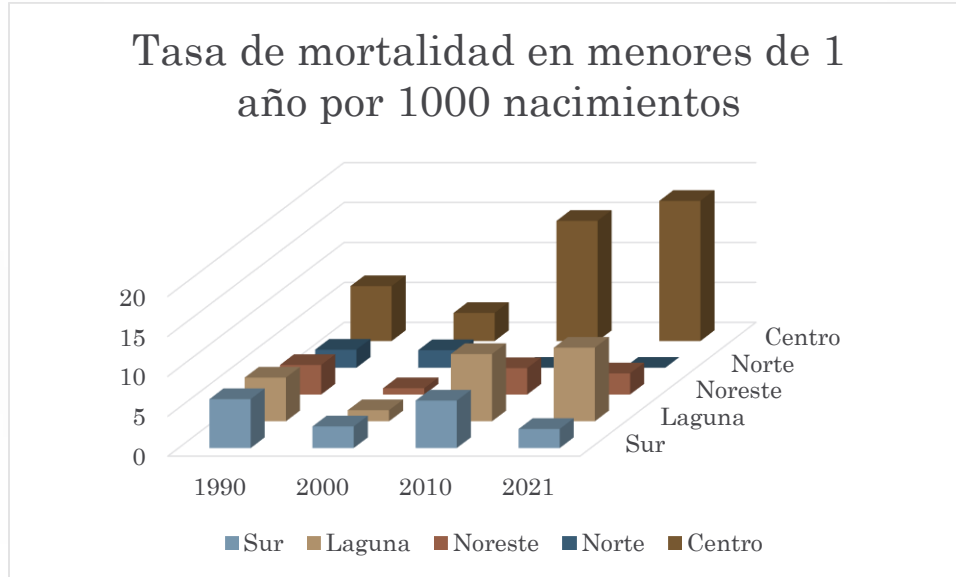


Fuente: INEGI

En cuanto a la mortalidad en menores de un año se observa ha disminuido en algunas regiones, como el Norte y el Noreste, pero ha aumentado en la Laguna y el Centro. La región Sur ha mantenido una tasa estable en comparación con los años 1990 y 2000.

Además, es importante señalar que la región Laguna y el Centro son las que presentan las mayores cantidades de mortalidad de este grupo de edad, con 100 y 235 defunciones respectivamente en 2021. La región Noreste presenta un aumento en comparación con los años 1990 y 2000, pero sigue siendo una de las regiones con menor tasa de mortalidad infantil.

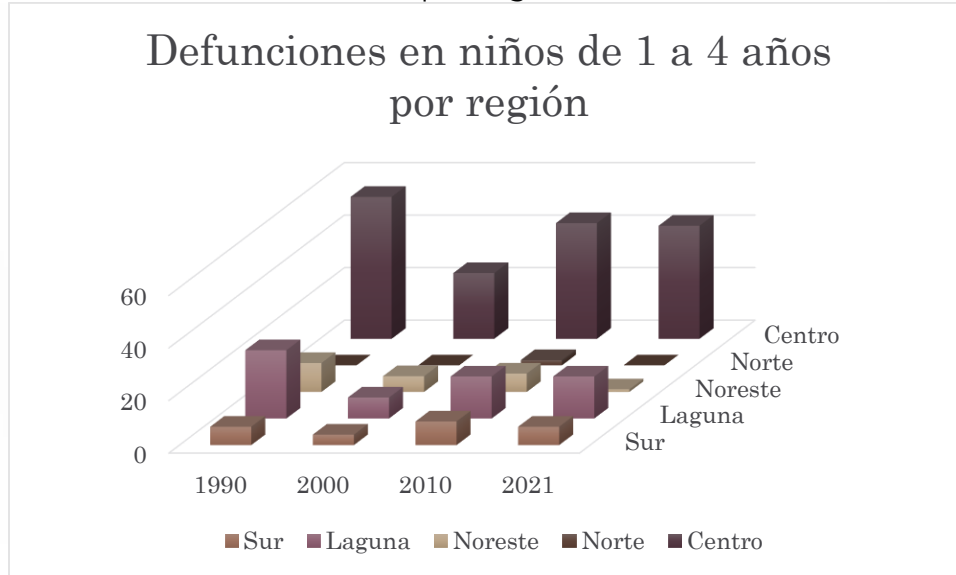
Gráfica 12.  
Tasa de mortalidad en menores de 1 año.



Fuente: INEGI

Al analizar la tasa de mortalidad y regiones resalta el aumento de la mortalidad en las regiones Laguna y Centro con respecto a 2010, a diferencia de los que sucede en estas mismas regiones en el análisis de mortalidad solamente, en la región Sur existe una disminución importante de la mortalidad siendo la más baja desde 1990; destaca en la región norte un descenso a cero en los años revisados.

Gráfica 13.  
Defunciones en niños de 1 a 4 años por región.



Fuente: INEGI

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.

En esta gráfica se puede observar una tendencia general a la reducción en la mortalidad en niños de uno a cuatro años entre 1990 y 2021, aunque hay variaciones en la mortalidad en diferentes regiones, con el Norte y Noreste mostrando las tasas más bajas, mientras que el Centro y la Laguna muestran las tasas más altas además existe un aumento en la mortalidad en La Laguna entre 1990 y 2000, sin embargo, se mantiene estable en los años siguientes. Por el contrario, se puede ver un marcado decremento en la mortalidad en Noreste entre 2000 y 2010, y luego una disminución aún mayor entre 2010 y 2021; en cuanto a la región Sur, se mantiene estable a lo largo de los años.

A pesar de los avances en la reducción de la mortalidad infantil, aún queda mucho por hacer, es importante seguir trabajando en colaboración a nivel

interinstitucional e intersectorial para abordar las causas subyacentes de la mortalidad infantil y seguir invirtiendo en programas y políticas que promuevan la salud y el bienestar de este sector.

### **1.2.3. Mortalidad materna**

La mortalidad materna es un indicador clave de la salud de las mujeres y el acceso a la atención médica de calidad. Desafortunadamente, México enfrenta un alto nivel de mortalidad materna, que se traduce en una fuente de preocupación y requiere una atención inmediata para proteger la vida y la salud de las mujeres en el país; las causas de éste indicador son complejas y están influenciadas por una combinación de factores, incluyendo la falta de acceso a servicios de salud de calidad, la falta de educación sobre salud reproductiva, la pobreza y la discriminación de género. Además, la falta de políticas eficaces y programas de apoyo a las mujeres embarazadas y a las madres también contribuye a la alta tasa de mortalidad.

En nuestra entidad es imperativo tomar medidas para reducir la mortalidad materna, esto incluye el fortalecimiento de los servicios de atención médica para mujeres embarazadas, así como la promoción de la educación sobre salud reproductiva y la igualdad de género. También es importante garantizar la disponibilidad de servicios de atención médica asequibles y de calidad en áreas remotas y de bajos ingresos.

Además, es crucial involucrar a las comunidades en la lucha contra la mortalidad materna, a través de la sensibilización y la participación activa en la toma de decisiones que afectan su salud y bienestar.

La mortalidad materna en nuestro estado ha tenido importantes variaciones a lo largo de los últimos 20 años.

Gráfica 14.

Muertes Maternas



Fuentes: Cubos Dinámicos DGIS 2002-2013; Subdirección de Salud de la Mujer, SSD 2014-2021

Como se observa, hay una gran variación en el número de muertes de los últimos 21 años, con un promedio de 14.5 muertes por año es vital reforzar las acciones enfocadas en prevenir la muerte materna, durante el año 2014 se presentó la mayor cantidad de muertes en ese periodo con 25 defunciones, por el contrario en el año 2020 se presentaron nueve.

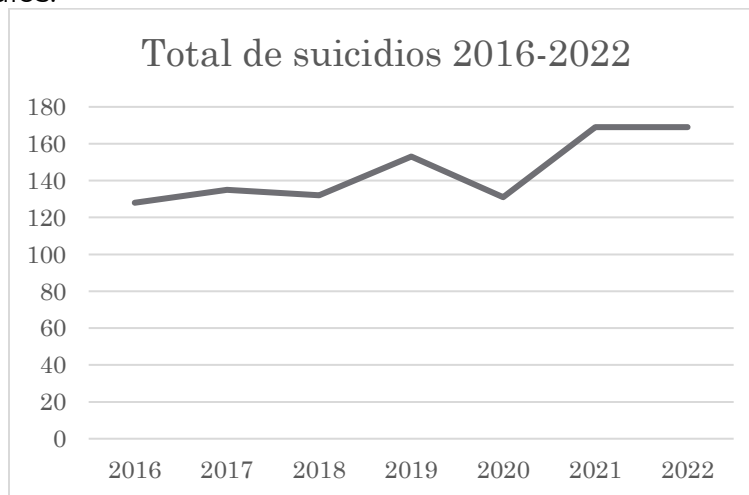
En general, la mortalidad materna disminuye a lo largo del período, con una tendencia a la baja desde 2014 hasta 2020, sin embargo, es preocupante y requiere un análisis profundo la elevación de los últimos dos años, si bien es cierto que se están realizando acciones en campo, es necesario intensificar las estrategias que permitan no solo reducir esta mortalidad, sino mantenerla baja, haciendo énfasis en la atención prenatal, resolución en unidades bien equipadas y personal con conocimiento en atención obstétrica así como la detección y referencia oportuna de embarazos de alto riesgo.

### 1.2.4. Suicidio

El suicidio es un tema delicado y complejo que afecta a personas de todas las edades, razas y culturas en todo el mundo. Hay muchos factores que pueden contribuir a una persona a tomar la decisión de quitarse la vida, incluyendo trastornos mentales, abuso de sustancias, estrés financiero, conflictos familiares y sociales, y enfermedades físicas. En primera instancia, es importante tener en cuenta que el suicidio no es una opción deseable, sino una respuesta a una combinación de factores que pueden hacer que una persona se sienta abrumada y sin esperanza.

En este aspecto, debemos reconocer la necesidad de afrontar este problema desde diferentes enfoques, ya que la prevalencia de trastornos mentales a lo largo de la vida es de un 36.4 por ciento en los mexicanos y para agravar este escenario, el aislamiento social y la incertidumbre económica provocados por la pandemia han enfatizado los problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad.

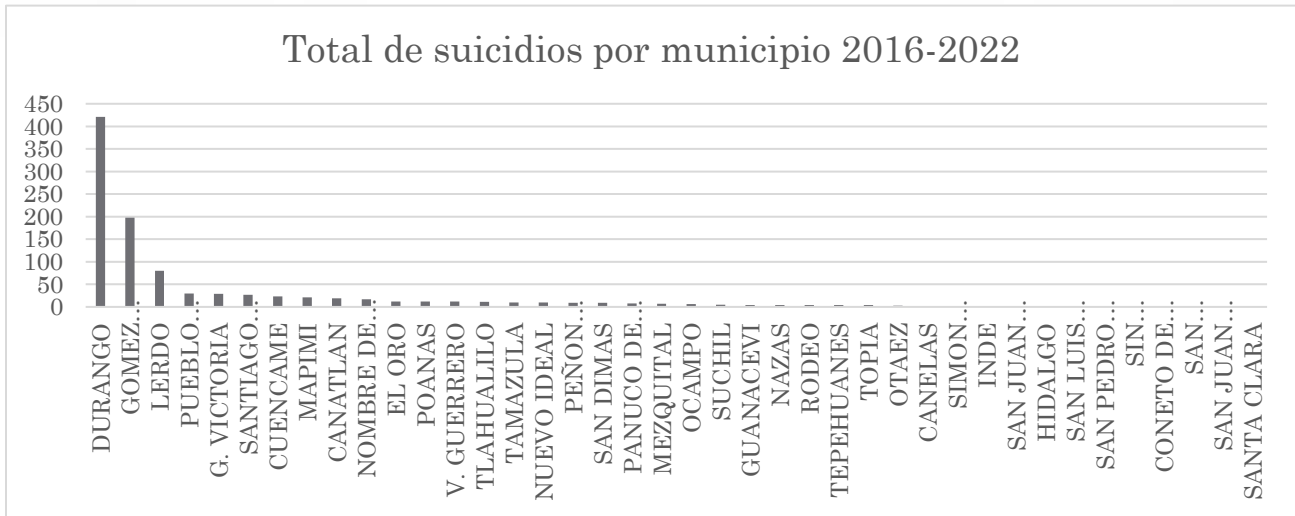
Gráfica 15.  
Total de suicidios.



Fuente: ISMED

El comportamiento del suicidio en un periodo de cinco años, de 2016 a 2020 fue estable, sin embargo, la tendencia al alza en los últimos dos años indica su relación con la contingencia.

Gráfica 16.  
Suicidios por municipio.

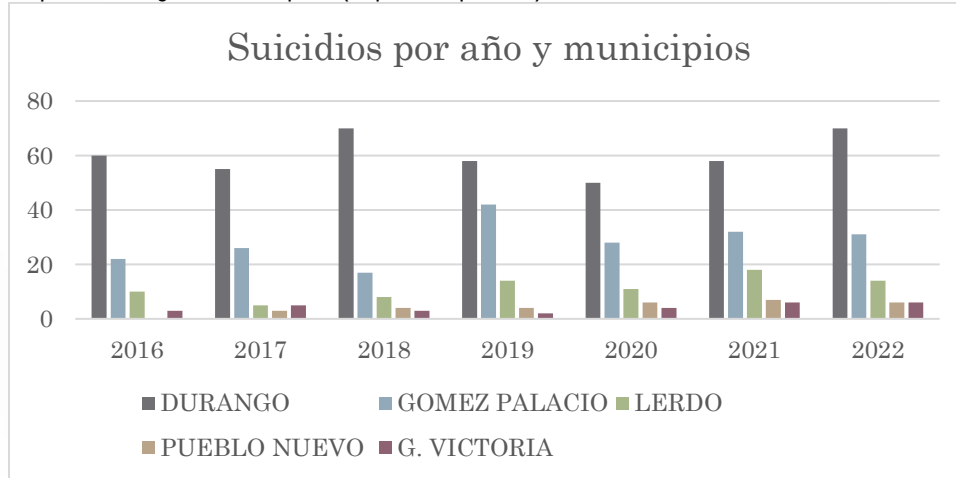


Fuente: ISMED

Cuando se evalúan los suicidios ocurridos por municipio podemos encontrar que el municipio de Durango es el que presenta un mayor número de suicidios en todos los años, seguido por Gómez Palacio y Lerdo, estos tres municipios juntos representan el 69.13 por ciento del total de suicidios del estado en estos siete años.



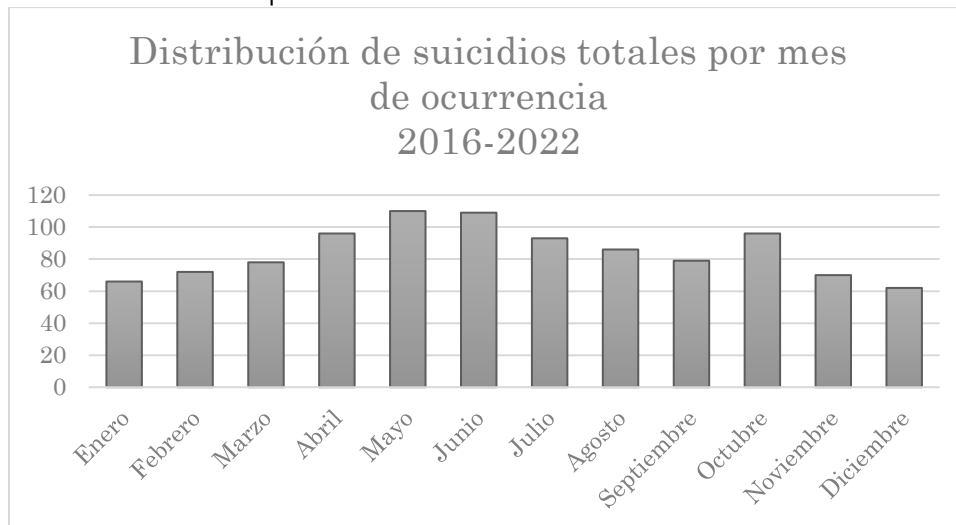
Gráfica 17.  
Suicidios por año y municipio (5 principales).



Fuente: ISMED

Cuando se estudian los municipios que representan los primeros cinco lugares, no podemos apreciar una disminución importante, por el contrario, existe una tendencia al alza, principalmente en los últimos dos años, estos cinco municipios en conjunto representan una tercera parte del total de las muertes.

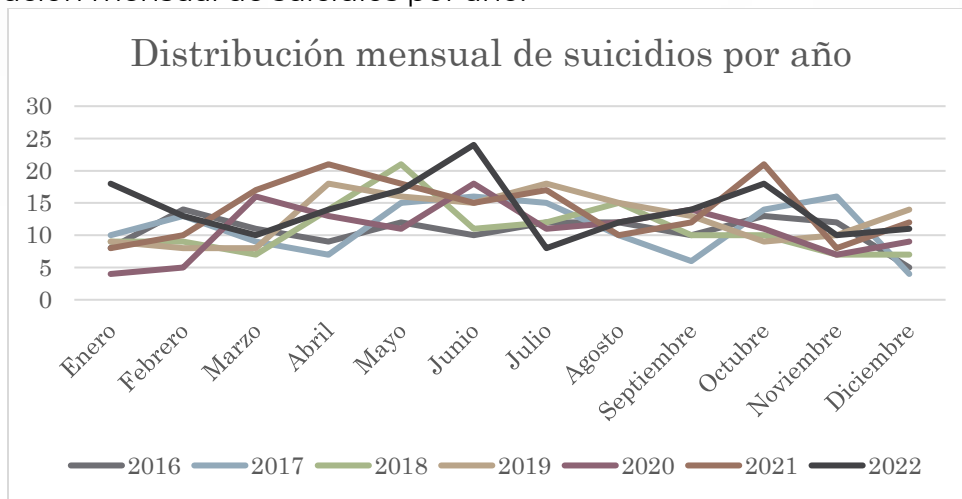
Gráfica 18.  
Distribución de suicidios por mes.



Fuente: ISMED

En cuanto a la distribución temporal, se advierte que durante los primeros cinco meses, el número de suicidios aumenta de manera constante, con un aumento del 50 por ciento desde enero hasta mayo, con un pico máximo en este último mes con 110 suicidios, presentando después una disminución del 17 por ciento desde mayo hasta agosto, y un aumento significativo durante el mes de noviembre.

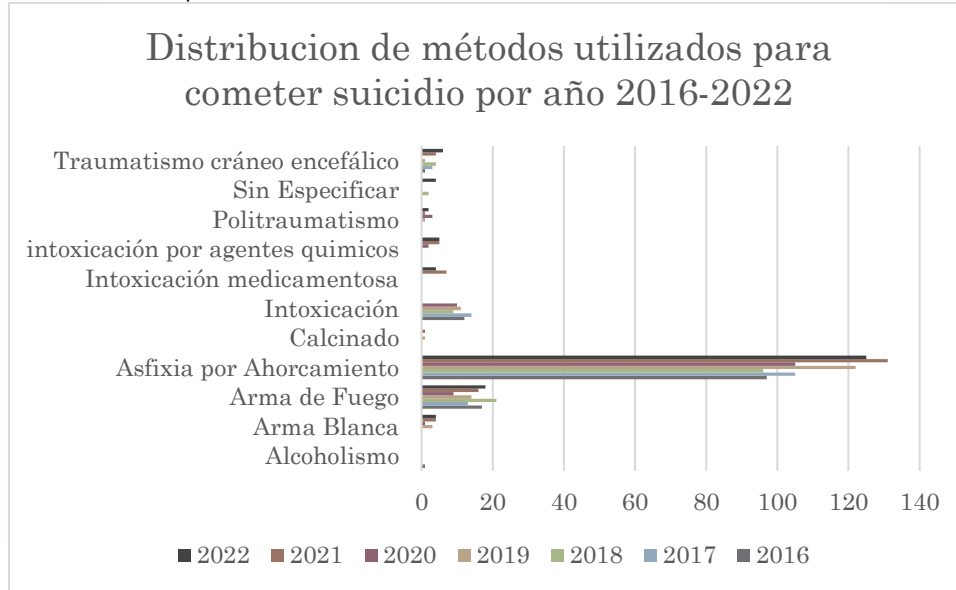
Gráfica 19.  
Distribución mensual de suicidios por año.



Fuente: ISMED

En la revisión año por año la tendencia no es tan clara como en el acumulado, sin embargo, se sigue observando un aumento en los meses de abril a junio y el subsecuente en el mes de octubre.

Gráfica 20.  
Métodos utilizados para cometer suicidio.



En la revisión de los métodos utilizados, destaca la asfixia por ahorcamiento, seguida por el uso de armas de fuego y la intoxicación, en el transcurso de los años, el arma de fuego tiende a la baja, aun así represento el 74.4 por ciento de los métodos usados en el 2022.

Es importante que se tomen medidas para abordar la crisis de salud mental que se ha desatado como resultado de la pandemia. Esto incluye la disponibilidad de servicios de atención mental, como terapia y apoyo en línea, y la sensibilización y desestigmatización de la salud mental.

### **1.2.4 Covid-19**

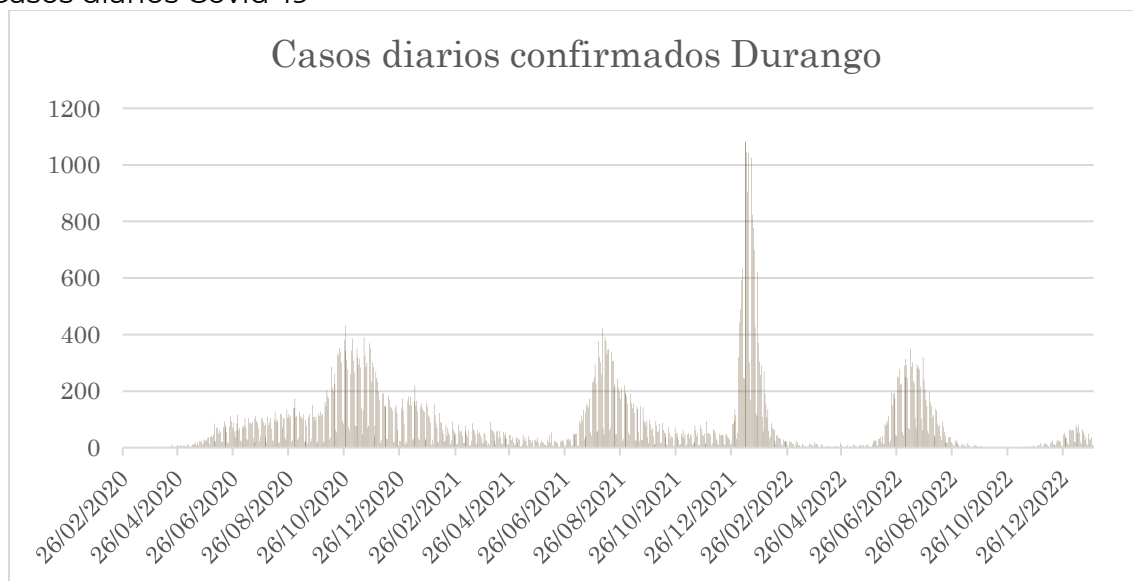
En México, la pandemia de COVID-19 ha afectado significativamente la economía y la salud pública. A finales de enero de 2023, se han cuantifican ya siete millones 367 mil 712 casos confirmados acumulados desde el inicio de la pandemia, con 32 mil 416 casos activos, 800 mil 190 sospechosos y seis millones 602 mil 357

recuperados, desafortunadamente el número de fallecimientos se eleva a 332 mil 190.

En nuestro estado, el primer caso se presentó el 11 de marzo de 2020, al momento se contabilizan ya 81 mil 70 casos confirmados acumulados en lo que va de la pandemia, existen 7 mil 132 sospechosos acumulados; 72 mil 974 pacientes recuperados y 3 mil 686 defunciones; al momento se cuantifican 327 casos activos.

La información desagregada en caso de las defunciones refleja que el 42 por ciento corresponde a mujeres y el 58 por ciento a hombres, el 91.05 por ciento se encontraban hospitalizado al momento de la defunción y solo el 8.05 por ciento se encontraban en el ámbito ambulatorio; entre las principales comorbilidades encontradas en las personas fallecidas la hipertensión ocupa el primer lugar con 45 por ciento del total de comorbilidades, seguida de diabetes mellitus con 35.68 por ciento, obesidad en el 31.3 por ciento y tabaquismo en el 6.1 por ciento.

Gráfica 21.  
Casos diarios Covid-19



Fuente: Dirección General de Epidemiología

Al revisar los casos diarios, se observa que tal como sucede a nivel nacional existen picos en fechas específicas que concuerdan con las olas epidémicas reportadas en todos los estados con aumentos en los meses de enero-febrero y junio-agosto, sin embargo, destaca el aumento súbito que inicia el tres de enero del 2022 y se mantiene hasta el 28 de enero, encontrando cinco días no consecutivos con más de mil casos diarios y con un pico de mil 84 casos.

Para frenar el avance de la pandemia, el gobierno federal inicia la campaña de vacunación contra Covid-19 con el objetivo de prevenir la enfermedad al fortalecer el sistema inmunológico y prepararlo para reconocer y combatir el virus si entra en contacto con él, logrando así, abatir las defunciones y complicaciones.

También el personal de salud fue afectado por el Covid-19; para el 2020 se registraron contagios en 3 mil 589 trabajadores de la salud entre médicos, enfermeras, laboratoristas, dentistas y otros afines, de los cuales desafortunadamente 24 fallecieron. En 2021 el registro fue de mil 152 trabajadores de salud contagiados y 26 defunciones. Para 2022, ya con la protección del programa de vacunación se registraron mil 620 casos.

Tabla 11.

Contagios Covid-19 al interior de la Secretaría de Salud.

2020				
Ocupación	Casos covid- 19			Defunciones
	Hombres	Mujeres	Total	
Médicos	516	401	917	15
Enfermeras	314	1,077	1391	3
Otro Personal	532	749	1281	6
<b>Total</b>	<b>1,362</b>	<b>2,227</b>	<b>3,589</b>	<b>24</b>

2021				
Ocupación	Casos covid- 19			Defunciones

	Hombres	Mujeres	Total	
<b>Médicos</b>	156	119	275	8
<b>Enfermeras</b>	52	284	336	4
<b>Otro Personal</b>	198	343	541	14
<b>Total</b>	<b>406</b>	<b>746</b>	<b>1152</b>	<b>26</b>

2022				
Ocupación	Casos covid- 19			Defunciones
	Hombres	Mujeres	Total	
<b>Médicos</b>	230	195	425	1
<b>Enfermeras</b>	88	401	489	0
<b>Otro Personal</b>	293	413	706	1
<b>Total</b>	<b>611</b>	<b>1009</b>	<b>1620</b>	<b>2</b>

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias SISVER

En enero de 2021, Durango recibió las primeras entregas de las vacunas contra COVID-19 y priorizó a los trabajadores de la salud y personal operativo. Posteriormente, se recibieron diversas marcas de vacunas, incluyendo Sinovac, Cansino, Astra Zeneca y Pfizer, y se continuó con la vacunación de otros de alto riesgo.

Tabla 12.  
Cobertura de vacunación Covid-19

COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA COVID-19 EN GRUPOS OBJETIVO EN EL ESTADO DE DURANGO									
GRUPO	POBLACIÓN	PRIMERA		SEGUNDA		REFUERZO		SEGUNDO REFUERZO	
		DOSIS	%	DOSIS	% *	DOSIS	% **	DOSIS	% ***
> 60	212653	197056	92.67%	186380	94.58%	168034	90.16%	11703	6.96%
50-59	177006	152633	86.23%	143791	94.21%	110504	76.85%	2423	2.19%
40-49	223046	206400	92.54%	164999	79.94%	118185	71.63%	2090	1.77%
30-39	248356	188971	76.09%	178930	94.69%	124326	69.48%	1858	1.49%
18-29	359243	303052	84.36%	267962	88.42%	146387	54.63%	1656	1.13%
12 a 17	118559	158708	133.86%	115639	72.86%	49	0%	21	42.86%
5 a 11	245754	164521	66.95%	95000	57.74%	0	0%	0	0%
EMBARAZADAS		12197		9065		570		27	
PERSONAL DE SALUD		24767		20872		21243		861	
PERSONAL EDUCATIVO		54447		54399		35989		29	
<b>TOTAL</b>	<b>1584617</b>	<b>1462752</b>	<b>92.31%</b>	<b>1237037</b>	<b>84.57%</b>	<b>725287</b>	<b>70.66%</b>	<b>12564</b>	<b>6.64%</b>
<b>TOTAL DOSIS APLICADAS:</b>		<b>3437640</b>							
POBLACIÓN >5 AÑOS, INEGI, 2020									
* SE AJUSTA TOTAL POR DOSIS DE BIOLÓGICO MONODOSIS. COBERTURA RESPECTO A DOSIS PREVIA									
** RESPECTO A 2DAS DOSIS APLICADAS A >18 AÑOS									
*** RESPECTO A >60 Y PERSONAL DE SALUD QUE RECIBIÓ 1ER REFUERZO									

Fuente: Informes estadísticos diarios, puntos de vacunación

La planeación estratégica para el proceso de vacunación permitió la instalación de módulos en ubicaciones clave y se contrató personal capacitado para administrar las vacunas. La respuesta a las primeras dosis fue positiva, con una cobertura del 85.15 por ciento. Sin embargo, la aceptación de la vacunación no fue la esperada, con una cobertura del 39.76 por ciento en marzo de 2022, debido a la resistencia de algunas personas a recibir la vacuna. Por lo tanto, se ha continuado trabajando para vacunar a aquellos que no pudieron hacerlo anteriormente y prevenir la enfermedad.

A pesar de esto, la mortalidad se ha reducido drásticamente en el último año, observando las defunciones semana a semana se advierte el beneficio del programa de vacunación contra este virus, aún queda campo por cubrir, sin embargo, la gran cantidad de dosis adecuadamente aplicadas nos acerca a la inmunidad comunitaria y con ello, frenar definitivamente la propagación del virus.

Gráfica 22.  
Defunciones por Covid-19 por semana.



Fuente: SISVER

Para abordar estos desafíos, es importante que se invierta en la salud pública y el acceso a la atención médica de calidad. Esto incluye la disponibilidad de servicios de atención médica de calidad, incluyendo servicios con alto enfoque preventivo y de promoción, fortalecidos con un primer nivel de atención altamente resolutivo.

### Consideraciones finales

Como se ha observado, la mortalidad es un fenómeno universal y multifactorial que se identifica como un indicador clave de la salud y el bienestar de una población y es un factor importante en la planificación y gestión de los recursos de un país.

La mortalidad ha disminuido a lo largo de la historia gracias a los avances en la medicina y la salud pública. Sin embargo, todavía existen desafíos importantes que deben abordarse para garantizar una vida saludable y prolongada para



todos. La mortalidad infantil y materna son dos de los mayores desafíos que enfrentan los países en desarrollo, y dos de los elementos más significativos para determinar el desarrollo de un país o región, sin embargo, también las enfermedades no transmisibles, las mentales y las infectocontagiosas representan un alto desafío.

Es fundamental la implementación de políticas públicas y programas de salud efectivos, así como una mayor inversión en el sector de la salud para abordar la mortalidad en nuestra entidad. Además, la investigación y la recopilación de datos precisos y actualizados sobre la mortalidad son cruciales para informar políticas y programas efectivos.

Es importante trabajar en colaboración con comunidades y grupos de interés para abordar las causas subyacentes de la mortalidad. La educación y la concientización sobre hábitos saludables y prevención de enfermedades también son esenciales para mejorar la salud integral de los ciudadanos.

En resumen, la mortalidad es un problema importante que requiere de una atención inmediata y un enfoque integral. La implementación de políticas y programas efectivos, junto con una mayor inversión en la salud y la investigación, son clave para abordar esta problemática y mejorar la calidad de vida de la población mexicana.

## 2. Factores de Riesgo

Como ya se mencionó, las enfermedades son un problema de salud que afecta a la población en todo el mundo. Muchas de ellas son causadas por una combinación de factores, incluyendo factores genéticos, ambientales y de estilo de vida. Los factores de riesgo son aquellos elementos o circunstancias que aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad o de desarrollar complicaciones. Identificar y comprender estos factores es fundamental para prevenir y controlar enfermedades y mantener una buena salud mediante la toma de medidas preventivas y la implementación de estrategias efectivas para mejorar la salud de la población, sin embargo, es crucial tener una visión holística del entorno de la población donde se presentan dichas enfermedades, por lo que se revisan desde tres dimensiones: socioculturales, geográfico-ambientales e institucionales.

Las principales causas de morbimortalidad son un problema de salud pública que afecta a personas de todas las edades, éstas pueden ser causadas por diferentes agentes. Para prevenir y controlar estas causas es importante comprender los factores que contribuyen a su aparición, mismos que se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 13.

Factores de riesgo de las principales enfermedades.

<b>Factores de riesgo asociados a las Infecciones Respiratorias Agudas</b>		
<b>Socioculturales</b>	<b>Geográfico-Ambientales</b>	<b>Institucionales</b>
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 infección por COVID-19**

<b>Socioculturales</b>	<b>Geográfico-Ambientales</b>	<b>Institucionales</b>
Resistencia al uso de cubrebocas, gel antibacterial, lavado de manos.	Inaccesibilidad geográficas a servicios de salud	Deficiente información a la población
Negativa a recibir la vacuna	Inaccesibilidad a agua potable	Insuficientes pruebas de detección
Inaccesibilidad cultural y económica a los Servicios de Salud		Deficiencias en las acciones de promoción de la salud
Hacinamiento		
Deficiencia en la limpieza de la vivienda		

**Factores de riesgo asociados a la Enfermedad Diarreica Aguda**

<b>Socioculturales</b>	<b>Geográfico-Ambientales</b>	<b>Institucionales</b>
------------------------	-------------------------------	------------------------

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

**Factores de riesgo asociados a las Enfermedades Cardiacas**

<b>Socioculturales</b>	<b>Geográfico-Ambientales</b>	<b>Institucionales</b>
Tabaquismo- Alcoholismo Sedentarismo Malos Hábitos alimenticios Estrés Obesidad	Inaccesibilidad Geográfica Contaminación ambiental	Bajo impacto en la promoción de estilos de vida saludables. Deficientes acciones de detección y control de hipertensión, colesterol y triglicéridos.

**Factores de riesgo asociados a Tumores Malignos**

<b>Socioculturales</b>	<b>Geográfico-Ambientales</b>	<b>Institucionales</b>
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**

<b>Socioculturales</b>	<b>Geográfico-Ambientales</b>	<b>Institucionales</b>
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 del uso de cinturón, casco, silla porta-infante.		
Uso de distractores como teléfonos celulares		

Ausencia de un programa de difusión de factores predisponentes a los accidentes viales, en el hogar y en el trabajo

**Factores de riesgo asociados a Hipertensión Arterial**

<b>Socioculturales</b>	<b>Geográfico-Ambientales</b>	<b>Institucionales</b>
Sedentarismo Tabaquismo / Alcoholismo Obesidad Estrés Dieta rica en grasas animales	Inaccessibilidad geográfica a Servicios de Salud	Deficiencia en los programas de detección oportuna  Deficiencias en la promoción y prevención  Poca difusión de riesgo cardio-vascular

**Factores de riesgo asociados a Diabetes Mellitus**

<b>Socioculturales</b>	<b>Geográfico-Ambientales</b>	<b>Institucionales</b>
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

La geografía puede tener un impacto significativo en la salud de una persona. Cada región geográfica tiene su propio conjunto único de factores de riesgo que contribuyen a la incidencia de enfermedades, desde la exposición a contaminantes ambientales hasta las diferencias en los estilos de vida y la accesibilidad a los cuidados médicos, por lo que es importante analizar cada región.

### 2.1.1 Región Sur

Caracterizada por la alta dispersión de sus comunidades, las cuales en su mayoría son menores a 100 habitantes, así mismo el acceso es complicado debido a la falta de vías de comunicación adecuadas, entre los factores más representativos se encuentran:

La falta de acceso a agua potable y servicios de saneamiento adecuados puede aumentar el riesgo de enfermedades transmitidas por el agua.

Condiciones de vivienda insalubres: Las viviendas que no cumplen con estándares adecuados de higiene y seguridad pueden aumentar el riesgo de enfermedades respiratorias y de transmisión de enfermedades infecciosas.

Una dieta poco saludable que incluya alimentos procesados y ricos en grasas y azúcares puede aumentar el riesgo de enfermedades crónicas, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Falta de acceso a atención médica: La falta de acceso a atención médica adecuada y a medicamentos puede dificultar el tratamiento y prevención de enfermedades.

Estilos de vida poco saludables: El sedentarismo y el consumo excesivo de tabaco y alcohol pueden aumentar el riesgo de enfermedades crónicas y aumentar la probabilidad de complicaciones relacionadas con enfermedades existentes.

### **2.1.2 Región Laguna**

Se encuentra en una zona semiárida con clima cálido en la mayor parte del año que fomenta la aparición de enfermedades diarreicas, sin embargo, las enfermedades respiratorias son la principal causa de morbilidad. Los municipios de Gómez Palacio y Lerdo tienen la mayor población urbana y son de fácil acceso. La economía se basa en agricultura y ganadería. Son zonas endémicas de brucelosis. La diabetes y la hipertensión son las principales causas de muerte debido a hábitos no saludables como una dieta rica en grasas y productos animales y un estilo de vida sedentario, aunado a esto se cuentan con niveles altos de flúor y arsénico en los mantos freáticos que condicionan la aparición de distintas enfermedades.

La población tiene acceso completo a los servicios de salud y ninguna localidad está inaccesible.



### **2.1.3 Región Noroeste**

Se trata de una región representada por la Sierra Madre Occidental en su extremo oriental y por la región de las quebradas en la parte occidental, representando un riesgo muy alto para presentar sequías. 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 ya que se encuentra en una zona de predilección para el cultivo de enervantes, 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**

Se destaca por sus llanuras y municipios con poblaciones muy diseminadas. Es la que presenta los mayores índices de enfermedades infecciosas debido a la presencia de factores de riesgo como la falta de disposición adecuada de excretas, la carencia de agua potable y drenaje, hábitos higiénicos inadecuados y un bajo nivel socioeconómico. No obstante, las tasas de mortalidad son bajas en todas las edades. La principal actividad económica es la agropecuaria y tiene una baja implementación de tecnología.

### **2.1.5 Región Centro**

Es la región con más densidad poblacional, caracterizada por llanuras y zonas montañosas poco elevadas con clima semi-seco, templado, presenta adecuadas vías de comunicación y alta disponibilidad de servicios básicos, concentra las zonas urbanas de los municipios de Durango, Guadalupe Victoria, Nombre de Dios, Canatlán, San Juan del Río y Poanas.

En esta región es la que presenta mejor infraestructura en salud, por lo que el acceso a los servicios es eficiente. 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.

### **3. Capacidad física y humana instalada**

#### **3.1 Personal de Salud por Región**

El recurso humano en salud es el factor más importante para la atención de la salud en una comunidad, por lo que la suficiencia de este recurso es primordial; el análisis de la cobertura de personal de salud por región nos permite identificar oportunamente posibles carencias y con base en ello, estructurar la reingeniería que permita el cumplimiento de estándares óptimos de distribución.

La región Centro tiene la mayor cantidad de médicos generales (1.098), médicos especialistas (1.089) y enfermeras (4.003) por cada 1,000 habitantes, mientras que la Laguna tiene la menor cantidad de personal de salud en general.

En cuanto a los odontólogos, la región Centro también tiene la mayor cantidad (0.261), seguida de cerca por el Norte (0.025). La región Laguna tiene la menor cantidad de odontólogos por cada 1,000 habitantes (0.009).

Los municipios que componen la región Sur, (El Mezquital, Pueblo Nuevo y San Dimas) tienen problemas de acceso por las condiciones geográficas y la dispersión de la población, lo cual dificulta el acceso al personal de salud a las unidades de atención de esa zona.

Por otro lado, al observar la siguiente tabla se demuestra que existe una distribución desigual del personal en el estrato urbano/rural, lo que requiere la implementación de estrategias para llevar a cabo una reingeniería que permita una mejor distribución y el aumento de presencia del personal de salud en todas las unidades del estado.

Tabla 14.

Comparativo de Personal de Salud según Perfil y Región

Región	Médico General	Médico Especialista	Enfermera	Odontólogo
<b>Centro</b>	1.099	1.090	4.004	0.261
<b>Laguna</b>	0.062	0.050	0.254	0.009
<b>Norte</b>	0.135	0.055	0.394	0.025
<b>Noroeste</b>	0.087	0.018	0.152	0.015
<b>Sur</b>	0.083	0.027	0.114	0.019
<b>Tasa</b>	<b>X 1,000 hab</b>			

Fuente: SINERHIAS

Tabla 15

Médicos por Jurisdicción Sanitaria

Jurisdicción	Valor del Indicador*
<b>Jurisdicción Sanitaria N° 1 – Durango</b>	1.976
<b>Jurisdicción Sanitaria N° 2 – Gómez Palacio</b>	1.127
<b>Jurisdicción Sanitaria N° 3 – Santiago Papasquiario</b>	1.105
<b>Jurisdicción Sanitaria N° 4 – Rodeo</b>	1.675
<b>Total</b>	<b>1.470</b>

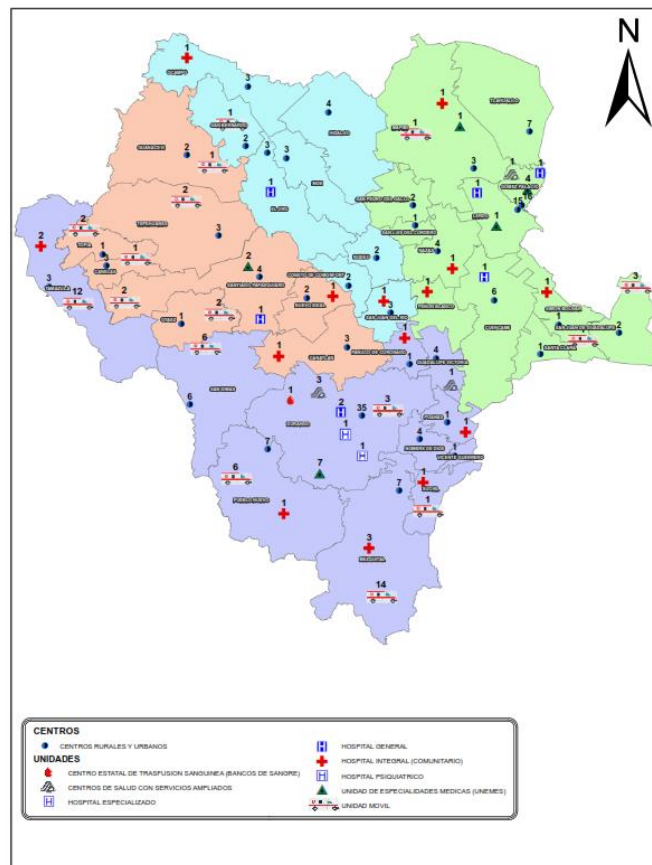
\*Tasa por 1,000 habitantes

El valor estándar es de 3.5 médicos por cada 1,000 habitantes según la OCDE por lo que todas las jurisdicciones se encuentran muy por debajo del indicador.

### 3.3 Infraestructura Instalada por Institución

Imagen 3.

Distribución de unidades por jurisdicción



Fuente: CLUES

El estado cuenta con 39 hospitales (generales, de especialidad e integrales) y 1,692 camas censables, lo que corresponde a un índice de 0.88 camas por 1,000 habitantes, esto significa que hay aproximadamente una cama disponible por cada 1,136 habitantes en el estado; es importante tener en cuenta que, aunque el número total de camas puede parecer alto, la distribución de estas camas puede

ser desigual en diferentes áreas geográficas del estado ya que la mayor concentración de estas camas se encuentran en los municipios de Durango y Gómez Palacio, además, se realiza el análisis por servicio, podemos apreciar que los servicios de ginecología y pediatría se encuentran por arriba del 85% de ocupación hospitalaria.

Tabla 16.

Establecimientos de Salud por Institución

Tipo de Unidad	INSTITUCIÓN									
	SSA	SMM	SEDENA	SCT	ISSSTE	IMSS	IMSS BIENESTAR	DIF	CRO	CIJ
De Apoyo	14	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Consulta Externa	247	1	0	1	37	31	172	0	3	2
Hospitalización	26	1	2	0	2	4	3	0	1	0
Asistencia Social	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0

Fuente: CLUES

En el mismo sentido, existen unidades hospitalarias con muy baja o nula ocupación, en donde es necesario identificar las causas que general esta subutilización, es imperativo identificar indicadores hospitalarios referentes al uso de las camas censables como: porcentaje de ocupación, promedio de estancia, índice de rotación e intervalo de sustitución para identificar aquellas áreas de oportunidad para el fortalecimiento de unidades hospitalarias.

Por otro lado, existe también la necesidad de analizar la disponibilidad de estudios clínicos, los estudios de laboratorio y las radiografías son herramientas esenciales para el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades y afecciones médicas. Estos estudios ayudan a obtener información importante sobre la salud del paciente, a identificar posibles problemas y a desarrollar planes de tratamiento personalizados. La Secretaria de Salud cuenta con 61 laboratorios y 41 áreas de rayos X.

Tabla 17.

Establecimientos de salud por Jurisdicción

Unidad	J-1	J-2	J-3	J-4	Total
	Durango	G. Palacio	S. Papasquiario	Rodeo	
Antirrábico	1				1
Unidad Médica Móvil	42	5	10	1	58
Centro Estatal de Cancerología	1				1
Centro Estatal de Transfusión Sanguínea	1				1
Centro de Salud Urbano	28	28	6	8	70
Centro de Salud Rural	42	30	13	14	99
CESSA Centro de Salud con Servicios Ampliados	4	1			5
Clínica de Diabetes	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
UNEME CAPA	2	1	1		4
UNEME CAPASITS	1				1
UNEME Crónicas	1	3	1		5
UNEME SISAME	1	1			2
UNEME DEDICAM		1			1
Centro Regional de Desarrollo Infantil	1				1
Instituto de Salud Mental	1				1
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>79</b>	<b>36</b>	<b>28</b>	<b>287</b>

Fuente: Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES)

Los Servicios de Salud de Durango cuenta con 287 establecimientos de salud de las cuales 169 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, 58 Unidades Médicas Móviles, 13 UNEME'´s, y 10 establecimientos de apoyo.

Considerando que la dispersión de la población en el estado de Durango es una de las más altas del país, con la mayoría de los habitantes concentrados en tres localidades, a saber, Durango, Gómez Palacio y Lerdo, se hace cada vez más difícil proporcionar servicios de manera adecuada, completa y oportuna. En algunos casos, las condiciones de las unidades de salud no son óptimas para el desempeño del personal y la atención a los usuarios, ya que algunas tienen techos de lámina en malas condiciones, lo que se ve reflejado durante la temporada de lluvias. Además, algunos centros de salud están siendo rebasados en su capacidad debido a la ubicación, el crecimiento y/o desplazamiento poblacional, lo que impide la atención adecuada de los diferentes programas de prevención y control de enfermedades, así como la capacitación y promoción de la salud de la población en general. Por lo tanto, se hace necesario el fortalecimiento de aquellos centros de salud que requieren mejoras en sus condiciones y capacidad, y/o la construcción de nuevas instalaciones en casos donde las condiciones físicas no permiten proporcionar servicios de salud adecuados.

En los últimos años, se ha mejorado la infraestructura en salud mediante la puesta en marcha de hospitales y centros de salud que brindan atención adecuada a la población usuaria, así como el fortalecimiento de unidades de salud mediante acciones de ampliación, adecuaciones y equipamiento.



**SSD**  
**SECRETARÍA DE SALUD  
DE DURANGO**

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**

1. Fomentar la realización de análisis y planes estratégicos para mejorar la organización y eficiencia de los servicios de salud estatales.
2. Implementar el Sistema de Evaluación del Desempeño basado en el Modelo de la Metodología de Marco Lógico (MML), como parte del enfoque de Presupuesto Basado en Resultados (PbR).
3. Incorporar el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar.
4. Realizar una reingeniería, organización e integración efectiva de los servicios médicos.
5. Instrumentar medidas efectivas para enfrentar situaciones de emergencia epidemiológica.
6. Fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Estatal.
7. Integrar la búsqueda de la calidad como un tema permanente en la agenda del Sistema Estatal de Salud.
8. Consolidar el acceso universal a los servicios de salud de la población.
9. Fortalecer el programa de cobertura universal.
10. Garantizar la atención integral en todos los niveles de atención de salud.
11. Mejorar la investigación y la enseñanza en salud mediante el fortalecimiento del desarrollo de los recursos humanos.
12. Fortalecer el desarrollo de la infraestructura y equipamiento necesarios para la adecuada prestación de servicios de salud.
13. Garantizar el abasto de medicamentos.
14. Fortalecer la protección contra riesgos sanitarios.
15. Fortalecer la atención de la Salud Mental desde el primer nivel de atención.
16. Fortalecer la prevención, promoción y atención a la salud con perspectiva de género y enfoque intercultural.