



Diagnóstico de Salud

2026

Evaluación del Desempeño

Contenido

1.	Introducción y propósito del diagnóstico	1
1.1.	Antecedentes	2
1.1.1.	Antecedentes históricos de la institución	2
1.1.2.	Antecedentes del Diagnóstico de Salud (ediciones previas)	11
1.2.	Justificación	11
1.3.	Objetivo general y objetivos específicos.....	12
1.4.	Alcance, población de referencia y enfoque territorial	13
1.5.	Estructura del documento	14
2.	Metodología, fuentes y limitaciones.....	15
2.1.	Enfoque metodológico general	15
2.2.	Fuentes de información	16
2.3.	Definiciones operativas y criterios de comparabilidad.....	17
2.4.	Corte de información y calendario de actualización.....	18
2.5.	Limitaciones, sesgos y consideraciones de interpretación	18
2.6.	Consideraciones éticas.....	19
3.	Marco conceptual y normativo.....	20
3.1.	Determinantes sociales de la salud.....	20
3.2.	Curso de vida, equidad y grupos en situación de vulnerabilidad	21
3.3.	Marco normativo aplicable.....	22
4.	Contexto estatal y condicionantes de la salud.....	24
4.1.	Caracterización geográfica y territorial.....	24
4.1.1.	Ubicación, extensión y configuración física	24
4.1.2.	Orografía e hidrografía	25
4.1.3.	Dispersión de localidades y accesibilidad.....	27
4.1.4.	Distribución geográfica: urbano/rural, jurisdicciones y regiones....	28

4.2.	Dinámica demográfica y distribución territorial de la población	30
4.2.1.	Población total y concentración territorial	31
4.2.2.	Distribución por regiones.....	31
4.2.3.	Distribución por jurisdicción sanitaria.....	33
4.2.4.	Municipios con mayor y menor población	35
4.3.	Condiciones socioeconómicas y bienestar	37
4.3.1.	Panorama económico estatal.....	38
4.3.2.	Pobreza, desigualdad y bienestar	41
4.3.3.	Contexto cultural e interculturalidad.....	45
4.4.	Vivienda, servicios básicos, entorno y riesgos territoriales.....	49
4.4.1.	Vivienda y servicios básicos.....	49
4.4.2.	Manejo de residuos sólidos urbanos y disposición final	53
4.4.3.	Movilidad, conectividad y acceso a servicios.....	55
4.5.	Condicionantes clave y su implicación sanitaria	58
4.5.1.	Concentración urbana y presión sobre servicios de mayor complejidad	58
4.5.2.	Dispersión territorial y barreras de acceso efectivo	58
4.5.3.	Cobertura institucional y vulnerabilidad por falta de seguridad social	59
4.5.4.	Elección del lugar de atención y segmentación funcional del sistema	59
5.	Perfil epidemiológico del estado	61
5.1.	Panorama general	62
5.1.1.	Dinámica de la mortalidad y transición epidemiológica	62
5.1.2.	Volumen operativo y demanda de servicios	63
5.1.3.	Balance de eventos vitales: nacimientos y peso al nacer.....	64

5.2.	Mortalidad	66
5.3.	Morbilidad y eventos prioritarios.....	70
5.4.	Enfermedades transmisibles prioritarias.....	74
5.5.	Enfermedades crónicas no transmisibles.....	79
5.6.	Salud materna, perinatal e infantil	81
5.6.1.	Salud materna	82
5.6.2.	Mortalidad materna.....	85
5.6.3.	Salud perinatal	88
5.6.4.	Salud infantil.....	91
5.7.	Lesiones, violencias y otras causas externas.....	95
5.8.	Salud mental y consumo de sustancias.....	101
5.9.	Factores de riesgo y determinantes intermedios	109
5.10.	Lectura territorial: regiones/jurisdicciones/municipios prioritarios.....	112
5.11.	Mensajes clave del capítulo.....	116
6.	Sistema de salud en Durango	118
6.1.	Organización del sistema y provisión de servicios.....	118
6.2.	Infraestructura y capacidad instalada	121
6.3.	Recursos humanos para la salud.....	128
6.4.	Cobertura, acceso y continuidad de la atención.....	135
6.5.	Productividad y desempeño de servicios	142
6.6.	Calidad, seguridad del paciente y retos operativos	149
6.7.	Mensajes clave del capítulo.....	153
7.	Desigualdades y poblaciones prioritarias	156
7.1.	Configuración territorial de las desigualdades en salud y acceso.....	156
7.2.	Brechas por curso de vida y sexo.....	158
7.3.	Grupos en situación de vulnerabilidad	159

7.4.	Implicaciones para planeación y focalización	161
8.	Integración estratégica: problemas, FODA y priorización	163
8.1.	Síntesis integradora	163
8.2.	Análisis FODA del sector salud.....	165
8.3.	Criterios de priorización.....	168
8.4.	Priorización de problemas de salud y del sistema	169
8.5.	Matriz de priorización.....	171
9.	Recomendaciones y agenda de fortalecimiento.....	174
9.1.	Recomendaciones estratégicas por prioridad.....	174
9.2.	Acciones transversales de fortalecimiento institucional para la implementación de la agenda.....	177
9.3.	Riesgos de implementación y medidas de mitigación.....	179
10.	Conclusiones.....	184
11.	Bibliografía	187
12.	Anexos.....	190
12.1.	Anexo A. Tabulados complementarios	190
12.2.	Anexo B. Glosario de siglas y términos operativos.....	208

1. Introducción y propósito del diagnóstico

El Diagnóstico de Salud 2026 es un documento técnico–institucional que integra y organiza la evidencia disponible para describir la situación de salud de la población, así como los principales determinantes, riesgos, brechas territoriales y retos del sistema de salud en la entidad. Su finalidad es brindar un marco común de referencia que permita orientar la planeación, la programación operativa, la priorización de problemas y la toma de decisiones basada en información, con un enfoque práctico y utilizable por las áreas técnicas y directivas.

Este diagnóstico se concibe como un instrumento de apoyo para los procesos de planeación estatal del sector salud y para la articulación de estrategias institucionales, incluyendo el seguimiento de resultados y el fortalecimiento de intervenciones en salud pública y en la prestación de servicios. En ese sentido, no se limita a presentar cifras; busca traducir los hallazgos en mensajes clave y en una lectura territorial que facilite identificar prioridades y focalizar acciones donde sean más necesarias.

La elaboración del documento reconoce que la información sanitaria proviene de fuentes con distintos niveles de oportunidad, desagregación y comparabilidad. Por ello, el diagnóstico equilibra dos necesidades: por un lado, mantener continuidad con los enfoques y tabulados utilizados en ediciones previas para asegurar comparabilidad; y por otro, incorporar mejoras graduales en estructura, claridad y utilidad para el trabajo cotidiano de las áreas responsables de programas y de los equipos operativos.

Asimismo, el Diagnóstico de Salud 2026 se presenta como un insumo transversal para la coordinación interinstitucional, al facilitar un lenguaje común sobre problemas de salud, tendencias y desigualdades; y al apoyar la comunicación institucional con distintos públicos: personal operativo, áreas de planeación, tomadores de decisión, instancias evaluadoras y actores comunitarios cuando aplique.

Finalmente, este documento tiene un propósito de mejora continua: deja explícitos los supuestos, alcances y limitaciones de la información utilizada, y establece bases para la actualización anual o periódica, de modo que el diagnóstico permanezca vigente y útil como herramienta de trabajo institucional.

1.1. Antecedentes

La situación de salud de Durango y la capacidad de respuesta del sistema sanitario se han transformado de manera importante a lo largo del tiempo, como resultado de procesos institucionales, reformas normativas, ampliaciones de infraestructura, transiciones demográficas y epidemiológicas, así como de contingencias sanitarias que han exigido ajustes operativos y de política pública. En este marco, Servicios de Salud de Durango ha consolidado estructuras de operación territorial y mecanismos de prestación de servicios que permiten la atención de la población sin seguridad social, y han desarrollado procesos de planeación y evaluación que buscan orientar los recursos a resultados.

En ese contexto, el Diagnóstico de Salud se ha utilizado en la entidad como un instrumento de síntesis técnica que permite: (a) describir el comportamiento de los principales eventos de mortalidad y morbilidad; (b) caracterizar la demanda y productividad de los servicios; (c) identificar brechas territoriales y poblacionales; y (d) disponer de elementos comparables entre años para sustentar la planeación, la programación y el seguimiento.

1.1.1. 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 antivariolosa 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.

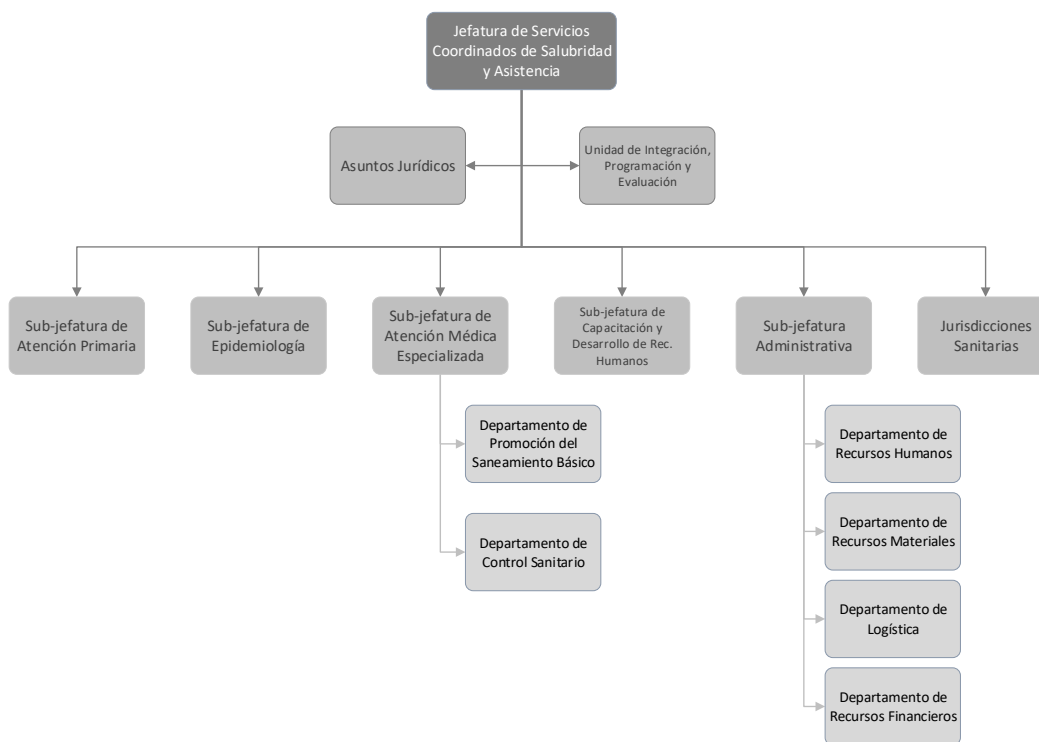
En agosto de 1953, por Decreto Presidencial, se crea el Programa de Bienestar Social Rural que permite la construcción de varios centros de salud en el Estado.

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 Subjefaturas: Atención Primaria, Epidemiología, Atención Médica Especializada y Capacitación y Desarrollo de Recursos Humanos; de la Subjefatura de Atención Médica Especializada dependían los Departamentos de Promoción del Saneamiento Básico y de Control Sanitario; de la Subjefatura Administrativa dependían los Departamentos de Recursos Humanos, Recursos Materiales, Logística y Recursos Financieros; las cuatro Jurisdicciones Sanitarias tenían relación directa con la Jefatura.

Figura 1. Estructura Orgánica de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia, 1983



Fuente: Elaboración propia con base en antecedentes históricos institucionales de Servicios de Salud de Durango.

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 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 semidesierto, 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 semidesierto, 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 sólo 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 Nuevo Gómez Palacio a cargo de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), 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.

Durante el año 2023 se inicia el programa Rutas por la Salud, el cual busca ampliar la cobertura a más localidades y se realiza la apertura del bloque oncológico en el Hospital Nuevo Gómez Palacio.

En los años recientes se han impulsado acciones orientadas a fortalecer el acceso y la capacidad resolutive. En ese marco, el Diagnóstico de Salud se consolida como un documento anual de referencia para ordenar la evidencia disponible, facilitar la lectura integral del contexto sanitario y apoyar la priorización de intervenciones.

1.1.2. Antecedentes del Diagnóstico de Salud (ediciones previas)

En las ediciones 2023 y 2024, el Diagnóstico de Salud mantuvo un enfoque de continuidad en la presentación de información, privilegiando tabulados y descripciones generales con desagregaciones principalmente totales o territoriales, y con el uso de series históricas cuando la disponibilidad lo permitió. Estas versiones sirvieron como base para sostener comparabilidad anual y para estandarizar una narrativa institucional de referencia.

En 2025, el documento se fortaleció mediante una ampliación de apartados y una mejor estructuración de contenidos, incorporando un enfoque más integrador y utilizable para planeación. Este antecedente inmediato orienta el Diagnóstico 2026 a conservar lo que ya funciona (comparabilidad y claridad institucional), y a reforzar elementos de utilidad práctica: mensajes clave por capítulo, lectura territorial consistente y alineación más explícita entre problemas, brechas y prioridades.

Con base en estas experiencias, el Diagnóstico 2026 se construye como una síntesis mejor organizada y progresivamente más operativa, cuidando que el avance en calidad documental no dependa únicamente de contar con nuevas fuentes, sino también de mejorar la presentación, el orden lógico y la interpretación responsable de la información disponible.

1.2. Justificación

Durango presenta retos estructurales para la planeación sanitaria por su dispersión territorial, contrastes geográficos y desigualdades socioeconómicas. En este contexto, surge la necesidad de disponer de un documento institucional único que concentre, ordene e interprete la información relevante sobre el estado de salud de la población y el desempeño general del sistema de servicios. En un entorno de recursos limitados y necesidades múltiples, la planeación basada en evidencia es indispensable para priorizar de forma transparente, orientar acciones a resultados y disminuir brechas de acceso y de bienestar sanitario entre territorios y grupos poblacionales.

Durango presenta una diversidad territorial que se expresa en condiciones geográficas, climáticas, socioeconómicas y demográficas distintas, lo cual se traduce en perfiles de riesgo diferenciados y en demandas heterogéneas de servicios. Por tanto, un diagnóstico estatal útil requiere incorporar un enfoque territorial que permita reconocer dichas diferencias y facilitar la focalización de estrategias, sin perder una visión global de la entidad.

Además, la transición demográfica y epidemiológica obliga a atender simultáneamente problemas persistentes (enfermedades transmisibles y eventos sujetos a vigilancia) y problemas crecientes (enfermedades crónicas no transmisibles, lesiones, salud mental y consumo de sustancias), al tiempo que se fortalecen capacidades del sistema (infraestructura, recursos humanos, productividad, calidad y continuidad de la atención). Un diagnóstico integral permite mostrar esas tensiones y orientar decisiones para equilibrar prevención, atención y respuesta.

Finalmente, el Diagnóstico 2026 contribuye a la rendición de cuentas y a la mejora continua institucional al documentar tendencias, avances y retos con base en fuentes oficiales disponibles, estableciendo un marco de referencia común para el trabajo de las áreas responsables de programas, así como para el seguimiento de prioridades en el corto y mediano plazo.

1.3. Objetivo general y objetivos específicos

Objetivo general

Integrar y presentar un análisis actualizado de la situación de salud en el estado de Durango y de los principales retos del sistema de salud, con enfoque territorial, para apoyar la planeación, priorización y toma de decisiones institucionales.

Objetivos específicos

a) Describir el contexto estatal y los principales determinantes de la salud, incluyendo dinámica demográfica y condicionantes socioeconómicas relevantes.

- b) Analizar el perfil epidemiológico estatal con énfasis en tendencias de mortalidad, morbilidad y eventos prioritarios, identificando patrones territoriales y poblacionales cuando la información lo permita.
- c) Caracterizar la capacidad instalada y la provisión de servicios, incorporando elementos de infraestructura, recursos humanos, productividad y acceso.
- d) Identificar brechas y desigualdades relevantes por territorio y por grupos poblacionales, para orientar acciones de focalización.
- e) Integrar hallazgos en una síntesis estratégica que apoye la priorización de problemas y la formulación de recomendaciones realizables de corto y mediano plazo.
- f) Establecer bases para la actualización periódica del diagnóstico, definiendo criterios de comparabilidad, fuentes y consideraciones de interpretación.

1.4. Alcance, población de referencia y enfoque territorial

El Diagnóstico de Salud 2026 tiene un alcance estatal y se centra en la población residente en Durango, incorporando desagregaciones territoriales y poblacionales en la medida en que las fuentes oficiales lo permitan. La población de referencia considera tanto el contexto general de la entidad como los grupos que demandan servicios de salud, con énfasis operativo en la población usuaria de Servicios de Salud de Durango.

El enfoque territorial se organiza de manera funcional para el trabajo institucional: la lectura de determinantes estructurales (geografía, clima, biodiversidad, dinámica poblacional y otros condicionantes) puede abordarse por regiones cuando sea pertinente; sin embargo, la lectura epidemiológica y de organización sanitaria se prioriza por Jurisdicciones Sanitarias, por ser la división operativa del sector salud en el estado. Adicionalmente, se integran cortes por municipio cuando aporten valor para identificar concentraciones, contrastes y prioridades locales sin saturar el documento con tabulados poco interpretables.

En términos temporales, el diagnóstico utiliza información disponible y comparable, privilegiando la serie reciente y el último año con datos consolidados

según cada fuente. Los detalles de corte, periodicidad y disponibilidad se desarrollan en el capítulo metodológico, para asegurar claridad sobre qué se compara, qué se interpreta como tendencia y qué se presenta únicamente como fotografía de un periodo.

1.5. Estructura del documento

El documento se organiza en capítulos que facilitan una lectura progresiva: inicia con una introducción institucional y metodológica; continúa con el marco conceptual y normativo; describe el contexto estatal y los condicionantes de la salud; presenta el perfil epidemiológico; caracteriza el sistema de salud y su capacidad; analiza desigualdades y poblaciones prioritarias; integra una lectura estratégica de problemas mediante priorización; y cierra con recomendaciones y conclusiones.

De forma general, el lector encontrará:

- Un marco inicial (capítulos 1 a 3) que explica propósito, método y referencias conceptuales.
- Un bloque de contexto (capítulo 4) que caracteriza el entorno territorial y demográfico.
- Un bloque epidemiológico (capítulo 5) con tendencias y eventos prioritarios y lectura territorial.
- Un bloque del sistema de salud (capítulo 6) con infraestructura, recursos humanos y provisión de servicios.
- Un bloque de desigualdades (capítulo 7) para identificar brechas relevantes.
- Un bloque integrador (capítulos 8 a 10) con síntesis, priorización, recomendaciones y conclusiones.
- Anexos técnicos que concentran definiciones, tabulados complementarios y glosario.

2. Metodología, fuentes y limitaciones

2.1. Enfoque metodológico general

El Diagnóstico de Salud se desarrolla bajo un enfoque descriptivo-analítico, orientado a proporcionar una lectura integral y territorialmente útil de la situación de salud, combinando la revisión de determinantes sociales, el perfil epidemiológico y la respuesta del sistema de salud. En términos metodológicos, el documento prioriza: (a) la caracterización de la población y su contexto; (b) la medición de daños a la salud (mortalidad, morbilidad y eventos prioritarios); (c) el análisis de capacidad instalada y productividad; y (d) la integración estratégica para priorizar problemas y derivar recomendaciones operativas para la planeación.

La lógica central del análisis parte de que los patrones de enfermedad y muerte no se distribuyen de forma homogénea en el territorio: se asocian con condiciones de vida, acceso a servicios, dispersión poblacional, marginación, dinámicas demográficas y disponibilidad de recursos. Por ello, el documento privilegia la identificación de tendencias, brechas y concentración del problema. Esta perspectiva permite que el diagnóstico sea, a la vez, una fotografía del estado actual y una herramienta para la focalización territorial.

En la parte cuantitativa, el enfoque se sustenta en el análisis epidemiológico y estadístico de fuentes oficiales, con énfasis en la lectura por territorio y grupos poblacionales, de modo que el diagnóstico no se limite a cifras estatales agregadas, sino que identifique áreas prioritarias para intervención.

En la parte cualitativa o interpretativa, se incorporan explicaciones contextuales cuando existen elementos plausibles (p. ej., barreras geográficas, disponibilidad de unidades, cambios operativos o fenómenos emergentes), cuidando no convertir estas interpretaciones en afirmaciones causales sin sustento.

Asimismo, el diagnóstico adopta un criterio de utilidad práctica pues se incluyen indicadores y tabulados en la medida en que contribuyan a responder preguntas de planeación (qué problema, en dónde, para quién, con qué magnitud y con qué

tendencia), y se procura evitar la sobrecarga del documento con desagregaciones que no puedan sostenerse o actualizarse dentro de los tiempos operativos disponibles.

2.2. Fuentes de información

La elaboración del diagnóstico se fundamenta en el uso de fuentes oficiales, confiables y verificables, integradas bajo un esquema de complementariedad. Como eje cuantitativo principal se utiliza el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA/SIS), por su alcance para integrar información de mortalidad, nacimientos, urgencias, servicios otorgados y otros componentes del desempeño del sistema de salud.

En paralelo, se incorporan fuentes demográficas y socioeconómicas para contextualizar determinantes y población de referencia, así como registros específicos del sector salud cuando aporten información que no esté reflejada en los tabulados centrales.

Las fuentes se organizan en cuatro grupos:

a) Sistemas estadísticos y demográficos.

Se utilizan fuentes como INEGI para variables demográficas, socioeconómicas y geográficas; y, cuando aplique, encuestas nacionales (por ejemplo, ENIGH) para enriquecer la interpretación de condiciones de vida, gasto, estilos de vida y factores de riesgo, siempre que su nivel de desagregación sea útil para el propósito del capítulo correspondiente.

b) Registros de servicios de salud y desempeño del sistema.

El SINBA/SIS se considera la base operativa para cuantificar producción de servicios, urgencias/lesiones, egresos, nacimientos y defunciones (según disponibilidad). Este componente es clave porque permite sostener comparaciones internas (entre jurisdicciones, regiones o municipios) y construir tasas y razones, en la medida en que existan denominadores apropiados.

c) Vigilancia epidemiológica (eventos prioritarios).

Se integra información de vigilancia epidemiológica para eventos seleccionados (transmisibles y vectores, entre otros), priorizando la consistencia temporal y la posibilidad de análisis por semana epidemiológica y municipio. Cuando la vigilancia solo esté disponible de manera agregada por diagnóstico o no exista desagregación por edad/sexo, se utiliza como señal de magnitud territorial y se documenta la limitación.

d) Documentos, diagnósticos previos y literatura técnica.

Se emplean diagnósticos estatales previos como línea base de estructura y continuidad narrativa, además de manuales y documentos metodológicos que respalden el enfoque integral con determinantes sociales y perspectiva epidemiológica.

2.3. Definiciones operativas y criterios de comparabilidad

Para garantizar coherencia entre capítulos y consistencia en el tiempo, el diagnóstico utiliza definiciones operativas comunes:

Unidad territorial: estado, jurisdicción sanitaria, región y municipio (según disponibilidad de cada fuente). Cuando se requiera relacionar municipio–jurisdicción–región, se emplea un puente territorial único y estable para todo el documento.

Tiempo: se trabaja con años calendario en la estadística de servicios (cuando aplique) y con semanas epidemiológicas para vigilancia (cuando esta desagregación esté disponible).

Edad y sexo: se emplean tal como estén disponibles en las fuentes. Si la edad se reporta “en años”, podrá agruparse internamente (p. ej., quinquenios) para análisis, sin alterar el dato original.

Indicadores: se prefiere el uso de tasas, razones y porcentajes cuando existan denominadores consistentes; en caso contrario, se reportan números absolutos con notas de interpretación.

Comparación temporal: solo se realizan comparaciones históricas cuando la serie sea consistente. Cuando existan cambios de definiciones, catálogos, criterios de captura o plataformas, se señala explícitamente.

Además, se adopta un criterio de lectura prudente de pequeñas cifras: en municipios con baja población o eventos raros, variaciones pequeñas pueden producir cambios aparentes grandes; por tanto, se enfatiza la revisión de tendencias acumuladas y la contextualización territorial.

2.4. Corte de información y calendario de actualización

La información incorporada en el presente Diagnóstico de Salud corresponde al corte oficial disponible al 30 de marzo de 2026, fecha considerada como referencia para la consolidación de los tabulados y registros utilizados en su integración, particularmente los derivados de los sistemas institucionales de información en salud. En consecuencia, las cifras, tasas y comparaciones presentadas deben interpretarse con base en dicho corte, el cual constituye la actualización final para la edición 2026.

Con el propósito de asegurar continuidad y comparabilidad, el diagnóstico se actualizará de manera anual mediante la elaboración de la edición subsecuente, incorporando los cierres oficiales más recientes y manteniendo criterios consistentes de presentación, definición de variables y desagregación territorial, conforme a la disponibilidad institucional de la información.

2.5. Limitaciones, sesgos y consideraciones de interpretación

Es indispensable reconocer limitaciones inherentes a un diagnóstico basado en registros administrativos y vigilancia, tanto por cobertura como por comparabilidad histórica. En primer lugar, algunas variables pueden carecer de series largas o consistentes debido a cambios de sistemas de registro, disponibilidad histórica incompleta o incorporación reciente de variables.

En segundo lugar, los registros disponibles suelen ser observacionales: describen eventos y su distribución, pero no permiten atribuir de forma directa el efecto de

intervenciones específicas sobre resultados de salud sin diseños de evaluación adicionales.

Adicionalmente, deben considerarse sesgos operativos como: subregistro, retrasos de notificación, variación en calidad de captura entre unidades/territorios y cambios en prácticas diagnósticas o codificación. Por ello, cuando se observen cambios abruptos, el diagnóstico priorizará: (a) verificar si existe un cambio metodológico o de captura; (b) contrastar con fuentes alternativas disponibles; y (c) documentar la cautela interpretativa.

Finalmente, el diagnóstico evita conclusiones deterministas cuando la evidencia sea limitada. En su lugar, se emiten recomendaciones orientadas a mejorar la información (calidad, oportunidad, interoperabilidad) y a focalizar acciones con base en magnitud y brechas.

2.6. Consideraciones éticas

El manejo de información en el diagnóstico se realiza bajo principios de confidencialidad, uso legítimo y minimización de riesgo. En particular, se garantiza que cualquier información individualizada se trate solo en forma agregada para fines de salud pública y planeación, cumpliendo las disposiciones aplicables en materia de protección de datos personales.

Asimismo, se reconocen explícitamente las limitaciones y posibles sesgos de los datos, procurando contrastar fuentes cuando sea posible y evitando interpretaciones que estigmaticen territorios o poblaciones.

Cuando existan celdas con números muy pequeños que puedan elevar el riesgo de identificación indirecta, se privilegia la presentación agregada o la supresión prudente, conservando el valor analítico sin comprometer la privacidad.

3. Marco conceptual y normativo

El Diagnóstico de Salud Estatal se sustenta en un marco conceptual que permite interpretar los datos más allá de lo descriptivo, explicando por qué ciertos problemas se concentran en territorios o grupos específicos, y cómo se relacionan con condiciones sociales, económicas, ambientales y del propio sistema de salud. Este marco orienta la lectura de los capítulos posteriores, facilita la identificación de brechas evitables y favorece una priorización con enfoque de equidad y curso de vida.

En términos operativos, el documento asume que la situación de salud del estado resulta de la interacción entre: (a) determinantes estructurales (contexto socioeconómico, desigualdad, territorio, educación, empleo y políticas públicas); (b) determinantes intermedios (condiciones de vivienda, acceso a servicios básicos, alimentación, riesgos ambientales, conductas y factores de riesgo); y (c) desempeño del sistema de salud (capacidad instalada, acceso, continuidad, calidad y oportunidad). Bajo este enfoque, los hallazgos no se presentan como hechos aislados, sino como parte de un sistema de causas y consecuencias que debe ser atendido con intervenciones focalizadas.

3.1. Determinantes sociales de la salud

El diagnóstico adopta el enfoque de determinantes sociales de la salud como eje transversal, entendiendo que la salud no depende únicamente de la atención médica, sino de las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Por ello, el análisis incorpora variables del entorno territorial y social —por ejemplo, distribución de la población, marginación, escolaridad, condiciones de vivienda, acceso a agua y saneamiento, y características productivas y ambientales— para explicar patrones epidemiológicos y demandas diferenciadas de servicios.

En este marco, la desigualdad se interpreta como un factor que configura riesgos y también condiciona capacidades de respuesta. Municipios con mayor dispersión poblacional o con menor acceso a servicios básicos pueden presentar barreras acumuladas: mayor distancia a unidades médicas, menor continuidad

de tratamiento, y diagnósticos más tardíos; mientras que zonas urbanas pueden concentrar otras cargas asociadas a estilos de vida, violencia, lesiones o riesgos ocupacionales. El documento integra esta lectura para evitar interpretaciones reduccionistas (por ejemplo, atribuir un problema solo a “conductas individuales”) y para ubicar soluciones en el nivel correcto: prevención, entorno, servicios y políticas públicas.

Asimismo, este enfoque permite distinguir entre problemas de salud de alta carga y aquellos que, aun con menor frecuencia, representan alta severidad o alto impacto social (mortalidad prematura, discapacidad, afectación económica familiar o costos operativos del sistema). Con ello, el diagnóstico busca aportar elementos útiles para la planeación: no sólo qué ocurre, sino dónde ocurre, a quién afecta más y qué determinantes están asociados.

3.2. Curso de vida, equidad y grupos en situación de vulnerabilidad

El análisis se organiza también bajo un enfoque de curso de vida, reconociendo que los riesgos y necesidades cambian según la etapa vital y que muchas condiciones del adulto —incluidas enfermedades crónicas— se explican por exposiciones acumuladas desde edades tempranas. En consecuencia, el diagnóstico integra lecturas específicas para primera infancia, niñez, adolescencia, edad reproductiva, adultez y personas mayores, priorizando los eventos con mayor impacto en mortalidad, discapacidad y demanda de servicios.

De forma complementaria, el documento incorpora un enfoque explícito de equidad, entendido como la obligación institucional de reducir brechas evitables e injustas. Para ello, se consideran grupos que suelen enfrentar barreras adicionales de acceso, oportunidad o calidad, tales como: población en localidades rurales y dispersas; población indígena; personas con discapacidad; personas mayores; niñas, niños y adolescentes; mujeres embarazadas y en puerperio; y personas con necesidades de salud mental o consumo de sustancias. Esta perspectiva no se limita a describir grupos, sino que orienta la identificación

de barreras concretas (geográficas, culturales, económicas, administrativas o de disponibilidad de servicios) y sus implicaciones para el diseño de estrategias.

En coherencia con la organización operativa del sector salud en el estado, la lectura epidemiológica y de servicios se estructura principalmente por Jurisdicción Sanitaria para facilitar la toma de decisiones y la alineación con la gestión regional de los servicios. Paralelamente, la caracterización territorial no sanitaria (clima, geografía, biodiversidad, dinámica poblacional y condiciones del entorno) puede complementarse con una lectura por regiones, cuando aporte contexto útil para comprender riesgos y necesidades diferenciadas.

3.3. Marco normativo aplicable

El presente Diagnóstico de Salud se sustenta en un marco normativo que orienta la interpretación de los hallazgos, la delimitación de competencias institucionales y la articulación de prioridades para la planeación sanitaria. Dicho marco se asume como referencia para ordenar el análisis y dotar de coherencia a las conclusiones y recomendaciones, procurando que el contenido sea consistente con las disposiciones vigentes aplicables al sector salud.

En primer término, el documento se alinea con el enfoque de derechos reconocido en el orden constitucional mexicano, en el que el derecho a la protección de la salud constituye un eje rector para la acción pública. Desde esta perspectiva, el diagnóstico asume que las autoridades sanitarias deben orientar su actuación hacia la prevención de riesgos, la atención de necesidades prioritarias y la reducción de brechas evitables, en un marco de coordinación interinstitucional y corresponsabilidad social, con especial énfasis en la población en situación de vulnerabilidad.

De manera específica, la Ley General de Salud constituye la base normativa federal más relevante para este ejercicio, al organizar y regular materias vinculadas con la salubridad general, la prestación de servicios, la rectoría sanitaria, la regulación y control sanitario, así como la orientación de acciones de prevención, atención y protección de la salud. En términos generales, esta ley define el marco para la organización del Sistema Nacional de Salud, la

coordinación entre órdenes de gobierno y la operación de acciones sanitarias de interés público. Para efectos de vigencia, se considera que la Ley General de Salud ha tenido reformas recientes; entre ellas, las publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 15 de enero de 2026, que incorporan ajustes legales dentro de un paquete reformativo más amplio.

En el ámbito de la planeación, el diagnóstico se concibe como un insumo técnico para la toma de decisiones, en congruencia con el marco que rige la formulación de instrumentos de planeación y sus procesos de seguimiento y evaluación. Esto implica que la evidencia presentada debe facilitar la priorización de problemas y la definición de líneas de acción con criterios de factibilidad, impacto y enfoque territorial, manteniendo consistencia con los instrumentos de planeación aplicables (nacionales y estatales) y con los principios de mejora continua del desempeño institucional.

A nivel estatal, se incorpora como referencia la Ley de Planeación para el Estado de Durango, en tanto ordenamiento que estructura la planeación del desarrollo en la entidad y da sustento a los instrumentos estatales correspondientes. En términos prácticos, esta ley aporta el marco para vincular el diagnóstico con la lógica de programación, priorización y evaluación del quehacer gubernamental en el estado, favoreciendo que la lectura sanitaria se traduzca en decisiones de política pública y en rutas de intervención con orientación a resultados.

Finalmente, el diagnóstico reconoce que la operación cotidiana del sector salud se complementa con disposiciones de carácter técnico y administrativo (lineamientos, normas y criterios institucionales aplicables), particularmente en materias como vigilancia epidemiológica, información en salud, calidad de la atención, seguridad del paciente, organización de servicios y coordinación interinstitucional. Por ello, cuando se presentan tendencias o comparaciones, se prioriza una redacción que sea compatible con la lectura normativa vigente y que facilite su uso como referencia en procesos de planeación y evaluación.

4. Contexto estatal y condicionantes de la salud

El estado de Durango presenta una combinación de rasgos territoriales, demográficos y socioeconómicos que influyen de manera directa en los perfiles de enfermedad, la demanda de servicios y la capacidad de respuesta del sistema de salud. La extensión territorial, la configuración física, la conectividad y las brechas de bienestar se expresan en patrones diferenciados de riesgo y de acceso efectivo a la atención.

Este capítulo describe el marco territorial en el que se distribuye la población, resume la dinámica demográfica y documenta los principales condicionantes sociales y del entorno que, de forma transversal, ayudan a explicar desigualdades observadas en apartados posteriores del diagnóstico.

Nota metodológica sobre delimitación territorial

De acuerdo con el Catálogo Único de Claves de Áreas Geoestadísticas Estatales, Municipales y Localidades del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), con corte a febrero de 2026, el estado de Durango registra **10,067 localidades** en su catálogo administrativo.

Sin embargo, dicho universo incluye localidades sin registro poblacional y localidades con población reportada igual a cero, correspondientes a claves geoestadísticas vigentes que no necesariamente representan asentamientos habitados.

Para efectos del presente diagnóstico y con fines de planeación sanitaria, el análisis territorial considera exclusivamente las localidades con **al menos un habitante registrado**, lo que corresponde a **5,825 localidades habitadas** en el estado.

Esta delimitación metodológica permite centrar el análisis en el universo efectivo de asentamientos con población residente, evitando sobreestimar la dispersión territorial a partir de registros administrativos sin presencia demográfica activa.

4.1. Caracterización geográfica y territorial

4.1.1. Ubicación, extensión y configuración física

Durango se distingue por su amplitud territorial y por una configuración física heterogénea que combina zonas serranas, valles y áreas semidesérticas. Esta diversidad se traduce en variaciones importantes de clima, relieve, disponibilidad de agua y accesibilidad, factores que condicionan la distribución de

asentamientos humanos, la conectividad y, en consecuencia, la oportunidad de acceso a servicios.

Conforme a información de referencia territorial de INEGI, Durango cuenta con una superficie de **123,451 km²**, lo que lo sitúa entre las entidades con mayor extensión del país (4^o). Con una población estatal estimada en **1,939,482** personas para 2026, la densidad poblacional es de aproximadamente **15.7 hab/km²**, reflejando un patrón de ocupación territorial predominantemente disperso y amplias áreas con baja concentración de habitantes. Esta característica incrementa los costos de provisión de servicios, amplifica los tiempos de traslado y exige esquemas diferenciados de organización y cobertura, particularmente en zonas serranas y de difícil acceso. En términos comparativos, la densidad del estado se ubica por debajo del promedio nacional (64.3 hab/km²), lo que constituye un rasgo estructural relevante para la planeación sanitaria y la priorización territorial de intervenciones.

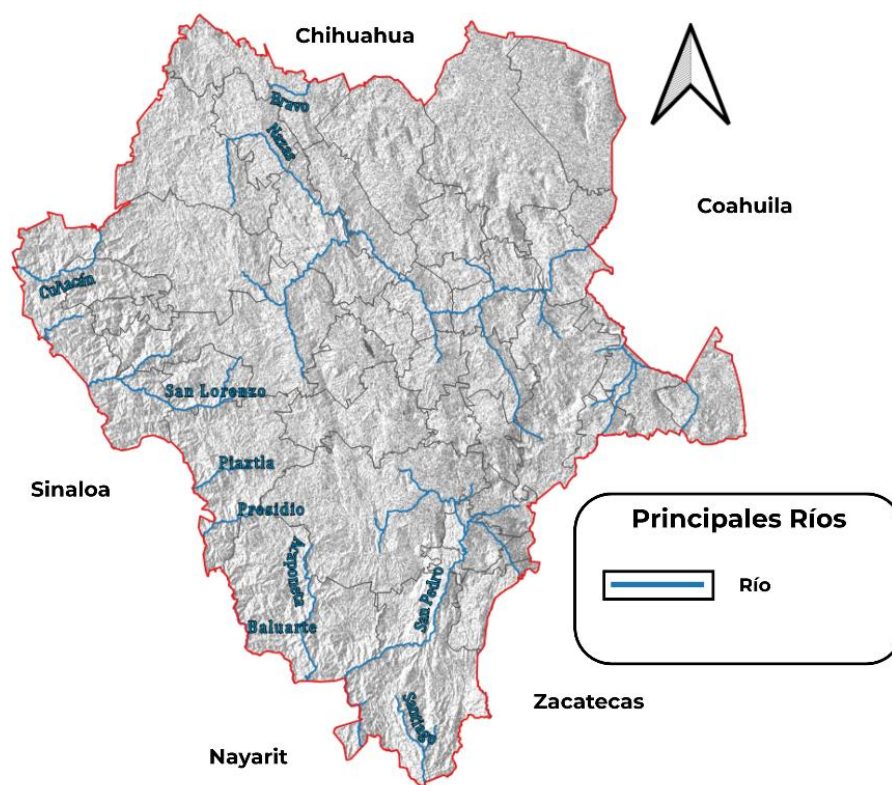
4.1.2. Orografía e hidrografía

La presencia de sistemas montañosos y zonas de transición hacia áreas áridas influye en la temperatura, la precipitación y la disponibilidad hídrica, así como en la conectividad terrestre. Estos rasgos, junto con la distribución de ríos, arroyos, presas y acuíferos, condicionan tanto la localización de centros de población como los corredores de movilidad.

La configuración orográfica del estado está dominada por la **Sierra Madre Occidental**, que atraviesa Durango de noroeste a sur y concentra las mayores elevaciones, pendientes pronunciadas y sistemas de barrancas. Hacia el centro y el oriente, el relieve transita a **valles intermontanos** y planicies que favorecen la localización de asentamientos y corredores de movilidad; hacia el noreste y parte de la región lagunera se expresan rasgos **semiáridos** con amplias superficies de baja precipitación. Esta heterogeneidad condiciona microclimas, aptitud productiva, conectividad terrestre y, de manera indirecta, patrones diferenciados de riesgo sanitario (por ejemplo, accesibilidad en zonas serranas, estrés hídrico en zonas áridas y concentración urbana en valles).

En términos hidrológicos, Durango se vincula a **tres grandes direcciones de escurrimiento**: (1) cuencas interiores asociadas a la región **Nazas–Aguanaval**, relevantes para la Comarca Lagunera y el abastecimiento agrícola/urbano; (2) cuencas con salida al **Pacífico**, particularmente a través del sistema del **río San Pedro Mezquital** y sus afluentes serranos; y (3) cuencas que drenan hacia el **noreste** por tributarios que se integran al sistema del **río Conchos** y, en consecuencia, a la vertiente del **río Bravo**. Esta estructura implica contrastes marcados en disponibilidad de agua superficial y subterránea, así como una dependencia variable de infraestructura hidráulica (presas, derivaciones y redes de abastecimiento) en función del territorio.

Figura 2. Distribución de los principales ríos de Durango



Fuente: Espacio Digital Geográfico-ESDIG SEMARNAT, 2025.

El estado cuenta con presas y cuerpos de regulación que cumplen funciones estratégicas para consumo humano, riego y control de avenidas, con especial importancia en los corredores agrícolas y urbanos. Sin entrar en inventarios exhaustivos, destacan obras de regulación asociadas a los sistemas del **Nazas** y

del **Tunal**, así como aprovechamientos serranos que contribuyen a la seguridad hídrica regional. Para la planeación sanitaria, el punto crítico no es solo la presencia de infraestructura, sino la **variabilidad climática** y la recurrencia de **sequías**, que pueden traducirse en presiones sobre la continuidad de servicios básicos (abasto de agua, saneamiento) y en riesgos de salud ambiental.

4.1.3. Dispersión de localidades y accesibilidad

La conectividad terrestre y el grado de dispersión poblacional son rasgos estructurales del territorio duranguense. En un estado de gran extensión y relieve heterogéneo, la disponibilidad y calidad de la red de caminos y carreteras influye en la movilidad cotidiana, en la integración económica y social de las localidades, y en la oportunidad de acceso a servicios públicos y privados.

De acuerdo con la medición de accesibilidad a carretera pavimentada elaborada por CONEVAL (2020), Durango cuenta con **1,299 localidades clasificadas con bajo grado de accesibilidad** y **2,400 con grado muy bajo**, mientras que **1,055 localidades** se clasifican con grado alto. Esta distribución evidencia la presencia de amplias áreas con conectividad limitada, particularmente en territorios serranos, donde la distancia efectiva y las condiciones del terreno incrementan la dificultad de traslado y la integración funcional con los principales corredores regionales.

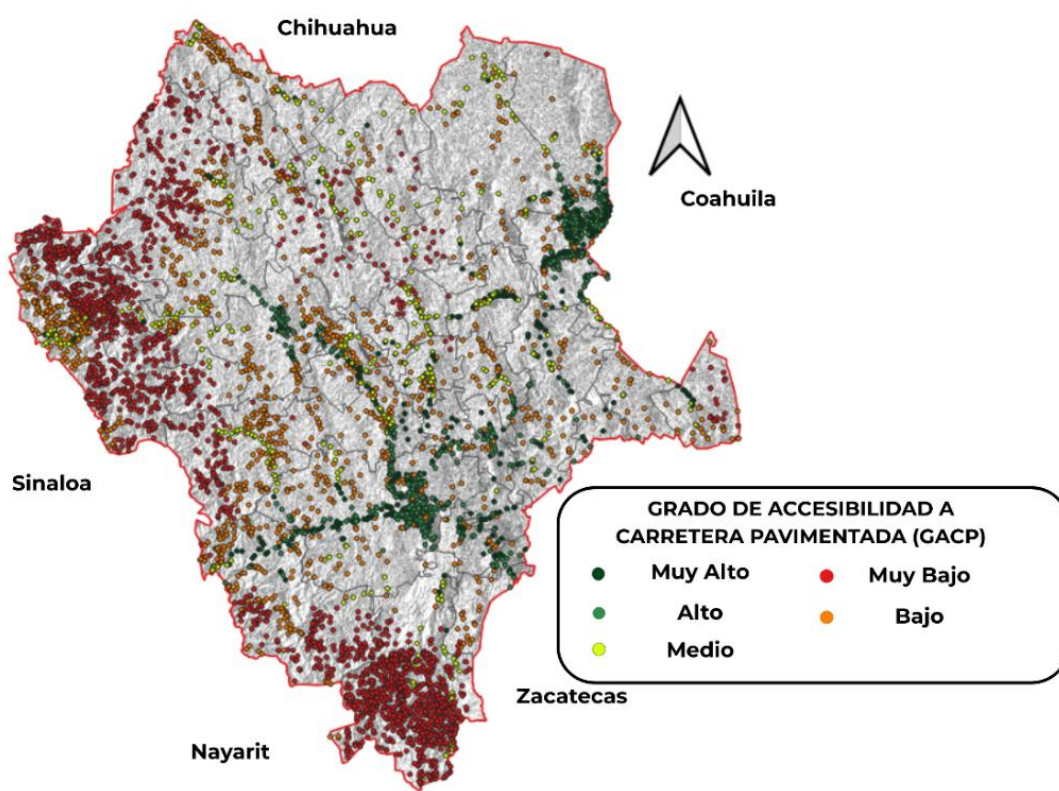
En el análisis municipal por población, destacan municipios donde la totalidad o la gran mayoría de habitantes se ubican en localidades con accesibilidad baja o muy baja: **Topia (100.00%)**, **Otáez (93.62%)**, **San Dimas (91.92%)** y **Mezquital (85.21%)**. En el extremo opuesto, **Vicente Guerrero** presenta **0.00%** de población con accesibilidad baja o muy baja. Estas diferencias territoriales son consistentes con la concentración de barreras de conectividad en zonas de sierra y de alta dispersión.

La conectividad se combina, además, con un patrón de asentamiento marcadamente disperso. Con base en el Catálogo Único de Claves de Áreas Geoestadísticas del INEGI (corte febrero 2026), Durango cuenta con **5,825 localidades habitadas**, de las cuales **4,761 tienen menos de 100 habitantes**, lo que

representa **81.73%** del total de localidades con población. Muchas de estas localidades presentan infraestructura limitada, servicios públicos insuficientes y conectividad precaria.

En conjunto, estos rasgos configuran un territorio con contrastes marcados en conectividad y accesibilidad, con implicaciones directas en la organización de redes de atención y en la oportunidad de acceso a servicios.

Figura 3. Distribución de localidades por grado de acceso a carretera pavimentada



Fuente: CONEVAL, Grado de accesibilidad a carretera pavimentada, 2020.

4.1.4. Distribución geográfica: urbano/rural, jurisdicciones y regiones

La lectura territorial del diagnóstico requiere distinguir entre población **urbana** y **rural**, dado que la estructura de asentamientos determina la demanda potencial de servicios, la distancia efectiva a unidades de atención y la complejidad logística para acciones de prevención, referencia y seguimiento.

Con base en INEGI, en 2026 se identifican **5,825** localidades habitadas en el estado: **61** localidades **urbanas** y **5,764** localidades **rurales**. Aunque las localidades rurales constituyen prácticamente la totalidad del universo de asentamientos (**98.95%**), la población se concentra mayoritariamente en localidades urbanas: **1,336,479** personas residen en localidades urbanas, mientras que en localidades rurales habitan **603,003** personas.

Tabla 1. Distribución de localidades y población por ámbito (2026)

Ámbito	Localidades	% de localidades	Población	% de población
Urbano	61	1.05%	1,336,479	68.9%
Rural	5,764	98.95%	603,003	31.1%
Total	5,825	100	1,939,482	100

Fuente: INEGI, Catálogo Único de Claves de Áreas Geoestadísticas Estatales, Municipales y Localidades, corte febrero de 2026.

Este patrón territorial implica que la mayor parte de la población se concentra en pocos centros urbanos, mientras que la red de atención debe cubrir un amplio número de localidades rurales de pequeña escala, lo que condiciona la organización operativa, la asignación de recursos y los esquemas de cobertura.

Figura 4. Distribución de localidades, ámbito urbano/rural



Fuente: Catálogo Único de Claves de Áreas Geoestadísticas Estatales, Municipales y Localidades, INEGI 2026

Para fines operativos, esta distribución se complementa con la organización del territorio en **jurisdicciones sanitarias** y **regiones**, las cuales facilitan la planeación, la asignación de recursos y la lectura comparativa de indicadores. La desagregación por jurisdicción y por región se presenta en el apartado 4.2, junto con las principales concentraciones municipales, a fin de mantener consistencia entre la caracterización territorial y la dinámica demográfica.

4.2. Dinámica demográfica y distribución territorial de la población

La dinámica demográfica del estado de Durango constituye un elemento central para la planeación sanitaria, en tanto define la magnitud de la demanda potencial de servicios, la distribución territorial de la población y la organización operativa requerida para garantizar acceso efectivo. Para efectos del presente Diagnóstico, la caracterización demográfica se presenta con un enfoque territorial que permite interpretar la concentración poblacional, la dispersión

geográfica y la heterogeneidad municipal, considerando que estos rasgos condicionan tanto la oferta de servicios como los costos de provisión, la continuidad de la atención y la capacidad de respuesta ante eventos prioritarios.

4.2.1. Población total y concentración territorial

Con base en los datos de CONAPO, en 2026 Durango registra una población total de **1,939,482** habitantes. Esta población se distribuye de manera marcadamente concentrada en pocos municipios de alta densidad relativa: el municipio de **Durango** concentra **739,484** personas, mientras que **Gómez Palacio** registra **399,610** y **Lerdo** **176,843**. En conjunto, estos tres municipios agrupan **1,315,937** habitantes, lo que representa una proporción mayoritaria del total estatal (**67.84%**) y confirma un patrón demográfico de concentración en los principales polos urbanos, con implicaciones directas en la organización de redes de referencia y en la distribución territorial de la capacidad instalada.

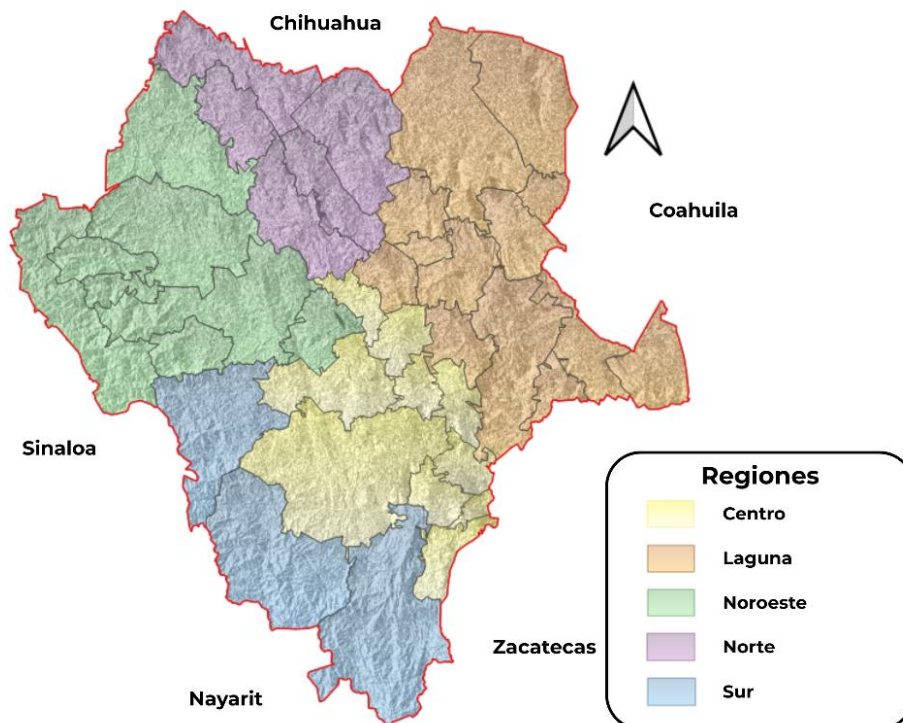
4.2.2. Distribución por regiones

La extensión territorial del estado, la heterogeneidad del relieve y la marcada dispersión de localidades hacen indispensable utilizar escalas intermedias de análisis que permitan ordenar la lectura territorial y facilitar la comunicación de hallazgos. En ese sentido, la división por **regiones** se emplea como un marco de referencia para agrupar municipios con vínculos históricos y patrones de integración geográfica, social, económica y funcional, lo cual ayuda a interpretar contrastes entre áreas urbanas consolidadas, áreas con mayor integración territorial por conectividad vial y territorios serranos con mayor aislamiento relativo.

Esta regionalización no sustituye la organización administrativa ni la operación sanitaria, pero sí permite presentar la información demográfica y social de manera más comprensible, sintetizar tendencias y comparar subterritorios con características similares. Por razones de consistencia y comparabilidad con diagnósticos previos, se conserva la clasificación regional de cinco ámbitos: **Centro, Laguna, Norte, Noroeste y Sur**.

A continuación se presenta la distribución de población por **región operativa**, útil para lectura territorial del diagnóstico.

Figura 5. Distribución de municipios por región



Fuente: Elaboración propia con base en la estrategia de regionalización del documento *Análisis Regional*, Dirección de Planeación de la Coordinación del Gabinete del Estado de Durango.

- **Región Centro:** Durango, Guadalupe Victoria, Canatlán, Coneto de Comonfort, Nombre de Dios, San Juan del Río, Poanas, Vicente Guerrero, Pánuco de Coronado, Súchil.
- **Región Sur:** Pueblo Nuevo, Mezquital, San Dimas.
- **Región 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.
- **Región Norte:** Ocampo, El Oro, San Bernardo, Hidalgo, Indé.
- **Región Noroeste:** Santiago Papasquiaro, Tepehuanes, Tamazula, Guanaceví, Otáez, Canelas, Topia, Nuevo Ideal.

En cuanto a la **distribución poblacional** bajo esta delimitación regional, se observan contrastes amplios asociados a la naturaleza de los municipios que integran cada región: mientras el **Centro** y la **Laguna** concentran los principales núcleos urbanos y, por tanto, la mayor proporción de habitantes, el **Noroeste**, el **Sur** y el **Norte** agrupan territorios con menor densidad y mayor dispersión, lo que se traduce en cargas operativas diferenciadas para la planeación y la provisión de servicios.

Tabla 2. Población por región

Región	Población 2026	%
Región Centro	917,601	47.3
Región Laguna	723,025	37.3
Región Noroeste	147,191	7.6
Región Sur	122,945	6.3
Región Norte	28,720	1.5

Fuente: SGCONAPO. Reconstrucción y proyecciones de la población de los municipios de México, 1990-2040

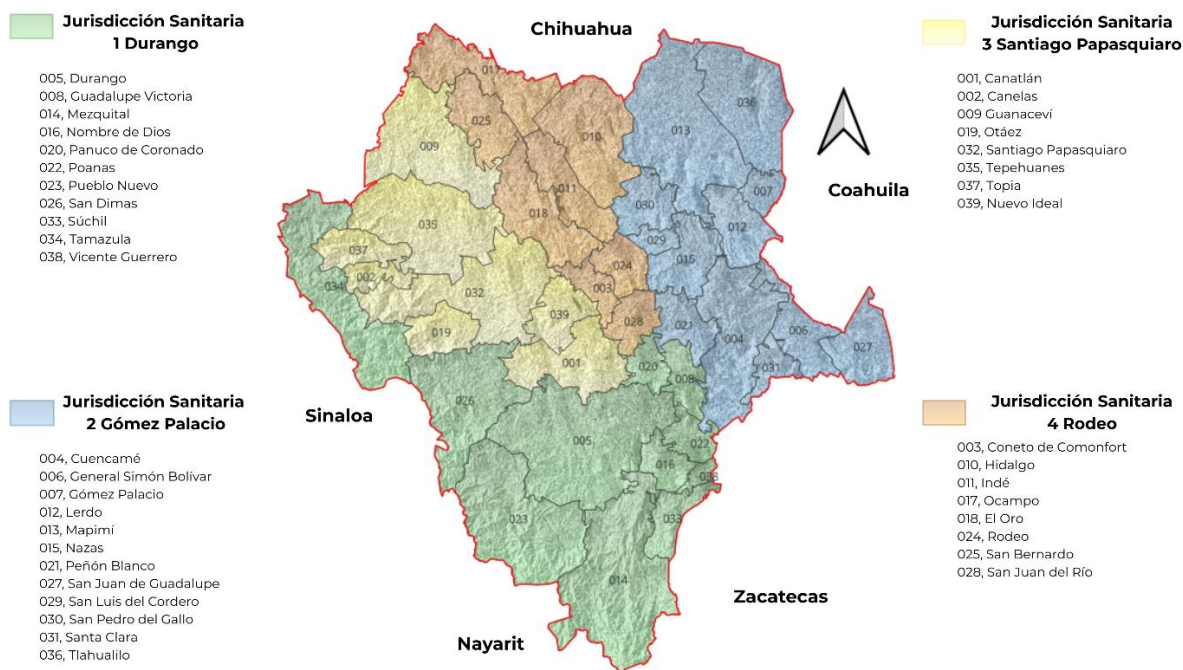
4.2.3. Distribución por jurisdicción sanitaria

Para la operación de los servicios, la entidad utiliza una organización territorial propia del sector salud a través de **jurisdicciones sanitarias**, que funcionan como unidades de conducción técnica y administrativa para la planeación, coordinación y supervisión de acciones. Esta división permite organizar la red de unidades, la implementación de programas, las actividades de vigilancia y control, así como el seguimiento de indicadores y la articulación interinstitucional en el territorio.

En Durango, la estructura jurisdiccional se integra por **cuatro jurisdicciones**, identificadas por la sede de sus oficinas: **Jurisdicción Sanitaria N.º 1 – Durango**; **Jurisdicción Sanitaria N.º 2 – Gómez Palacio**; **Jurisdicción Sanitaria N.º 3 – Santiago Papasquiaro**; y **Jurisdicción Sanitaria N.º 4 – Rodeo**. La presentación de la población por jurisdicción en este apartado permite anticipar cargas operativas relativas y contextualizar.

La jurisdicción sanitaria constituye una escala operativa central para la planeación, supervisión y organización de servicios, especialmente para acciones comunitarias y de primer nivel.

Figura 6. Distribución de municipios por jurisdicción sanitaria



Fuente: Elaboración propia con base en la delimitación jurisdiccional de Servicios de Salud de Durango.

Con el propósito de facilitar la lectura territorial, la figura previa muestra la distribución de municipios por jurisdicción sanitaria. Con esa misma delimitación, la tabla siguiente resume la población estimada en 2026 por jurisdicción, lo que permite dimensionar de forma comparativa la magnitud poblacional y la carga operativa relativa de cada una.

Tabla 3. Población por jurisdicción sanitaria (base 2026)

Jurisdicción	Población 2026	%
Jurisdicción Sanitaria 1	1,019,567	52.6
Jurisdicción Sanitaria 2	710,329	36.6
Jurisdicción Sanitaria 3	152,233	7.8
Jurisdicción Sanitaria 4	57,353	3.0

Fuente: SGCONAPO. Reconstrucción y proyecciones de la población de los municipios de México, 1990-2040

4.2.4. Municipios con mayor y menor población

La comparación entre municipios con **mayor** y **menor** población permite dimensionar, de manera sintética, la **disparidad territorial** que caracteriza a Durango. La concentración poblacional y de actividades económicas en determinados municipios genera economías de aglomeración, entendidas como las ventajas derivadas de la proximidad territorial entre población, servicios, infraestructura y mercados laborales. Este fenómeno favorece la eficiencia en la provisión de bienes y servicios, incluida la atención en salud, pero también acentúa brechas territoriales en entidades con alta dispersión poblacional, como es el caso de Durango.

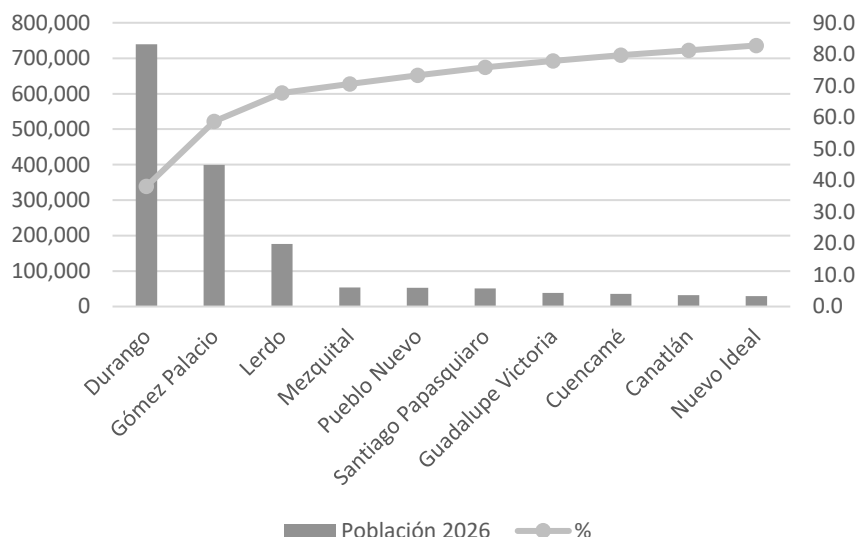
Tabla 4. Diez municipios con mayor población (base 2026)

Municipio	Población 2026	%
Durango	739,484	38.1
Gómez Palacio	399,610	20.6
Lerdo	176,843	9.1
Mezquital	53,894	2.8
Pueblo Nuevo	52,770	2.7
Santiago Papasquiaro	51,136	2.6
Guadalupe Victoria	38,043	2.0
Cuencamé	35,404	1.8
Canatlán	31,708	1.6
Nuevo Ideal	29,119	1.5

Fuente: SGCONAPO. Reconstrucción y proyecciones de la población de los municipios de México, 1990-2040

Esta concentración implica que la mayor parte de la demanda potencial de servicios hospitalarios y especializados se localiza territorialmente en los tres municipios previamente mencionados. El resto de los municipios (29) se distribuye en volúmenes poblacionales comparativamente menores, con predominio de localidades rurales y mayor dispersión territorial.

Gráfica 1. Distribución y concentración acumulada de la población en los diez municipios más poblados del estado de Durango, 2026



Fuente: SGCONAPO. Reconstrucción y proyecciones de la población de los municipios de México, 1990–2040.

En el extremo opuesto, los municipios con menor población son **San Pedro del Gallo (1,869)**, **San Luis del Cordero (2,153)**, **San Bernardo (2,474)**, **Hidalgo (3,883)**, **Coneto de Comonfort (3,949)** y **Canelas (4,371)**, entre otros. En conjunto, estos seis municipios suman **18,699** habitantes (aproximadamente **0.96%** del total estatal), lo que ilustra la existencia de territorios de muy baja escala poblacional y evidencia contrastes significativos en las condiciones de provisión de servicios y conectividad territorial.

Adscripción institucional y aseguramiento

Si bien la adscripción institucional y la condición de aseguramiento no forman parte estricta de la dinámica demográfica —entendida como tamaño, estructura y distribución territorial de la población—, su inclusión en este apartado permite vincular la magnitud poblacional con la organización operativa del acceso a los servicios de salud.

Desde una perspectiva de planeación, la distribución de la población según su condición de seguridad social condiciona la **demanda efectiva**, la asignación de recursos, la organización de redes de atención y la carga operativa de los Servicios

Estatales de Salud, particularmente en un contexto de alta concentración urbana y amplia dispersión rural como el que caracteriza a Durango.

Por esta razón, se presenta a continuación un **resumen estatal de la adscripción institucional**, con el propósito de ofrecer un marco de referencia para la lectura de los capítulos posteriores. El análisis detallado de cobertura, provisión de servicios y continuidad de la atención se desarrolla de manera específica en el **Capítulo 6 (Sistema de salud)**. La siguiente tabla presenta una estimación institucional basada en registros administrativos y proyecciones demográficas; el análisis de afiliación autorreportada y su implicación sanitaria se desarrolla en el apartado 4.5.

Tabla 5. Resumen estatal por adscripción institucional / aseguramiento

Concepto	Personas
Población total	1,939,482
Con seguridad social (IMSS + ISSSTE)	967,795
• IMSS	704,634
• ISSSTE	263,161
Sin seguridad social (SSA + IMSS-Bienestar + sin acceso)	971,687
• Servicios Estatales de Salud (SSA/SSD)	750,579
• IMSS-Bienestar	204,847
• Sin acceso a servicios	16,261

Fuente: Elaboración propia con base en SGCONAPO. Reconstrucción y proyecciones de la población de los municipios de México, 1990–2040; y registros administrativos institucionales de adscripción y aseguramiento.

La lectura demográfica y territorial descrita en este apartado constituye la base para la identificación de condicionantes estructurales que se desarrollan en el apartado 4.5, los cuales permiten interpretar las implicaciones sanitarias del contexto estatal.

4.3. Condiciones socioeconómicas y bienestar

Las condiciones socioeconómicas constituyen un componente transversal para comprender la carga de enfermedad, el riesgo de complicaciones, la adherencia terapéutica y el acceso efectivo a servicios. En Durango, como en otras entidades con marcada heterogeneidad territorial, los determinantes sociales se expresan de manera diferenciada: mientras ciertos polos urbanos concentran oportunidades educativas, empleo y conectividad, diversas zonas rurales y

serranas enfrentan mayores rezagos estructurales asociados a precariedad de servicios básicos, menor oferta educativa y barreras para acceder a servicios de salud de forma oportuna.

En este apartado se sintetizan los principales determinantes socioeconómicos que influyen en la salud, con énfasis en su relación con desigualdades, riesgo de complicaciones y acceso efectivo a servicios. Esto incluye la interacción entre ingreso, empleo, seguridad social, condiciones de vivienda, acceso a agua y saneamiento, escolaridad, movilidad y redes de apoyo.

4.3.1. Panorama económico estatal

La estructura productiva y laboral del estado condiciona la capacidad de los hogares para generar ingresos, sostener gastos corrientes y afrontar costos asociados a la atención de la salud, tales como transporte, tiempo de cuidado y adquisición de medicamentos no cubiertos. En este sentido, el panorama económico estatal se analiza a partir de la participación económica, la ocupación, el desempleo, la inserción sectorial y los niveles de ingreso laboral, con base en información reciente de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE).

Participación económica y ocupación. De acuerdo con la ENOE, al tercer trimestre de 2025, Durango registró una **Población Económicamente Activa (PEA) de 895,314 personas**, lo que representa una proporción relevante de la población de 15 años y más. De este total, **868,897 personas se encontraban ocupadas**, mientras que **26,417 se encontraban desocupadas**, lo que equivale a una tasa de desocupación cercana a 3.0%. No obstante, persisten diferencias relevantes por sexo, sector de ocupación y acceso a prestaciones.

En términos de composición por sexo, la PEA se integra mayoritariamente por hombres (**535,856**) frente a mujeres (**359,458**). Sin embargo, esta mayor participación masculina no necesariamente se traduce en mejores condiciones laborales para ambos sexos, como se observa al analizar los niveles de ingreso, la duración de la jornada laboral y el acceso a prestaciones.

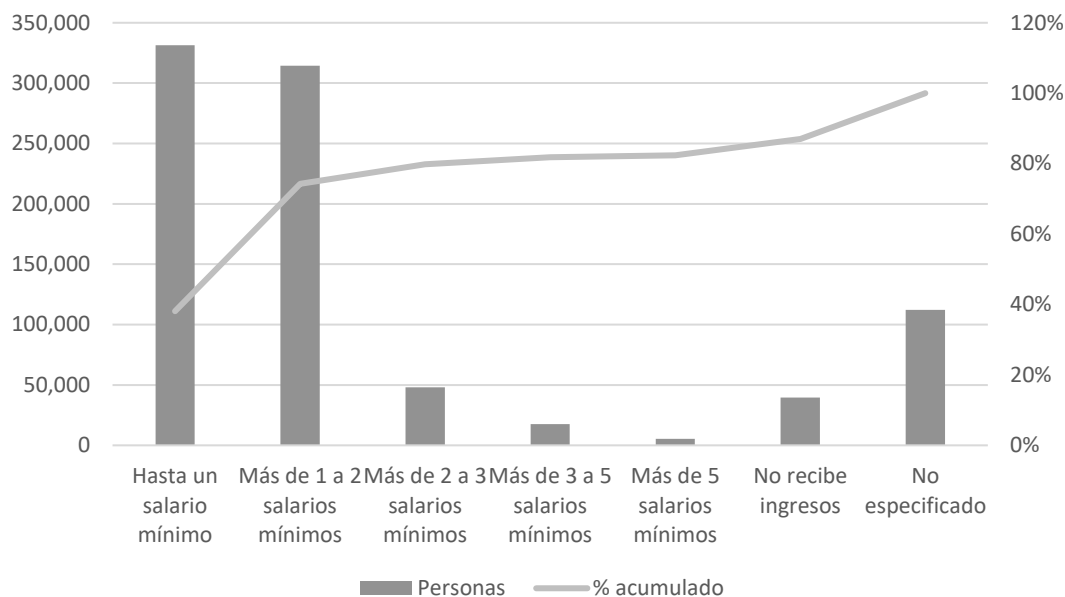
Estructura sectorial del empleo. La población ocupada en Durango se concentra principalmente en el **sector terciario**, que agrupa **505,483 personas**, reflejando el

peso del comercio, los servicios y las actividades vinculadas al sector público y privado. El **sector secundario** concentra **244,408 personas**, con una participación relevante de la industria manufacturera (**156,685**) y la construcción (**69,693**), mientras que el **sector primario** emplea a **112,319 personas**, principalmente en actividades agropecuarias. Esta estructura confirma la coexistencia de actividades urbanas de servicios con un componente rural aún significativo, especialmente en regiones serranas y de menor conectividad.

La distribución sectorial se asocia también con patrones territoriales: los servicios y la industria se concentran en áreas urbanas y corredores con mayor conectividad, mientras que las actividades primarias predominan en municipios rurales.

Niveles de ingreso laboral. El análisis de los ingresos laborales muestra una marcada concentración en rangos bajos. De la población ocupada, **331,384 personas perciben hasta un salario mínimo**, y **314,398 personas obtienen más de uno y hasta dos salarios mínimos**, lo que en conjunto representa una proporción mayoritaria de la fuerza laboral con ingresos limitados. En contraste, únicamente **5,423 personas** perciben ingresos superiores a cinco salarios mínimos, evidenciando que los ingresos altos se concentran en una fracción muy reducida de la población ocupada.

Gráfica 2. Distribución de la población ocupada por nivel de ingreso laboral. Durango, tercer trimestre de 2025



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), Indicadores estratégicos, T3 2025.

Esta estructura de ingresos bajos limita la capacidad de los hogares para sostener gastos de bolsillo en salud y favorece la postergación de atención, especialmente ante enfermedades de alto costo.

Estas diferencias se profundizan al considerar la desagregación por sexo: las mujeres tienden a concentrarse en mayor proporción en los rangos de ingreso más bajos, mientras que los hombres predominan en los tramos medios y altos, lo que sugiere la persistencia de brechas de género en el mercado laboral estatal, las cuales se reflejan posteriormente en la distribución del ingreso, el acceso a seguridad social y los niveles de bienestar.

Duración de la jornada laboral. En cuanto a la duración de la jornada, la mayor parte de la población ocupada trabaja entre **35 y 48 horas semanales (425,565 personas)**, seguida por quienes laboran **más de 48 horas (200,537 personas)**. Este patrón indica una carga laboral elevada para un segmento importante de trabajadores, con posibles implicaciones en la salud, el bienestar y la conciliación entre trabajo y vida personal. Al mismo tiempo, un grupo menor reporta jornadas parciales o intermitentes, asociadas con menor estabilidad e ingresos más bajos.

Adicionalmente, la estructura sectorial y la distribución de ingresos sugieren una presencia relevante de ocupaciones con bajos niveles de formalización, particularmente en actividades terciarias y primarias, lo que tiene implicaciones directas en la estabilidad del ingreso y el acceso a esquemas de protección social.

En conjunto, el panorama económico estatal se caracteriza por una participación laboral amplia, una tasa de desocupación relativamente baja y una estructura productiva dominada por el sector terciario, pero también por una **alta concentración de trabajadores en rangos de ingreso bajos**, brechas de género persistentes y contrastes territoriales vinculados a la conectividad y al tipo de actividad económica. Estos rasgos constituyen el marco económico de referencia para el análisis de desigualdad y bienestar que se desarrolla en el apartado siguiente.

4.3.2. Pobreza, desigualdad y bienestar

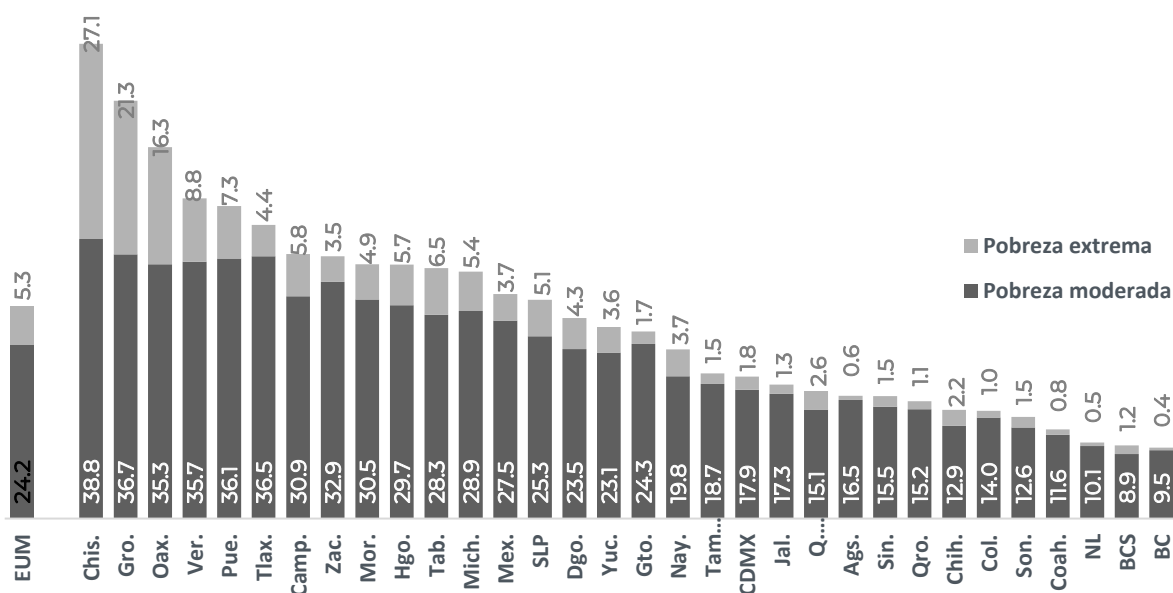
La pobreza, la marginación y la desigualdad operan como determinantes estructurales de la salud: condicionan la alimentación, la continuidad de tratamientos, el acceso a servicios preventivos y la exposición a riesgos ambientales. En un territorio con alta dispersión de localidades y contrastes de conectividad, estas brechas tienden a expresarse con mayor intensidad en municipios serranos y en localidades rurales de baja escala poblacional.

Pobreza multidimensional

Con base en la medición de **Pobreza Multidimensional 2024** (cálculos con ENIGH 2024, metodología CONEVAL), en Durango **29.6%** de la población se encuentra en situación de pobreza: **24.2%** en pobreza moderada y **5.3%** en pobreza extrema.

En el contexto nacional, Durango se ubica en un nivel intermedio de pobreza, por debajo de las entidades con mayores rezagos, pero aún con una proporción relevante de población en pobreza moderada y extrema, como se muestra en la gráfica siguiente.

Gráfica 3. Población en situación de pobreza, según entidad federativa



Fuente: INEGI. Medición de la Pobreza Multidimensional (ENIGH 2024; metodología de referencia CONEVAL)

Este nivel, si bien representa una reducción respecto a 2022, implica que prácticamente **tres de cada diez personas** enfrentan simultáneamente limitaciones de ingreso y carencias sociales, con efectos directos sobre su capacidad para sostener condiciones adecuadas de salud.

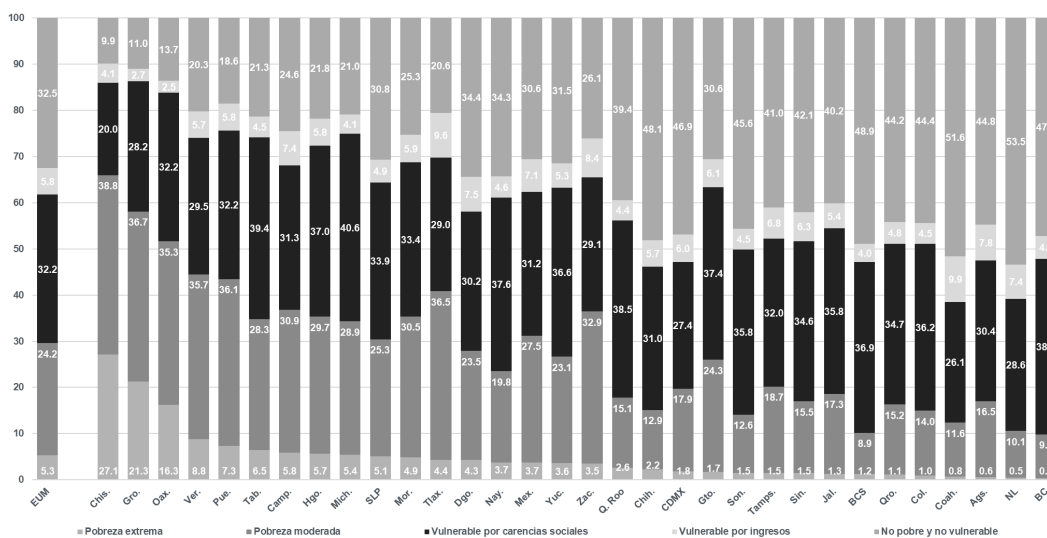
La pobreza extrema, asociada a privaciones severas, incrementa de manera significativa la vulnerabilidad sanitaria, particularmente frente a enfermedades prevenibles, desnutrición, complicaciones de padecimientos crónicos y barreras para acceder de forma oportuna a servicios médicos. En términos de planeación, este segmento requiere intervenciones focalizadas y esquemas de atención con fuerte componente comunitario y de primer nivel.

Vulnerabilidad y población no pobre

Además de la población en pobreza, **32.2%** de las personas en el estado se clasifica como **vulnerable por carencias sociales** y **5.8%** como **vulnerable por ingresos**. Aunque estos grupos no cumplen simultáneamente los criterios de pobreza multidimensional, se encuentran expuestos a riesgos latentes ante choques económicos, enfermedades de alto costo o interrupciones en el ingreso,

lo que puede traducirse rápidamente en deterioro del bienestar y mayor presión sobre los servicios públicos de salud.

Gráfica 4. Distribución porcentual de indicadores de pobreza, según entidad federativa



Fuente: INEGI. Medición de la Pobreza Multidimensional 2024

En contraste, **32.5%** de la población se clasifica como **no pobre y no vulnerable**, proporción que ha mostrado una tendencia creciente en los últimos años. Este grupo concentra mayores niveles de bienestar económico y menor exposición a carencias estructurales; sin embargo, su distribución territorial es desigual y se asocia principalmente a áreas urbanas y municipios con mayor integración económica y conectividad.

Carencias sociales y su impacto en la salud

El análisis de las carencias sociales permite identificar los principales factores estructurales que condicionan el bienestar y la salud de la población. En 2024, **61.7%** de la población presentaba **al menos una carencia social**, y **27.0%** acumulaba **dos o más carencias**, lo que evidencia la persistencia de brechas estructurales relevantes.

Las carencias con mayor prevalencia fueron:

- **Acceso a la seguridad social (48.2%)**, que refleja alta informalidad y ausencia de prestaciones.

- **Acceso a los servicios de salud (34.2%)**, que apunta a brechas de afiliación/adscripción y continuidad de atención.
- **Acceso a la alimentación nutritiva y de calidad (14.4%)**, indicador directamente vinculado con riesgos nutricionales, especialmente en población infantil, mujeres embarazadas y personas adultas mayores.
- **Rezago educativo (18.6%)**, con implicaciones indirectas en el uso de servicios preventivos, la adherencia a tratamientos y la comprensión de riesgos en salud.

Estas carencias tienden a concentrarse y acumularse en los mismos hogares y territorios, amplificando los riesgos sanitarios y la complejidad de las intervenciones necesarias, particularmente en localidades rurales dispersas.

Bienestar económico e ingreso

Desde la perspectiva del bienestar económico, los indicadores muestran una mejora gradual, aunque con niveles aún limitados. En 2024, **12.1%** de la población registró ingresos inferiores a la línea de pobreza extrema por ingresos y **46.0%** se ubicó por debajo de la línea de pobreza por ingresos. Estas proporciones, aunque menores a las observadas en años previos, reflejan una estructura económica en la que una parte significativa de los hogares enfrenta restricciones severas para cubrir necesidades básicas, incluidos los gastos asociados a la atención en salud.

Estos resultados son congruentes con la distribución del ingreso laboral descrita en el apartado 4.3.1, caracterizada por una alta concentración de personas ocupadas en rangos de hasta dos salarios mínimos y una participación marginal de ingresos altos, lo que limita la capacidad de ahorro y la resiliencia financiera ante eventos adversos de salud.

Desigualdad del ingreso (Índice de Gini)

La desigualdad en la distribución del ingreso se refleja en el **coeficiente de Gini**, estimado a partir de la ENIGH. Para Durango, el coeficiente de Gini pasó de **0.382** en 2016 a **0.355** en 2024, lo que indica una **reducción gradual de la desigualdad del ingreso** en el periodo reciente. Este nivel es inferior al promedio nacional (**0.391**

en 2024), lo que sugiere que, en términos relativos, la distribución del ingreso en el estado es menos desigual que la observada a nivel país.

No obstante, esta mejora en el indicador de desigualdad coexiste con **niveles absolutos de ingreso bajos** para amplios segmentos de la población, como se observa en los deciles inferiores de ingreso corriente por hogar. En 2024, el ingreso promedio trimestral del **primer decil** en Durango fue de **16,052 pesos**, mientras que el **décimo decil** alcanzó **186,620 pesos**, lo que implica una brecha sustantiva entre los hogares con menores y mayores ingresos. Esta combinación de menor desigualdad relativa y bajos niveles de ingreso absoluto limita la capacidad de los hogares para enfrentar gastos de bolsillo en salud y reduce los márgenes de protección financiera ante enfermedades.

Implicaciones territoriales y para la planeación sanitaria

La pobreza, la desigualdad y las carencias sociales no se distribuyen de manera homogénea en el estado. Tienden a concentrarse en municipios rurales, zonas serranas y localidades con baja o muy baja conectividad, donde la dispersión poblacional, las distancias y la menor integración económica incrementan los costos de acceso efectivo a los servicios de salud y dificultan la continuidad de la atención.

En este contexto, las brechas de bienestar constituyen un elemento central para la planeación sanitaria, ya que condicionan no sólo la demanda potencial de servicios, sino también la capacidad real de la población para utilizarlos de manera oportuna. La persistencia de carencias en seguridad social y acceso a servicios de salud refuerza la necesidad de estrategias diferenciadas, con énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención, acciones comunitarias y esquemas de cobertura que consideren explícitamente las condiciones socioeconómicas y territoriales de la población.

4.3.3. Contexto cultural e interculturalidad

Durango presenta una diversidad cultural y lingüística que constituye un elemento estructural para la planeación sanitaria, particularmente en regiones serranas y de alta dispersión poblacional. Las prácticas culturales, la lengua, las

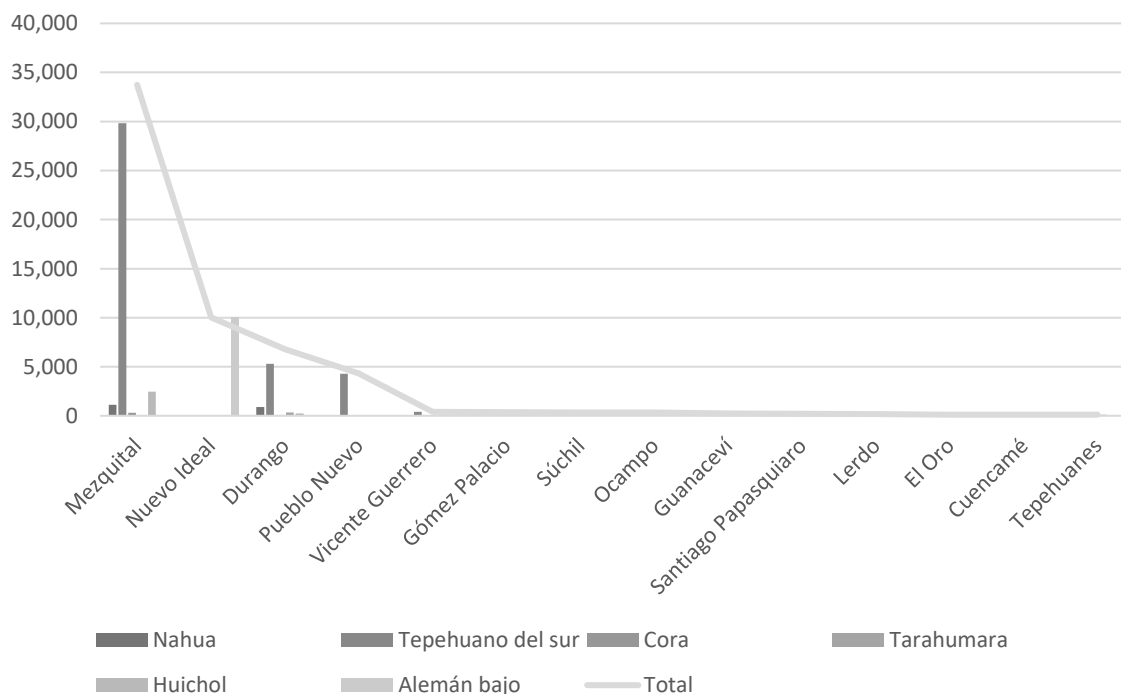
formas tradicionales de organización comunitaria y las concepciones locales sobre salud y enfermedad influyen de manera directa en la utilización de servicios médicos, la adherencia a tratamientos y la oportunidad de la atención.

Población indígena y distribución lingüística

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020 del INEGI —última actualización disponible en materia de hablantes de lengua indígena—, en Durango se identifican cuatro lenguas indígenas principales:

- **Tepehuano del Sur**, con 39,762 hablantes, que representa aproximadamente el 84.2% de la población indígena estatal.
- **Huichol**, con cerca de 3,000 hablantes (6.4%).
- **Náhuatl (Mexicaneros)**, con 1,883 hablantes (aproximadamente 4%).
- **Tarahumara**, con 683 hablantes.

Gráfica 5. Municipios con más de 100 personas hablantes de lengua indígena



Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020.

La mayor concentración lingüística se localiza en el municipio de **Mezquital**, donde convergen hablantes de tepehuano del sur, náhuatl y huichol, constituyendo el principal núcleo intercultural del estado. También se registran comunidades relevantes en municipios como **Pueblo Nuevo, Durango y Vicente Guerrero**, principalmente de tepehuano del sur.

Este patrón territorial confirma que la interculturalidad no es un fenómeno homogéneo en la entidad, sino concentrado en municipios específicos con características de dispersión, conectividad limitada y mayor prevalencia de carencias sociales, lo que exige esquemas diferenciados de atención.

Servicios interculturales en salud

En materia operativa, el sistema estatal de salud cuenta con **siete enlaces interculturales**, quienes desempeñan funciones de mediación lingüística y cultural, adaptación de materiales educativos y acompañamiento comunitario. Estos enlaces facilitan la comunicación entre personal de salud y comunidades indígenas, reduciendo barreras idiomáticas y promoviendo mayor aceptación de intervenciones preventivas y terapéuticas.

Asimismo, el **Hospital Integral de La Guajolota**, en el municipio de Mezquital, dispone de un módulo de medicina tradicional que integra a un médico tradicional indígena en coordinación con personal alopático. Este modelo representa un esfuerzo de sincretismo institucional orientado a respetar la cosmovisión local y fortalecer la confianza comunitaria en los servicios formales.

Si bien estas experiencias constituyen avances relevantes, la cobertura intercultural aún es limitada frente a la magnitud territorial del estado, por lo que la pertinencia cultural continúa siendo un desafío estructural para el primer nivel de atención.

Medicina tradicional y prácticas culturales de salud

La medicina tradicional mantiene vigencia en comunidades indígenas y rurales, donde curanderos, parteras y hueseros desempeñan un papel central en el cuidado físico, mental y espiritual. El uso de plantas medicinales como la

governadora, el epazote, el nopal y el eucalipto forma parte del conocimiento ancestral transmitido intergeneracionalmente.

Prácticas como el temazcal, las limpias y las sobadas constituyen recursos terapéuticos culturalmente legitimados. Si bien estas prácticas pueden tener efectos complementarios y fortalecer el acompañamiento emocional y comunitario, también presentan desafíos cuando sustituyen tratamientos alopáticos necesarios o cuando se aplican sin criterios de seguridad.

Desde la perspectiva sanitaria, la interculturalidad no implica sustituir la medicina convencional, sino articular ambos sistemas bajo criterios de seguridad, evidencia y respeto cultural, reduciendo el riesgo de retraso en la atención de padecimientos graves.

Alimentación y prácticas culturales

La cultura alimentaria duranguense combina tradiciones rurales, indígenas y menonitas. La transición alimentaria en zonas urbanas y semiurbanas —con mayor disponibilidad de alimentos ultraprocesados y patrones altos en grasas, azúcares y sodio— puede amplificar la carga de obesidad, diabetes e hipertensión.

En contraste, el sistema tradicional de **milpa** y las prácticas de autoconsumo en zonas rurales e indígenas favorecen la disponibilidad de maíz, frijol, calabaza y otros productos frescos, con potencial protector en términos nutricionales. No obstante, la inseguridad alimentaria, la limitada diversidad dietética en algunos territorios y la vulnerabilidad climática pueden afectar negativamente la calidad de la alimentación.

Cohesión social, migración e inseguridad

Las redes comunitarias constituyen un factor protector relevante en salud. En zonas rurales e indígenas, los comités comunitarios, organizaciones religiosas y redes familiares fortalecen la resiliencia social y facilitan la implementación de programas de promoción y prevención.

Sin embargo, fenómenos como la migración laboral, la fragmentación familiar y la inseguridad —particularmente en municipios como Mezquital y Tamazula—

pueden debilitar el tejido social, dificultar la operación de brigadas y limitar la continuidad de intervenciones comunitarias. La ruptura de redes de apoyo se asocia además con mayor vulnerabilidad a problemas de salud mental y consumo de sustancias.

Implicaciones para la planeación sanitaria

La diversidad cultural y lingüística del estado exige incorporar criterios de pertinencia intercultural en la organización de servicios, particularmente en:

- el primer nivel de atención,
- la salud materna y perinatal,
- las estrategias comunitarias,
- la comunicación en salud,
- y la promoción de estilos de vida saludables.

La presencia de comunidades indígenas en territorios de alta dispersión y baja conectividad refuerza la necesidad de modelos flexibles, con fuerte componente comunitario, mediación lingüística y coordinación intersectorial.

En conjunto, el contexto cultural de Durango no sólo constituye un rasgo identitario, sino un determinante estructural que incide en el acceso efectivo a la salud, la utilización de servicios y la efectividad de las intervenciones públicas. Incorporar la interculturalidad como eje transversal fortalece la equidad y mejora la calidad de la atención en territorios históricamente vulnerables.

4.4. Vivienda, servicios básicos, entorno y riesgos territoriales

4.4.1. Vivienda y servicios básicos

Las condiciones físicas de la vivienda y la disponibilidad de servicios básicos constituyen determinantes directos de la salud ambiental, la transmisión de enfermedades y la exposición a riesgos domésticos. Para este apartado se utilizaron los tabulados de la ENIGH 2024 (Viviendas y Hogares), con extracción específica para el estado de Durango.

Tipo y material de la vivienda

Durango registró un total de **532 mil 752 viviendas particulares**. De estas, **497 mil 841 (93.4%)** corresponden a **casa única en el terreno**, mientras que **34 mil 669 (6.5%)** se clasifican en otros tipos (departamentos, vecindades u otras modalidades). Este predominio de vivienda independiente refleja un patrón de asentamiento caracterizado por baja verticalización y mayor extensión horizontal, consistente con la estructura territorial del estado.

En cuanto a los **materiales de las paredes o muros**, **397 mil 966 viviendas (74.7%)** están construidas con **tabique, ladrillo, block, piedra, cantera, cemento o concreto**, lo que indica una proporción mayoritaria de construcciones permanentes. No obstante, **134 mil 786 viviendas (25.3%)** utilizan otros materiales, lo que sugiere la persistencia de condiciones estructurales menos consolidadas en una cuarta parte del parque habitacional.

Respecto al **material del techo**, **396 mil 067 viviendas (74.3%)** cuentan con **losa de concreto o viguetas con bovedilla**, mientras que **136 mil 685 (25.7%)** presentan otros materiales (lámina, materiales ligeros u opciones tradicionales). Las viviendas con techos no permanentes pueden ser más vulnerables ante fenómenos climáticos extremos y presentar mayores variaciones térmicas intradomiciliarias.

En relación con el **material del piso**, **292 mil 556 viviendas (54.9%)** disponen de **madera, mosaico u otro recubrimiento**, **229 mil 053 (43.0%)** cuentan con **cemento o firme**, y **11 mil 143 viviendas (2.1%)** mantienen **piso de tierra**. Aunque la proporción de piso de tierra es relativamente baja, este segmento representa un grupo con mayor exposición a riesgos sanitarios asociados a infecciones parasitarias y enfermedades gastrointestinales, especialmente en población infantil.

En conjunto, los datos muestran que la mayoría de las viviendas en Durango presentan materiales estructurales permanentes; sin embargo, aproximadamente una cuarta parte del parque habitacional registra elementos constructivos potencialmente vulnerables, lo que constituye un factor relevante

para la planeación de intervenciones en vivienda saludable y prevención de riesgos ambientales.

Disponibilidad de agua

En materia de abastecimiento de agua, **447 mil 292 viviendas (84.0%)** disponen de **agua entubada dentro de la vivienda**, mientras que **77 mil 426 (14.5%)** cuentan con **agua entubada únicamente en el patio o terreno**. Un total de 8 mil 034 viviendas (1.5%) se abastecen por otras modalidades. Aunque la cobertura de agua entubada es amplia, la localización del punto de abastecimiento fuera del interior del domicilio en casi una sexta parte de las viviendas implica cargas adicionales para el manejo higiénico del recurso y potenciales riesgos sanitarios.

Al analizar la **frecuencia del suministro** en las viviendas con agua entubada (524 mil 718), se observa que **421 mil 650 (80.4%)** reciben agua de manera **diaria**; **64 mil 827 (12.4%)** cada tercer día; y **38 mil 241 (7.3%)** con otra periodicidad. La intermitencia del servicio puede generar almacenamiento intradomiciliario y aumentar el riesgo de contaminación si no se mantienen condiciones adecuadas de manejo.

Servicio sanitario y drenaje

En 2024, **521 mil 887 viviendas (98.0%)** disponen de **servicio sanitario**, mientras que 10 mil 865 (2.0%) carecen de él. Entre las viviendas que cuentan con sanitario, 506 mil 023 (97.0%) tienen uso exclusivo y **15 mil 864 (3.0%) lo comparten con otras viviendas**, situación que puede influir en condiciones de higiene y mantenimiento.

Respecto a la **admisión de agua en el sanitario**, **426 mil 530 viviendas (81.7%) cuentan con descarga directa** de agua; 75 mil 873 (14.5%) utilizan cubeta para el arrastre; y **19 mil 484 (3.7%) no disponen de posibilidad de descarga de agua**. Este último grupo representa una condición de mayor vulnerabilidad sanitaria.

En cuanto al **tipo de conexión de drenaje**, **430 mil 434 viviendas (80.8%)** están conectadas a la **red pública**; **77 mil 696 (14.6%)** utilizan **fosa séptica o tanque séptico** (incluido biodigestor); y 5 mil 555 (1.0%) emplean otras formas de disposición. Adicionalmente, 12 mil 902 viviendas (2.5% de las que cuentan con

sanitario) reportan disponibilidad de biodigestor, lo que refleja la presencia de soluciones individuales de saneamiento, particularmente relevantes en contextos rurales.

Energía eléctrica y equipamiento básico

En materia de **energía eléctrica**, **518 mil 003 viviendas (97.2%) se abastecen mediante servicio público**, mientras que 10 mil 719 (2.0%) utilizan otras fuentes. La cobertura eléctrica es prácticamente universal; sin embargo, la calidad y continuidad del suministro pueden variar territorialmente.

El promedio de focos por vivienda con energía eléctrica es de 0.9 incandescentes y 6.9 ahorradores, lo que sugiere una transición mayoritaria hacia tecnologías de menor consumo energético.

Combustible para cocinar y calidad del aire intradomiciliario

En Durango, **462 mil 031 viviendas (86.7%) utilizan gas** (de tanque, natural o de tubería) como principal combustible para cocinar; **57 mil 793 (10.8%) emplean leña o carbón**; y 10 mil 068 (1.9%) otros combustibles.

Entre las viviendas que utilizan leña o carbón, 53 mil 316 (92.3%) cuentan con **tubo o chimenea para evacuar el humo**, mientras que **4 mil 477 (7.7%) no disponen de este mecanismo**. La exposición al humo en espacios cerrados constituye un factor de riesgo para enfermedades respiratorias, especialmente en mujeres, niñas y niños.

Manejo de residuos sólidos

En relación con la **eliminación de basura**, **429 mil 660 viviendas (80.6%) entregan sus residuos a un camión o carrito recolector**; **66 mil 895 (12.6%) los queman**; y 36 mil 197 (6.8%) utilizan otras formas de disposición. La quema de residuos representa un riesgo ambiental y sanitario por la emisión de contaminantes atmosféricos y la posible generación de focos infecciosos.

Esta evidencia demuestra que el estado presenta niveles altos de cobertura en agua entubada, energía eléctrica y servicio sanitario; no obstante, persisten segmentos de viviendas con intermitencia en el suministro de agua, uso de

combustibles sólidos, quema de residuos y soluciones individuales de saneamiento, particularmente relevantes para la planeación de intervenciones de salud ambiental con enfoque territorial y preventivo.

4.4.2. Manejo de residuos sólidos urbanos y disposición final

El manejo de residuos sólidos urbanos (RSU) constituye un determinante directo de la salud ambiental, particularmente por su relación con contaminación de suelo y agua, proliferación de vectores, emisiones atmosféricas y riesgos asociados a disposición inadecuada.

Cobertura del servicio de recolección

En los últimos datos disponibles del Censo Nacional de Gobiernos Municipales y Demarcaciones Territoriales de la Ciudad de México de INEGI, la totalidad de los municipios declara contar con algún esquema de recolección; sin embargo, la cobertura efectiva y la disposición final muestran brechas técnicas relevantes.

El porcentaje de población con acceso al servicio formal de recolección en el estado se sitúa por encima del **90%** en los municipios de mayor concentración urbana, mientras que en municipios con alta dispersión territorial se registran niveles de cobertura menores, con presencia de prácticas alternativas de disposición.

A nivel domiciliario (ENIGH 2024), **80.6% de las viviendas (429,660)** en Durango entregan sus residuos a un camión o carrito recolector, mientras que **12.6% (66,895 viviendas)** reportan quema de residuos y **6.8% (36,197 viviendas)** utilizan otras formas de disposición.

En términos absolutos, **más de 103 mil viviendas** en la entidad no utilizan el sistema formal de recolección, lo que representa un foco relevante para intervenciones de saneamiento ambiental.

La quema domiciliaria, practicada por **casi 67 mil viviendas**, implica exposición directa a material particulado, compuestos orgánicos volátiles y emisiones tóxicas derivadas de la combustión de plásticos y residuos mezclados.

Generación y volumen de residuos

El promedio diario de residuos sólidos urbanos recolectados en el estado se estimó en rangos municipales que, agregados, representan una generación anual superior a **550 mil toneladas de residuos**. La generación per cápita estatal reportada en estudios municipales se sitúa entre **0.8 y 1.0 kg por habitante por día**, dependiendo del método de estimación (pesaje directo o cálculo indirecto).

En cuanto a recolección selectiva, el volumen promedio diario recolectado de manera diferenciada representa una proporción menor del total estatal, lo que confirma que el modelo predominante continúa siendo de recolección mezclada, con baja separación en fuente. Esto implica que **más del 80% del volumen recolectado** termina en disposición final sin procesos previos de valorización significativos, limitando la recuperación de materiales reciclables y el aprovechamiento energético.

Infraestructura de disposición final

En materia de infraestructura para la disposición final de residuos sólidos urbanos, los datos estatales más recientes evidencian brechas técnicas relevantes que constituyen determinantes ambientales con implicaciones directas en salud pública.

En cuanto a la impermeabilización de los sitios de disposición final, se observa que **68.9% de los sitios** operan sin impermeabilización adecuada, lo que incrementa el riesgo de infiltración de lixiviados hacia el suelo y los acuíferos subyacentes. La impermeabilización constituye una barrera física esencial para evitar que los líquidos generados por la descomposición de los residuos percolen hacia el subsuelo y contaminen fuentes de agua que pueden ser utilizadas para consumo humano o riego agrícola.

Los lixiviados son líquidos que se generan cuando el agua de lluvia o la humedad interna atraviesan los residuos sólidos, arrastrando compuestos orgánicos, metales pesados, patógenos y otras sustancias potencialmente tóxicas. En el estado, **73.8% de los sitios** no cuentan con sistemas formales de captación de lixiviados, lo que implica que estos líquidos pueden escurrir superficialmente o

infiltrarse sin control técnico. Además, **83.6% de los sitios** carecen de tratamiento formal de lixiviados, lo que significa que, incluso en los casos donde existe captación, no se aplican procesos físicos, químicos o biológicos suficientes para reducir su carga contaminante antes de su disposición final.

Otro componente crítico es el manejo del biogás, mezcla compuesta principalmente por metano (CH_4) y dióxido de carbono (CO_2), generada por la descomposición anaerobia de la materia orgánica contenida en los residuos. El metano es un gas inflamable con alto potencial de calentamiento global y riesgo de explosividad en condiciones no controladas. Desde la perspectiva sanitaria, la emisión descontrolada de biogás también se asocia con deterioro de la calidad del aire y posibles efectos respiratorios en comunidades cercanas. En los registros disponibles sobre sitios de disposición final, se identificaron 53 sitios sin control formal de biogás, lo que representa una vulnerabilidad ambiental significativa tanto por riesgo físico como por impacto atmosférico.

En conjunto, estos datos muestran que una proporción mayoritaria de los sitios de disposición final presenta deficiencias estructurales en impermeabilización, captación y tratamiento de lixiviados, así como en control de biogás. Estas condiciones configuran un escenario donde la disposición final continúa operando, en buena medida, bajo esquemas de contención limitada, incrementando la probabilidad de impactos ambientales acumulativos y riesgos indirectos para la salud, especialmente en municipios con menor capacidad técnica o presupuestal para modernizar su infraestructura. Desde la perspectiva de política pública, la cuantificación de estas brechas permite orientar la priorización de inversiones en saneamiento, fortalecer la regulación ambiental y vincular las estrategias de gestión de residuos con objetivos de protección de acuíferos, calidad del aire y prevención de enfermedades asociadas a contaminación ambiental.

4.4.3. Movilidad, conectividad y acceso a servicios

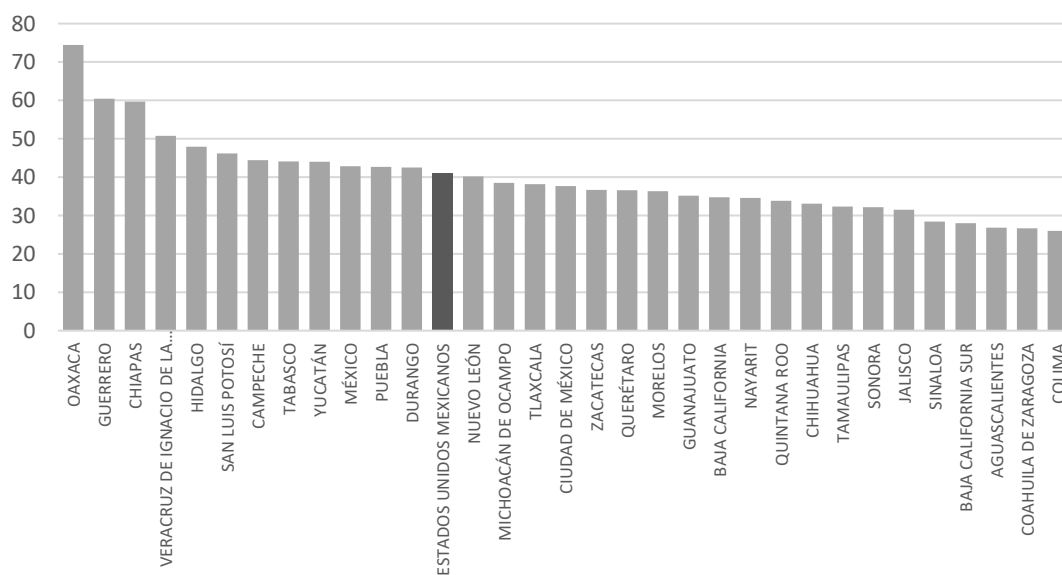
En Durango, la oportunidad de acceso a servicios de salud resulta de la interacción entre barreras territoriales (distancia y conectividad) y factores operativos de los servicios (capacidad de respuesta y organización interna).

Con base en la ENIGH 2024, el tiempo promedio ponderado de **traslado** para recibir atención médica en Durango fue de **32.45 minutos**, mientras que la mediana ponderada se ubicó en **20 minutos**. Esta diferencia entre media y mediana indica una distribución asimétrica, donde un subconjunto reducido de casos con tiempos elevados incrementa el promedio general, aunque la mitad de la población accede en veinte minutos o menos.

En términos distributivos, el **77.5%** de la población que recibió atención reportó un traslado de 0 a 30 minutos; el **14.6%** tardó entre 31 y 60 minutos; y el **7.9%** más de 60 minutos. Este último segmento representa territorios con mayores barreras geográficas, asociados a localidades rurales dispersas y zonas serranas, lo que confirma la existencia de brechas territoriales específicas dentro de la entidad.

En cuanto a la oportunidad intrainstitucional, el tiempo promedio ponderado de **espera** fue de **41.73 minutos**, con una mediana igualmente de **20 minutos**. El hecho de que el promedio de espera supere al de traslado sugiere que, en términos agregados, las presiones más relevantes del sistema no se concentran exclusivamente en la accesibilidad geográfica, sino en la organización interna y capacidad de respuesta de las unidades médicas.

Gráfica 6. Tiempo promedio estimado de traslado a hospital en caso de emergencia por entidad federativa.



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), 2024.

Desde una perspectiva comparativa, la ENIGH también reporta el tiempo promedio estimado de traslado a hospital en caso de emergencia por entidad federativa. A nivel nacional, el promedio es de **41 minutos**, mientras que para Durango el valor estimado es de **43 minutos**, ubicándose ligeramente por encima de la media nacional.

La comparación interestatal muestra que Durango se posiciona en un nivel intermedio: lejos de los valores más elevados observados en entidades con mayor complejidad geográfica, pero también por encima de aquellas con menor tiempo estimado de acceso hospitalario. Esta ubicación es consistente con su amplia extensión territorial, baja densidad poblacional en diversas regiones y presencia de áreas serranas.

Respecto al acceso declarado, entre las personas que reportaron haber presentado un problema de salud, el **99.7%** refirió haber recibido atención médica. El porcentaje de no atención fue de **0.3%**, proporción reducida que, aunque debe interpretarse con cautela por tratarse de una encuesta de carácter socioeconómico y no clínico, indica que las barreras absolutas de acceso no constituyen el principal obstáculo estructural en la entidad.

Entre quienes no recibieron atención, los motivos reportados se concentraron en factores organizacionales e institucionales: “no quisieron” (21%), “unidad médica cerrada” (15%), “cita hasta mucho tiempo después” (13%) y “dijeron que no era necesario” (13%). No se registraron razones económicas como motivo principal. Este patrón sugiere que las limitaciones percibidas se vinculan más con aspectos de funcionamiento, disponibilidad o interacción con el servicio, que con incapacidad de pago.

En conjunto, la evidencia sugiere que, para la mayoría de la población, el acceso territorial es relativamente oportuno; sin embargo, persisten segmentos con traslados prolongados que requieren estrategias focalizadas. Adicionalmente, los tiempos de espera y los motivos de no atención apuntan a retos operativos asociados a organización y continuidad de la prestación.

4.5. Condicionantes clave y su implicación sanitaria

A partir de la caracterización territorial, demográfica y de acceso revisada en los apartados anteriores, se identifican condicionantes estructurales que no sólo describen el contexto del estado, sino que inciden directamente en la organización, la demanda y la capacidad de respuesta del sistema de salud.

4.5.1. Concentración urbana y presión sobre servicios de mayor complejidad

La concentración poblacional en los municipios de Durango, Gómez Palacio y Lerdo genera una presión diferenciada sobre servicios hospitalarios y de especialidad.

La ENIGH 2024 muestra que, entre la población de 12 años y más que recibió atención médica (1,308,634 personas ponderadas), el uso de instituciones de seguridad social es predominante —IMSS (43.23%) e ISSSTE (11.01%)—; sin embargo, el uso combinado de servicios privados y consultorios de farmacias alcanza 45.3% del total atendido (24.1% privado tradicional y 21.3% consultorios de farmacia).

Esta coexistencia de alta concentración urbana y elevada utilización del sector privado sugiere que la demanda de atención no se distribuye exclusivamente en el sector público, sino que parte de la población urbana canaliza su atención hacia esquemas privados, lo que puede asociarse a la búsqueda de mayor oportunidad y rapidez en la atención.

4.5.2. Dispersión territorial y barreras de acceso efectivo

Si bien para la mayoría de la población el acceso territorial resulta relativamente oportuno, persiste un subconjunto con tiempos de traslado prolongados, particularmente en regiones serranas y de menor densidad.

La diferencia entre la mediana (20 minutos) y los promedios ponderados (32.45 minutos para traslado y 41.73 minutos para espera) evidencia la presencia de una “cola” de tiempos elevados, consistente con regiones serranas y de menor densidad poblacional.

Desde el punto de vista sanitario, esta heterogeneidad implica riesgos diferenciados en eventos tiempo-dependientes y subraya la importancia del fortalecimiento del primer nivel, así como de esquemas de referencia eficientes en territorios de mayor dispersión.

4.5.3. Cobertura institucional y vulnerabilidad por falta de seguridad social

En población de 12 años y más (**1,513,880** ponderados), la afiliación institucional presenta la siguiente estructura:

- Con seguridad social: 54.98%
- Servicios públicos sin seguridad social (IMSS-Bienestar + institución federal/estatal): 12.18%
- Sin afiliación: 32.29%
- Seguro privado voluntario: 0.48%

El hecho de que 32.29% de la población no reporte afiliación constituye un condicionante estructural de vulnerabilidad sanitaria y financiera. A diferencia del uso del sector privado observado en zonas urbanas —que puede asociarse a búsqueda de oportunidad—, en este caso la ausencia de afiliación representa mayor exposición al gasto de bolsillo y menor protección ante eventos de alta complejidad.

Desde la perspectiva de planeación, esta estructura obliga a fortalecer los mecanismos de protección financiera y continuidad de atención, particularmente en enfermedades crónicas y eventos hospitalarios de alto costo, donde la ausencia de afiliación puede traducirse en retraso diagnóstico, interrupción terapéutica o gasto catastrófico.

4.5.4. Elección del lugar de atención y segmentación funcional del sistema

Como ya se expuso, el análisis del lugar de atención muestra que:

- 24.1% acudió a servicios privados tradicionales.

- 21.3% a consultorios de farmacias.
- El resto se distribuye principalmente entre IMSS, ISSSTE y servicios estatales.

Este patrón revela una segmentación funcional del sistema: mientras la afiliación determina formalmente derechos de acceso, la elección efectiva del punto de atención parece estar influida por factores de proximidad, rapidez y percepción de resolución inmediata.

Como se documentó en el apartado 4.4.3, los obstáculos reportados en los casos de no atención se asocian principalmente con factores operativos, lo que refuerza que la oportunidad no depende exclusivamente de la distancia geográfica, sino también del funcionamiento interno de los servicios.

En conjunto, los condicionantes territoriales, demográficos, socioeconómicos e institucionales analizados en este capítulo configuran el marco estructural dentro del cual se expresan los perfiles epidemiológicos del estado. Las desigualdades territoriales, la segmentación funcional del sistema y las brechas de protección social permiten interpretar no sólo la distribución de la enfermedad, sino también las diferencias en **oportunidad diagnóstica**, **continuidad terapéutica** y **resultados en salud** que se abordan en el Capítulo 5.

5. Perfil epidemiológico del estado

La salud de una población no es un estado estático, sino un proceso dinámico que refleja las condiciones de vida, el entorno y la respuesta de sus instituciones. Para comprender hacia dónde debe dirigirse la política pública de Durango en 2026, es imperativo analizar primero su perfil epidemiológico.

Para el personal de salud, la epidemiología es su herramienta de diagnóstico poblacional; para el tomador de decisiones, es su brújula estratégica; y para el ciudadano, es la ciencia que explica los riesgos a los que está expuesto en su comunidad. En términos sencillos, la epidemiología es la disciplina que estudia la frecuencia, la distribución y las causas de las enfermedades y los eventos relacionados con la salud en grupos humanos. No se enfoca en el individuo enfermo, sino en por qué grupos específicos de personas se enferman, sanan o mueren en un tiempo y territorio determinado.

El estado de Durango ha atravesado un periodo de profunda transformación en su panorama de salud. Entre 2020 y 2024, la entidad experimentó una recuperación gradual tras el impacto crítico de la pandemia por COVID-19. Mientras que en 2020 el virus representó una de las principales causas de fallecimiento con 2,688 casos, para el cierre de 2025 esta cifra descendió drásticamente a niveles mínimos. Este descenso permitió que la tasa de mortalidad general pasara de 829.5 defunciones por cada 100,000 habitantes en 2020 a 584 en 2025.

Sin embargo, la disminución del peso de la emergencia sanitaria no eliminó otros problemas de alta relevancia. Junto al predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles —como las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y la insuficiencia renal—, el estado muestra una mayor visibilidad y demanda de atención por problemas de salud mental. Más que atribuir este comportamiento a una sola causa, el panorama reciente sugiere una combinación de factores sociales, demográficos, asistenciales y de mayor detección, que en conjunto han colocado a la salud mental como una prioridad epidemiológica y operativa. En este contexto, Durango enfrenta una población que no sólo envejece con

padecimientos metabólicos, sino que también presenta una carga creciente de malestar emocional, trastornos mentales y consumo de sustancias.

Propósito de este capítulo

Este capítulo ofrece una radiografía detallada de la morbilidad (de qué nos enfermamos) y la mortalidad (de qué morimos) en el estado. A través del análisis de los datos oficiales de Servicios de Salud de Durango (SSD), este documento busca ser una herramienta de transparencia para el ciudadano y una base científica para que los responsables de programas y autoridades jerárquicas prioricen recursos allí donde la carga de enfermedad —física y mental— es mayor.

A continuación, se desglosan los indicadores que definen el presente epidemiológico de Durango, trazando la ruta crítica para la planeación sanitaria del cierre de esta administración.

5.1. Panorama general

El panorama de salud en el estado de Durango al inicio de 2026 representa un hito técnico para la actual administración. El periodo **2022-2025** permite analizar la transición epidemiológica del estado tras la crisis sanitaria, estableciendo una **línea base comparativa** para evaluar la efectividad de las intervenciones actuales frente al escenario prepandemia y de recuperación. Este apartado ofrece una visión macroscópica de la dinámica de salud estatal, analizando el balance entre la demanda operativa de los Servicios de Salud de Durango (SSD) y los eventos vitales que definen nuestra demografía.

5.1.1. Dinámica de la mortalidad y transición epidemiológica

La trayectoria de la mortalidad general en Durango constituye un referente útil para observar la evolución reciente del perfil de salud estatal tras la crisis sanitaria global. Durante el periodo **2020-2025**, el estado mostró una tendencia sostenida a la baja, pasando de una tasa de **829.5** defunciones por cada **100,000 habitantes** en 2020 a **584.0** en 2025. Esta evolución es consistente con el desplazamiento del escenario epidemiológico posterior a la pandemia y con la reconfiguración de la demanda y de las principales causas de muerte observadas en el periodo.

La composición de las causas de muerte ha dado un giro radical. Mientras que en 2020 el COVID-19 registró 2,688 defunciones, para el cierre de 2025 la cifra descendió a solo 6 defunciones. Este vacío epidemiológico ha sido ocupado nuevamente por las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Las enfermedades del corazón se mantienen como la principal causa de defunción en el estado, con 2,939 casos registrados en 2025.

5.1.2. Volumen operativo y demanda de servicios

La carga de trabajo en las unidades de los SSD refleja una doble presión: la persistencia de padecimientos infecto-contagiosos y el crecimiento acelerado de la demanda por enfermedades metabólicas y salud mental. Al cierre de 2025, el sistema muestra una estabilización en los motivos de consulta tradicionales, pero con una complejidad clínica mayor.

- Atención en primer nivel (IRA): Las infecciones respiratorias agudas continúan siendo el principal motivo de demanda. Al cierre de 2025, se registraron **271,513 casos**, lo que representa una ligera disminución respecto al ciclo previo, pero manteniendo la saturación estacional en Durango capital, Canatlán y Gómez Palacio.
- Enfermedades crónicas: Las consultas por hipertensión y diabetes en población sin seguridad social sumaron **20,028 atenciones** en 2025 (10,588 por HTA y 9,440 por DM). Este volumen se concentra predominantemente en el grupo de 65 años y más, lo que exige un modelo de atención centrado en el control preventivo para evitar el escalamiento hospitalario.
- Enfermedades diarreicas (EDAS): Se mantienen como la tercera causa de demanda con **67,134 casos** en 2025. La distribución de estos eventos sugiere que los retos en saneamiento básico y acceso a agua segura siguen siendo determinantes críticos en las zonas rurales y periferias urbanas del estado.
- Salud mental (Prioridad Emergente): La demanda de atención en salud mental muestra un crecimiento sostenido. En **2025**, las unidades no especializadas en salud mental registraron **19,960 atenciones**, cifra

superior a la línea base prepandemia de **2019 (10,751)**. A ello se suma la actividad de la red especializada; tan solo el Hospital de Salud Mental reportó **43,985 consultas totales**, de las cuales **22,405** correspondieron específicamente a atenciones de salud mental. En conjunto, estos datos muestran que la salud mental se ha consolidado como un componente de alta demanda asistencial y como uno de los ejes prioritarios para la planeación de 2026.

5.1.3. Balance de eventos vitales: nacimientos y peso al nacer

El sistema de salud de Durango participa de manera relevante en la atención del nacimiento para la población sin seguridad social, consolidándose como la principal red pública de atención perinatal para este grupo. Durante el ciclo **2025**, la dinámica de natalidad en la entidad alcanzó un volumen de **20,694 nacimientos**, manteniendo la tendencia de estabilización observada en el periodo de recuperación pospandemia.

- **Indicadores de calidad prenatal (BPN):** La efectividad de los programas de control gestacional se refleja en la incidencia de Bajo Peso al Nacer (BPN). Bajo el estándar internacional de menos de 2,500 gramos, Durango registra una prevalencia del **9.5% (1,968 casos)**. Si bien esta cifra se mantiene dentro de los parámetros esperados para la región, el análisis detecta que la mayor parte de estos eventos se asocian a partos prematuros y falta de control metabólico materno, marcando una ruta clara para el fortalecimiento de la suplementación en el primer nivel.
- **Desafío del embarazo adolescente:** La fecundidad en menores de 19 años sigue siendo el principal reto estructural para 2026. Al cierre de **2025**, este grupo representó el **17.4%** de la natalidad total con **3,591 casos**. Es imperativo señalar la persistencia de embarazos en el grupo de **10 a 14 años (125 casos)**, un indicador que trasciende lo clínico para situarse como una urgencia de intervención social e interinstitucional.
- **Dinámica de resolución:** En términos operativos, la atención del parto muestra una prevalencia de la vía quirúrgica, con un **54% de nacimientos**

por **cesárea**. Este patrón, concentrado en los hospitales de segundo nivel de Durango y Gómez Palacio, exige una revisión de los protocolos de atención obstétrica amigable y la optimización de los recursos en salas de labor.

Lectura territorial: el mapa de la carga de enfermedad

El análisis geográfico de la salud en Durango revela una distribución asimétrica que debe guiar la priorización de los servicios para 2026. Durante el periodo 2022-2025, el riesgo de enfermar y morir ha mantenido un patrón de alta concentración en los principales polos de desarrollo del estado, independientemente de la infraestructura disponible en cada localidad.

Focos de mayor demanda: Los municipios de **Durango (4,780 defunciones)** y **Gómez Palacio (2,452 defunciones)** concentran el grueso de la carga de mortalidad en 2025. Junto con **Lerdo (520 defunciones)**, este corredor urbano agrupa el **68.8% de la mortalidad total** del estado, lo que representa una presión constante sobre la red de servicios y hospitales de la zona metropolitana.

Puntos de vigilancia regional: Municipios como Santiago Papasquiaro (224 defunciones) y Guadalupe Victoria (202 defunciones) destacan por su volumen de registros de mortalidad crónico-degenerativa, lo que los posiciona como áreas de influencia crítica donde la detección oportuna en el primer nivel es vital para evitar el traslado masivo hacia la capital.

La prioridad de dispersión: En el extremo opuesto, el municipio de Mezquital exige una mirada estratégica diferenciada. Aunque su volumen absoluto es menor, registra una tasa de **11.6 eventos sindromáticos por cada mil habitantes**, superando en un **50% al promedio estatal**. Este dato confirma que, mientras en las ciudades el reto es la saturación por enfermedades crónicas, en las zonas indígenas el reto sigue siendo la vulnerabilidad ante brotes infecciosos y las barreras de acceso geográfico.

Finalmente, al integrar la tendencia desde 2022 con el cierre de 2025, Durango presenta un sistema de salud en una etapa de transformación profunda. La **reducción del 19.6% en la mortalidad** por enfermedades del corazón indica un

avance en la estabilización de las causas más letales; sin embargo, el **incremento del 85.7%** en la demanda de **consultas de salud mental** y la persistencia de brechas territoriales en zonas de alta marginación definen los ejes rectores para la planeación operativa y la asignación presupuestal del ciclo 2026.

5.2. Mortalidad

La mortalidad en Durango constituye el indicador demográfico más robusto para evaluar el impacto real de las políticas de salud pública. Tras el periodo de inestabilidad provocado por la crisis sanitaria global, el estado ha entrado en una fase de normalización epidemiológica. Este escenario se caracteriza por el predominio absoluto de las patologías crónico-degenerativas y una reducción sostenida en las causas externas y agudas, reflejando un perfil de población que envejece con una carga acumulada de riesgos metabólicos.

Magnitud y tendencia general (2022-2025) La trayectoria de la mortalidad general ha mostrado una evolución hacia la estabilización. Al cierre de **2025**, la tasa de mortalidad en Durango se ubicó en **584.0 defunciones por cada 100,000 habitantes (11,255 fallecimientos)**, lo que representa una reducción significativa frente a la tasa de **651.2** registrada en la línea base de **2022**.

Este fenómeno se explica primordialmente por el control de la emergencia sanitaria; mientras que en 2022 el COVID-19 aún figuraba como una de las causas relevantes (598 defunciones), para el cierre de **2025** la cifra descendió a solo **6 casos**. El vacío epidemiológico dejado por las enfermedades infecciosas ha sido reocupado por la carga histórica de enfermedades no transmisibles, marcando el retorno a los desafíos estructurales del sistema.

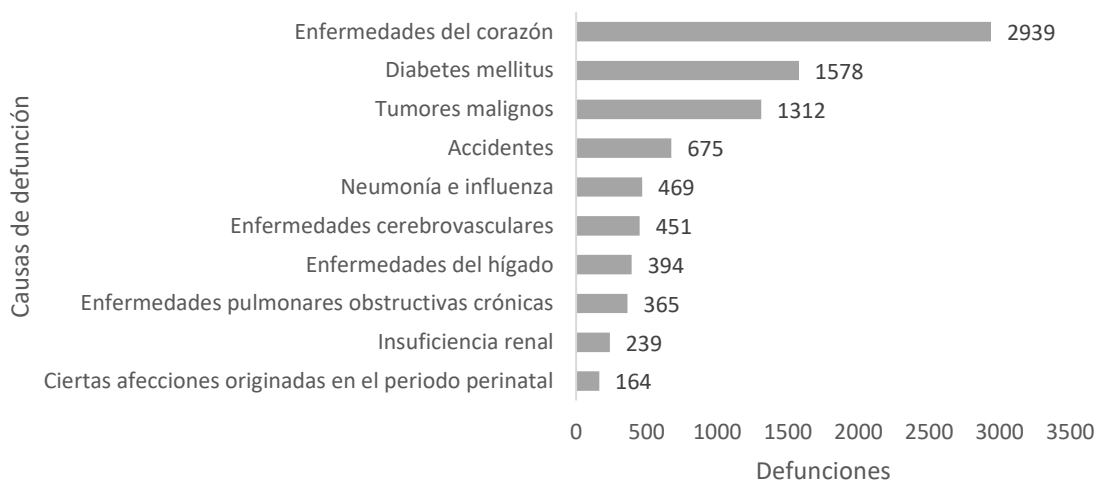
Principales causas de defunción El perfil de letalidad en el estado es dominado por cinco grupos de causas que concentran más del 60% de los fallecimientos totales. El análisis comparativo con 2022 revela cambios críticos en la severidad de estas patologías:

- **Enfermedades del corazón:** Se consolidan como la primera causa de muerte, aunque con una tendencia descendente favorable. Entre 2022 y 2025, se registró una **reducción del 19.6%**, pasando de 3,657 a **2,939 casos**.

Esta disminución sugiere una mejora en la capacidad de respuesta ante eventos agudos, aunque la prevalencia sigue siendo el mayor reto de salud pública.

- **Diabetes mellitus:** A diferencia de las causas cardiacas, la diabetes presenta una tendencia ascendente preocupante. Se registró un **incremento del 18.3%** respecto a la línea base de 2022, alcanzando **1,578 defunciones** en 2025. Este crecimiento es el indicador más claro de las fallas en el control glucémico a largo plazo en el primer nivel de atención.
- **Tumores malignos:** Representan una carga constante y sin variaciones significativas en el periodo analizado, con **1,312 casos** registrados en 2025 frente a los 1,315 de 2022.
- **Enfermedades del hígado:** Se mantienen como un factor de mortalidad relevante con **394 defunciones** en 2025, mostrando una ligera estabilidad con tendencia a la baja en comparación con el inicio del ciclo.
- **Insuficiencia renal:** Es la patología con el crecimiento relativo más acelerado del estado. Con **239 casos** en 2025, este padecimiento ha crecido un **14.3%** respecto a 2022, evidenciando el estadio final de pacientes con hipertensión y diabetes no contenidos oportunamente.

Gráfica 7. Principales causas de mortalidad en el estado de Durango, cierre 2025



Fuente: SS/DGIS, SEED 2025

Como se observa en la gráfica anterior, la mortalidad estatal se concentra principalmente en enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos, que en conjunto representan más de la mitad de las defunciones registradas en 2025. Esta concentración confirma el peso dominante de las enfermedades crónicas no transmisibles dentro del perfil de letalidad estatal. En contraste, causas como accidentes, neumonía e influenza, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades del hígado e insuficiencia renal mantienen una carga menor en términos absolutos, pero conservan relevancia por su impacto clínico, preventivo y operativo.

La tabla siguiente presenta el detalle ampliado de las principales causas de defunción registradas en el cierre anual.

Tabla 6. Principales causas de mortalidad en el estado de Durango, cierre 2025.

Lugar	Causa de Defunción (Lista Mexicana)	Defunciones	% del Total
1	Enfermedades del corazón	2,939	26.10%
2	Diabetes mellitus	1,578	14.00%
3	Tumores malignos	1,312	11.70%
4	Accidentes	675	6.00%
5	Neumonía e influenza	469	4.20%
6	Enfermedades cerebrovasculares	451	4.00%
7	Enfermedades del hígado	394	3.50%
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	365	3.20%
9	Insuficiencia renal	239	2.10%
10	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	164	1.50%
11	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	129	1.10%
12	Sepsis	115	1.00%
13	Agresiones (Homicidios)	96	0.90%
14	Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas	75	0.70%
15	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	70	0.60%
16	Íleo paralítico y obstrucción intestinal	70	0.60%
17	Úlceras gástrica y duodenal	67	0.60%
18	Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	55	0.50%
19	Colelitiasis y colecistitis	49	0.40%

Lugar	Causa de Defunción (Lista Mexicana)	Defunciones	% del Total
20	Enfermedades infecciosas intestinales	49	0.40%
-	Otras causas definidas	958	8.50%
-	Causas mal definidas y no especificadas	1,136	10.10%
TOTAL	GRAN TOTAL DE DEFUNCIONES 2025	11,255	100%

Fuente: SS/DGIS, SEED 2025

Nota: Las 129 defunciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente corresponden al registro de causa básica de defunción en SEED/cubos dinámicos. En el apartado de salud mental se utilizan 143 registros de suicidio identificados por la Fiscalía General del Estado. Debido a diferencias de fuente, criterio de clasificación, oportunidad de registro y finalidad operativa, ambas cifras no son directamente intercambiables; en este diagnóstico, SEED se utiliza para el análisis de mortalidad general y Fiscalía para la caracterización específica del suicidio.

Análisis por sexo y grupos de edad La mortalidad en Durango presenta disparidades biológicas y sociales que deben orientar la planeación de 2026. La **población masculina** muestra una vulnerabilidad acentuada ante causas externas, destacando los **675 casos de accidentes** totales en 2025, donde los varones jóvenes son los principales afectados. Por el contrario, la **población femenina** registra una mayor carga en **complicaciones metabólicas y eventos cerebrovasculares**. Respecto a la **edad**, la mortalidad se desplaza hacia el **adulto mayor** (65 años y más), donde las patologías cardíacas y la diabetes concentran el **33% de los fallecimientos**, lo que obliga a priorizar el fortalecimiento de la red de atención geriátrica.

Distribución territorial y grupos de riesgo El riesgo de morir presenta una alta concentración geográfica. El eje urbano **Durango-Gómez Palacio-Lerdo** concentra el **68.8% de la mortalidad total** del estado en 2025. Mientras que en la capital y la laguna el reto es la saturación por cronicidad, en municipios como **Mezquital**, el análisis de indicadores como la mortalidad materna e infantil (desglosado en el subcapítulo 5.6) revela que la dispersión geográfica y las barreras de acceso siguen siendo los determinantes de mayor peso en el desenlace fatal de enfermedades prevenibles.

Análisis de gestión estratégica Al contrastar la información de **2022** con el cierre de **2025**, el balance general es de una transición hacia una mayor estabilidad epidemiológica. Sin embargo, la severidad de las complicaciones por

insuficiencia renal y diabetes (con incrementos del 14% y 18% respectivamente) define el mayor desafío para el próximo ciclo operativo: el sistema de salud de Durango debe transitar de un modelo de atención a la demanda espontánea hacia uno de búsqueda activa y control metabólico estricto para frenar el avance de la cronicidad letal.

5.3. Morbilidad y eventos prioritarios

La morbilidad en el estado de Durango constituye el indicador dinámico más fiel para medir la carga diaria de enfermedad y la presión operativa que enfrentan las unidades de salud. Este análisis trasciende el conteo de consultas para identificar tendencias, riesgos epidemiológicos y la capacidad resolutive del sistema ante eventos de potencial epidémico o alta gravedad clínica. En la entidad, el perfil de morbilidad presenta una dualidad compleja: la persistencia histórica de infecciones agudas y el avance continuo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las cuales demandan una vigilancia estrecha y una planeación estratégica diferenciada por niveles de atención.

Perfil de atención en el primer nivel (SIS)

El volumen de atención ambulatoria en los Servicios de Salud de Durango refleja una saturación geográfica y estacional persistente, concentrándose la mayor demanda en los grandes núcleos urbanos y sus zonas de influencia inmediata.

- **Enfermedades respiratorias agudas (IRA):** Se mantienen como la causa de consulta más frecuente a nivel estatal, registrando un total de **271,513 casos** al cierre de 2025. Este volumen representa una afectación crítica a la productividad estatal, dado que el grupo de 25 a 44 años (población económicamente activa) es el más afectado. La carga de atención recae principalmente en el municipio de **Durango (33,594 consultas)** y **Canatlán (6,937)**.
- **Enfermedades diarreicas agudas (EDAS):** Se posicionan como la tercera causa de demanda con **67,134 casos**. Aunque su distribución es estatal, municipios como **Canatlán (2,342)** y **Cuencamé (433)** registran incidencias que sugieren retos persistentes en materia de saneamiento y seguridad

del agua. El pico de atención en adultos jóvenes (**8,923 casos** en el grupo de 25 a 44 años) refuerza la necesidad de abordajes intersectoriales.

- **Pacientes crónicos en tratamiento activo:** Representan la base de la pirámide operativa. El sistema mantiene bajo control a **46,613 pacientes con diabetes mellitus** y **59,545 con hipertensión arterial**. Destaca que el **57.2%** de los pacientes diabéticos están en edad productiva, mientras que en la hipertensión el riesgo se divide equitativamente entre adultos y adultos mayores, concentrándose la demanda en el eje Durango-Gómez Palacio-Lerdo con más de 52,000 pacientes activos.
- **Salud mental:** La demanda alcanzó las **19,960 consultas**, un incremento del **85.7%** respecto a la última medición consolidada prepandemia de 2019, marcando la ruta crítica para la salud pública en 2026.

Morbilidad hospitalaria y capacidad resolutive (SAEH)

La morbilidad hospitalaria en Durango es el parámetro de control sobre la efectividad del Primer Nivel de Atención. El internamiento por padecimientos prevenibles representa una de las mayores cargas financieras para la institución.

A. El costo del control tardío: patologías de alto impacto

La morbilidad hospitalaria en Durango es un referente útil para valorar la efectividad del primer nivel de atención. Una parte de las complicaciones por enfermedades crónicas termina resolviéndose en el ámbito hospitalario, particularmente cuando el control ambulatorio resulta insuficiente, tardío o se interrumpe. El análisis cualitativo de los **66,802 egresos** totales de 2025 revela una prevalencia crítica de manejo tardío:

- **Complicaciones de la diabetes mellitus:** se registraron **2,834 egresos hospitalarios** relacionados con la diabetes, de los cuales **175 fueron por cetoacidosis** y **357 por complicaciones circulatorias y pie diabético**, demandando estancias prolongadas y alto riesgo de discapacidad.
- **Enfermedad renal crónica (ERC):** Es el diagnóstico de egreso con mayor crecimiento relativo. Los **10,982 egresos por insuficiencia renal** en 2025 denotan una saturación crítica; es alarmante que **5,224 de estos casos**

(47.5%) ocurrieron en etapa 5, donde el paciente ingresa ya en estadios terminales requiriendo sustitución renal inmediata.

- **Eventos cerebrovasculares (EVC):** La transición de una hipertensión no controlada derivó en **1,261 egresos por EVC e isquemias**, afectando de manera desproporcionada a la población femenina.

B. Vulnerabilidad en extremos de la vida

- **Menores de 5 años:** Demandan internamiento principalmente por complicaciones de IRA (18% de los casos) y EDAS (20%). La persistencia de cuadros de neumonía y deshidratación grave es un indicador centinela de la necesidad de reforzar la vigilancia comunitaria.
- **Mayores de 65 años:** Concentran el **33% de los fallecimientos hospitalarios** por enfermedades del corazón, subrayando la urgencia de contar con una red hospitalaria con alta capacidad resolutive en cuidados coronarios.

Incidencia de enfermedades transmisibles prioritarias

La vigilancia epidemiológica a través del SUIVE permite identificar la aparición de casos nuevos, definiendo la dinámica de transmisión en Durango.

- **Respuesta favorable ante el dengue:** Tras el brote crítico de 2024 (1,280 casos), la inversión en control vectorial logró reducir la incidencia a solo **15 casos en 2025**, una variación del **-98.8%**.
- **Tuberculosis respiratoria (TB):** Se observa una tendencia ascendente que sugiere fallas en la detección temprana; los datos de egresos muestran que la TB sigue presente en la carga hospitalaria, asociada estrechamente a la comorbilidad con diabetes.
- **VIH y SIDA:** El incremento en los diagnósticos se sustenta en una capacidad de búsqueda activa que alcanzó las **28,010 pruebas de tamizaje** en 2025, garantizando el inicio oportuno del tratamiento.

Eventos sindromáticos y desigualdades territoriales

Para que este diagnóstico sirva como una herramienta de planeación efectiva, es necesario entender cómo el sistema de salud identifica los riesgos antes de que

se conviertan en crisis. La morbilidad en Durango no se distribuye de manera equitativa; está profundamente influenciada por los determinantes sociales y la dispersión geográfica.

¿Qué es la vigilancia sindromática? A diferencia del diagnóstico tradicional, que requiere una prueba de laboratorio para confirmar una enfermedad, la **vigilancia sindromática** funciona como un "sistema de alerta temprana". Consiste en agrupar signos y síntomas claros (como fiebre, diarrea o erupciones) que presenta un paciente. Esto permite que el sistema de salud detecte la aparición de un posible brote de manera inmediata, sin esperar los días que tarda un resultado de laboratorio, permitiendo una respuesta operativa mucho más rápida.

- **Foco Crítico de vulnerabilidad territorial (Mezquital):** El municipio de **Mezquital** se mantiene como la zona de mayor riesgo epidemiológico en la entidad. Registra una tasa de **11.6 eventos sindromáticos por cada mil habitantes**, cifra que supera en un **50% el promedio estatal**. Su perfil, marcado por la ruralidad y la alta marginación, exige que la vigilancia no sea pasiva (esperar al paciente en el centro de salud), sino activa, a través de unidades móviles y brigadas permanentes que compensen las barreras de acceso.
- **Vulnerabilidad infantil y saneamiento ambiental:** La niñez de 5 a 9 años presenta la mayor tasa de enfermedades diarreicas (EDAS) con **65 casos por cada mil menores**, una cifra alarmante frente al promedio de 22 por mil en preescolares. Esta diferencia apunta directamente a deficiencias en el saneamiento escolar y la falta de acceso a agua segura en zonas rurales, definiendo una ruta de intervención que debe ser intersectorial (salud, educación y obras públicas).
- **Riesgos en población en edad productiva:** El grupo de 30 a 34 años lidera la carga de síndromes bajo vigilancia general. Los datos indican que este grupo padece un **13% más de eventos febriles y respiratorios** en comparación con la media estatal. Este fenómeno sugiere riesgos vinculados a la movilidad laboral y la exposición en entornos urbanos

denso, lo que impacta directamente en el ausentismo laboral y la productividad del estado.

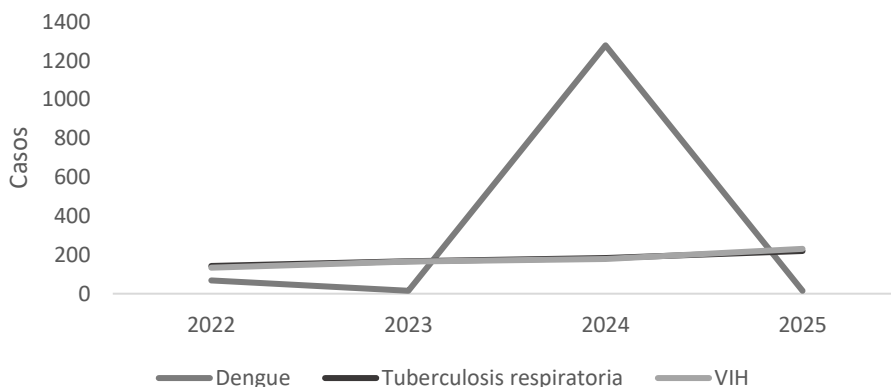
- **Brechas territoriales en el acceso al segundo nivel:** La revisión territorial de los egresos hospitalarios sugiere que una parte de las complicaciones graves atendidas en hospitales de referencia corresponde a población procedente de municipios con mayores barreras geográficas y sociales, entre ellos **Mezquital, Tamazula y Pueblo Nuevo**. Aunque el volumen absoluto de egresos de estos municipios no domina la carga hospitalaria estatal, su presencia en diagnósticos de mayor complejidad es consistente con un patrón de acceso más difícil, referencia más tardía o seguimiento preventivo insuficiente. En términos de planeación, este comportamiento refuerza la necesidad de fortalecer la detección temprana, la continuidad del control clínico y la referencia oportuna en territorios de alta marginación y difícil acceso.

5.4. Enfermedades transmisibles prioritarias

El panorama de las enfermedades transmisibles en Durango durante 2025 combina una elevada carga de infecciones frecuentes con la persistencia de padecimientos de control prolongado y la presencia de eventos que, aunque de menor volumen, mantienen relevancia por su potencial de brote, gravedad o necesidad de vigilancia estrecha. Con la información disponible para este diagnóstico, el análisis se centra en las enfermedades transmisibles prioritarias por su comportamiento reciente, su tendencia temporal y su utilidad para orientar decisiones operativas y preventivas. En este contexto, destacan por su importancia epidemiológica el **dengue**, la **tuberculosis**, la **infección por VIH**, la **COVID-19** y algunas enfermedades prevenibles por vacunación o sujetas a vigilancia especial.

La siguiente gráfica muestra la evolución reciente de tres enfermedades transmisibles prioritarias con serie completa para el periodo 2022–2025: dengue, tuberculosis respiratoria y VIH. Su comparación permite distinguir el comportamiento epidémico del dengue frente a la persistencia ascendente de tuberculosis y VIH.

Gráfica 8. Enfermedades transmisibles prioritarias en Durango, 2022–2025



Fuente: Secretaría de Salud / Dirección General de Epidemiología, Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), cierres anuales 2022–2025.

En términos de carga general, durante **2025** se notificaron **271 513 infecciones respiratorias agudas**, **67 134 infecciones intestinales por otros organismos** y **las mal definidas**, **1 056 casos de influenza** y **659 de COVID-19**. Estas cifras muestran que las transmisibles comunes continúan representando un componente importante de la demanda asistencial y de la carga de enfermedad, particularmente en consulta ambulatoria y vigilancia epidemiológica. Aunque no todas ellas requieren la misma intensidad de respuesta, sí confirman que el estado mantiene una doble exigencia: sostener el control de padecimientos frecuentes y, al mismo tiempo, responder a enfermedades emergentes, reemergentes o de vigilancia especial.

Dengue y otras enfermedades transmitidas por vector

El dengue mostró en los últimos años un comportamiento fluctuante. De acuerdo con las cifras oficiales consolidadas para la entidad, en **2022** se registraron **68 casos**, en **2023** fueron **15**, en **2024** ocurrió un repunte importante con **1 280 casos** y en **2025** se notificaron **15 casos**. Esta secuencia muestra una reducción marcada posterior al repunte de 2024; sin embargo, el antecedente reciente obliga a no asumir un control definitivo y a mantener activa la vigilancia entomológica, la eliminación de criaderos y la capacidad de respuesta oportuna ante nuevos incrementos.

La distribución territorial del dengue confirma una concentración en la región lagunera y en los principales municipios urbanos. Durante el periodo reciente, **Gómez Palacio** y **Durango** concentraron la mayor parte de los casos, con participación adicional de **Lerdo** y algunos municipios del semidesierto. Esta focalización territorial refuerza la necesidad de mantener acciones diferenciadas, especialmente en corredores urbanos y periurbanos con condiciones propicias para la transmisión.

Dentro del componente vectorial, también merece atención la rickettsiosis. Los registros disponibles muestran que las **otras rickettsiosis** pasaron de valores mínimos en **2022** y **2023** a **202 casos en 2024**, para descender a **37 en 2025**. Además, la concentración territorial se observó principalmente en **Gómez Palacio** y **Durango**. Por su parte, la **fiebre manchada** mantuvo baja frecuencia en 2025, con **2 casos** en el boletín acumulado por edad. Aunque el número absoluto es mucho menor que el del dengue, su relevancia epidemiológica radica en la gravedad potencial, la necesidad de sospecha clínica oportuna y la importancia de sostener vigilancia en municipios con antecedentes recientes.

Tuberculosis: persistencia y tendencia ascendente

La **tuberculosis respiratoria** se mantiene como una de las enfermedades transmisibles prioritarias por su persistencia y crecimiento reciente. Los cierres anuales muestran una tendencia ascendente de **143 casos en 2022** a **167 en 2023**, **184 en 2024** y **220 en 2025**. A ello se suman **48 casos de otras formas de tuberculosis** en 2025, lo que confirma que no se trata de un fenómeno aislado ni en retroceso. Esta trayectoria sugiere persistencia de la transmisión, detección insuficiente en etapas tempranas o permanencia de factores de riesgo asociados, por lo que el fortalecimiento del diagnóstico oportuno, el estudio de contactos y la adherencia terapéutica continúa siendo una prioridad operativa.

La distribución territorial de la tuberculosis muestra concentración en los municipios de mayor peso poblacional. En **2025**, la tuberculosis respiratoria registró **102 casos en Durango**, **96 en Gómez Palacio** y **12 en Lerdo**; en las otras formas de tuberculosis, **Durango** concentró **40 casos**. Por grupo de edad, la carga se ubica principalmente en población adulta, con mayor presencia en los grupos

de **25 a 44 años y 65 años y más**. Además, la distribución por institución muestra que en 2025 la mayor parte de la captación correspondió a **SSA e IMSS**, lo que indica que la respuesta requiere coordinación interinstitucional sostenida.

Infección por VIH: incremento sostenido y concentración urbana

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana también muestra una tendencia ascendente sostenida. Los cierres anuales disponibles registran **134 casos en 2022, 166 en 2023, 178 en 2024 y 231 en 2025**, lo que confirma un crecimiento progresivo en los diagnósticos recientes. Este comportamiento obliga a fortalecer la detección, el acceso oportuno a tratamiento y las acciones preventivas focalizadas en poblaciones de mayor riesgo, especialmente porque la evolución del VIH no se expresa sólo en nuevos casos, sino también en carga acumulada para seguimiento clínico, atención integral y control de transmisión.

En 2025, el VIH mantuvo un marcado predominio en **hombres, con 195 casos masculinos frente a 36 femeninos**, y una fuerte concentración en **Durango y Gómez Palacio**. Por grupo de edad, los registros acumulados muestran mayor carga en **25 a 44 años**, seguidos de **45 a 59 años**, lo que ubica a esta infección principalmente en población joven y adulta. Por institución, la captación se concentró en **IMSS y SSA**. En términos diagnósticos, esta combinación de incremento sostenido, predominio masculino y concentración urbana sugiere transmisión activa en núcleos poblacionales específicos y necesidad de reforzar el tamizaje, la consejería, el diagnóstico temprano y el seguimiento continuo.

COVID-19, influenza y vigilancia de eventos respiratorios

Aunque la fase crítica de la pandemia ya fue superada, **COVID-19** no desapareció del panorama epidemiológico estatal. En **2025** se notificaron **659 casos**, con mayor captación en **IMSS y SSA**. A ello se sumaron **1 056 casos de influenza**, lo que confirma que las infecciones respiratorias de importancia epidemiológica continúan circulando y exigen mantener capacidad diagnóstica, vigilancia oportuna y preparación operativa estacional. En ambos padecimientos la carga se observa principalmente en población adulta, aunque los registros muestran participación de varios grupos etarios, incluidos menores y personas mayores.

Más que interpretarse como una emergencia equivalente a la vivida en años previos, estos datos deben leerse como evidencia de que el estado sigue requiriendo vigilancia activa, monitoreo de tendencias y capacidad de respuesta ante repuntes respiratorios. Esto es particularmente importante en unidades con alta presión asistencial, en temporadas de circulación viral elevada y en grupos vulnerables como personas mayores o con comorbilidades.

Enfermedades prevenibles por vacunación y señales de alerta epidemiológica

Además de los padecimientos prioritarios por magnitud o tendencia, los datos de **2025** muestran eventos que, aunque de menor frecuencia, deben mantenerse bajo vigilancia por su relevancia sanitaria. Entre ellos destacan **16 casos de sarampión, 12 de tos ferina, 39 de síndrome coqueluchoide, 70 de parotiditis infecciosa, 144 de hepatitis A y 963 de varicela**. Algunos de estos padecimientos se concentran en población infantil o adolescente, mientras otros se distribuyen en varios grupos de edad. Su presencia no debe sobredimensionarse como brote generalizado, pero sí interpretarse como una señal de que la vigilancia epidemiológica y la continuidad de las coberturas preventivas no pueden relajarse.

En este sentido, el valor del apartado no radica sólo en contabilizar casos, sino en identificar eventos centinela que orienten decisiones preventivas. La coexistencia de padecimientos de transmisión respiratoria, vectorial, sexual y fecal-oral confirma que Durango mantiene una **carga transmisible heterogénea**, donde conviven enfermedades de alta frecuencia con otras de menor volumen, pero mayor relevancia estratégica.

Implicaciones para la planeación y la vigilancia

En conjunto, el panorama **2025** muestra que las enfermedades transmisibles prioritarias en Durango pueden agruparse en tres grandes bloques. El primero corresponde a las de **alta carga general**, como las infecciones respiratorias e intestinales. El segundo agrupa las de **persistencia estructural**, como la tuberculosis y el VIH. El tercero integra las de **comportamiento epidémico, reemergente o de vigilancia intensiva**, como el dengue, las rickettsiosis, la COVID-19 y algunas enfermedades prevenibles por vacunación. Esta clasificación es útil

para la planeación porque evita tratar todas las transmisibles con la misma lógica operativa.

Desde la perspectiva de la toma de decisiones, el estado requiere al menos cuatro líneas de acción: sostener la vigilancia y la respuesta rápida ante enfermedades con potencial epidémico; fortalecer el diagnóstico temprano, seguimiento y adherencia en tuberculosis y VIH; mantener la capacidad de vigilancia respiratoria y de vacunación para prevenir reemergencias; y focalizar acciones territoriales en los municipios y corredores donde se concentra la mayor carga reciente, especialmente **Durango** y **Gómez Palacio**. Más que un problema único, las transmisibles en Durango configuran un mosaico de riesgos que exige respuestas diferenciadas, sostenidas y articuladas entre vigilancia epidemiológica, prevención comunitaria y atención clínica.

Nota metodológica: Este apartado se centra en enfermedades transmisibles prioritarias seleccionadas con base en su magnitud reciente, tendencia temporal, concentración territorial y relevancia para la vigilancia epidemiológica. No constituye un inventario exhaustivo de todas las enfermedades transmisibles notificadas en el estado, sino una lectura estratégica orientada a la toma de decisiones.

5.5. Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen el eje central de la carga de enfermedad en el estado de Durango. El perfil actual se caracteriza por una alta prevalencia de padecimientos metabólicos que presentan una concentración significativa en grupos de edad productiva, lo cual impacta la demanda de servicios de salud y la sostenibilidad operativa de las unidades de primer y segundo nivel.

Prevalencia de pacientes en tratamiento y control metabólico

De acuerdo con los registros del SIS al cierre de 2025, la capacidad de respuesta institucional se refleja en el volumen de pacientes integrados a tratamiento activo por Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

- **Diabetes Mellitus:** Se reportan **46,613 pacientes en tratamiento**. La distribución por grupos de edad muestra que el **57.2% de esta población se sitúa en el rango de 20 a 59 años**, lo que confirma que el padecimiento afecta predominantemente a la población económicamente activa, manteniendo la tendencia observada en los ciclos previos.
- **Hipertensión Arterial:** La cifra de pacientes en tratamiento asciende a **59,545 casos**. En este rubro, el **50.7% de los registros corresponde al grupo de 20 a 59 años**, evidenciando una demanda de atención que requiere estrategias de control prolongado desde etapas tempranas de la vida adulta.

El proceso de detección realizado durante el ciclo 2025 generó un total de **58,355 tamizajes para Diabetes** y **66,706 para Hipertensión**, con tasas de positividad que permiten la identificación de casos nuevos para su incorporación al seguimiento clínico regular.

Insuficiencia renal crónica y egresos hospitalarios

La insuficiencia renal crónica (IRC) representa la complicación sistémica de mayor impacto hospitalario derivado de la progresión de las enfermedades metabólicas. Durante 2025, se registraron **10,982 egresos hospitalarios por IRC**.

La severidad del cuadro clínico al ingreso hospitalario es un indicador crítico de la efectividad del control en el primer nivel de atención. Los datos indican que el **47.5% de estos egresos corresponden a pacientes en Etapa 5**, lo que implica la necesidad de procedimientos de sustitución renal inmediata. Esta concentración de casos en estadios terminales constituye el principal factor de saturación en los servicios de segundo y tercer nivel de atención en el estado.

Diagnóstico y detección de cáncer en la mujer

La vigilancia de neoplasias malignas en la población femenina se sustenta en la detección oportuna de lesiones precursoras y el seguimiento de patologías benignas. Los registros del SIS reportan la siguiente actividad diagnóstica en 2025:

- **Cáncer de mama:** Se identificaron **350 casos de patología mamaria benigna** sujetos a seguimiento clínico, y se registraron **33 nuevos diagnósticos de cáncer mamario**, los cuales fueron referidos para tratamiento oncológico especializado.
- **Cáncer cervicouterino:** En materia de detección, se realizaron **1,076 estudios de tamizaje (VPH y citologías)**, resultando en la confirmación de **10 nuevos casos** de cáncer cervicouterino.

Estos indicadores reflejan la continuidad de las acciones de búsqueda activa, permitiendo la vinculación de los casos detectados hacia las unidades de especialidad correspondientes.

Análisis geográfico de la carga de enfermedad crónica

La distribución territorial de las ECNT en Durango muestra una asimetría vinculada a la densidad poblacional y al acceso a servicios. Los municipios de **Durango, Gómez Palacio y Lerdo** concentran más de 52,000 pacientes activos, lo que representa el volumen operativo más alto del estado.

No obstante, el análisis de los egresos hospitalarios muestra que los pacientes provenientes de municipios de alta marginación, como **Mezquital, Tamazula y Pueblo Nuevo**, presentan ingresos por complicaciones metabólicas en estadios más avanzados en comparación con las zonas urbanas. Esto señala una brecha en la detección temprana en zonas de difícil acceso, lo que eleva el costo de atención por paciente al requerir intervenciones de mayor complejidad hospitalaria.

5.6. Salud materna, perinatal e infantil

Este apartado examina de manera integrada la salud materna, la mortalidad materna, la salud perinatal y la salud infantil temprana en Durango durante 2025. El análisis se centra en la oportunidad del control prenatal, la identificación de embarazos de alto riesgo, la morbilidad obstétrica, la respuesta institucional ante eventos críticos, los principales resultados neonatales inmediatos y, posteriormente, en los patrones de vacunación, morbilidad y mortalidad en menores de cinco años. En conjunto, estos componentes permiten valorar no

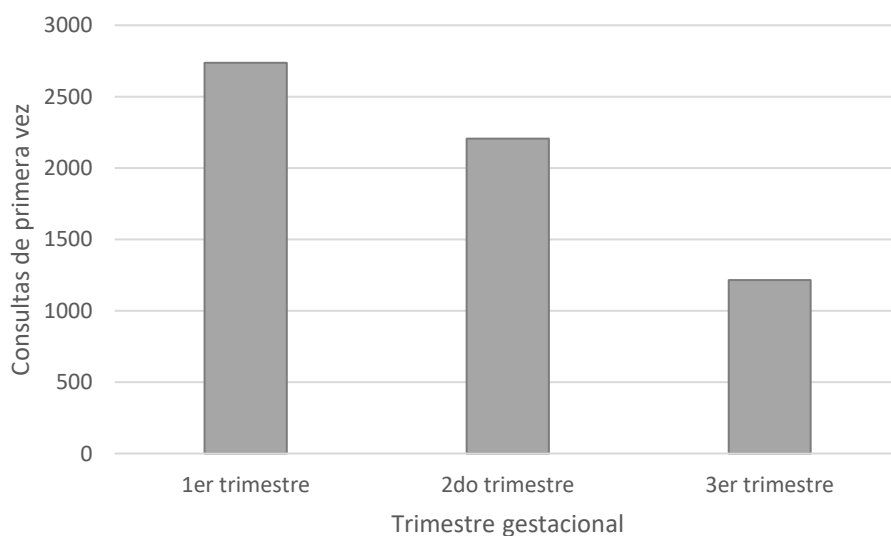
sólo la carga clínica del embarazo, el nacimiento y la primera infancia, sino también la capacidad operativa de la red de servicios para prevenir complicaciones, organizar una atención obstétrica segura, reducir riesgos en el periodo neonatal temprano y proteger la salud infantil en sus etapas más vulnerables.

5.6.1. Salud materna

Acceso y seguimiento del control prenatal

La efectividad del control prenatal depende, en primer término, de la **captación oportuna** de la gestante. Durante 2025 se registraron **6,158 consultas prenatales de primera vez**, de las cuales únicamente **44.5% (2,738)** ocurrieron en el **primer trimestre de gestación**. En contraste, **55.5%** de las mujeres inició su vigilancia prenatal de manera tardía, distribuida entre **35.8%** en el segundo trimestre y **19.7%** en el tercero.

Gráfica 9. Consultas prenatales de primera vez por trimestre gestacional, Durango 2025



Fuente: SS/DGIS, SIS 2025

Este patrón constituye una limitación importante para la prevención obstétrica, ya que reduce la ventana disponible para identificar factores de riesgo, detectar oportunamente trastornos hipertensivos o metabólicos, planear intervenciones

preventivas y organizar con anticipación la referencia de embarazos con mayor complejidad.

A ello se suma la necesidad de valorar la **continuidad del seguimiento prenatal**. El sistema reportó **18,634 consultas subsecuentes**, que al sumarse a la captación inicial representan un promedio cercano a **4 consultas prenatales totales por cada gestante captada**, de las cuales aproximadamente **3 correspondieron a seguimiento subsecuente**. Aunque esta cifra refleja una actividad prenatal sostenida, continúa siendo limitada frente a los estándares recomendados para asegurar un monitoreo suficiente del embarazo, incluso en gestaciones de bajo riesgo. En términos operativos, ello implica que una parte de las mujeres podría no estar recibiendo una vigilancia clínica lo suficientemente estrecha para detectar de manera anticipada complicaciones agudas o cambios en la evolución del embarazo.

Embarazo adolescente y alto riesgo

Uno de los focos prioritarios del panorama materno es el **embarazo en adolescentes**. Durante 2025 se registraron **1,923 adolescentes en control prenatal**, lo que representa **31.2%** del total de captaciones de primera vez. Dentro de este grupo destacan **95 casos en menores de 15 años**, evento de alta prioridad no sólo clínica, sino también social e institucional, por las implicaciones que conlleva en términos de protección integral, vulnerabilidad biológica y riesgo obstétrico. La mayor concentración de estos casos se observó en los municipios de **Durango (572)**, **Gómez Palacio (481)** y **Mezquital (116)**, lo que sugiere que la carga del embarazo adolescente no se distribuye homogéneamente en el territorio y que ciertos municipios requieren intervenciones diferenciadas de prevención, seguimiento y protección social.

De manera complementaria, el sistema identificó **1,601 gestantes con criterios de alto riesgo obstétrico** desde el inicio de su control. No obstante, resulta particularmente relevante que **31.8%** de estos casos haya sido detectado hasta el **tercer trimestre de gestación**. Este hallazgo refleja una captación insuficientemente oportuna de parte del alto riesgo y reduce de manera sustancial el margen de maniobra clínica para la planeación del parto seguro, la

organización de la referencia preventiva y la reducción de complicaciones graves antes del nacimiento. En términos funcionales, ello implica que una proporción importante del riesgo obstétrico debe resolverse en etapas avanzadas del embarazo, cuando la capacidad preventiva disminuye y la dependencia del segundo nivel de atención se vuelve mayor.

Morbilidad y complicaciones obstétricas

El análisis de la **morbilidad obstétrica** durante 2025 muestra una coexistencia de padecimientos frecuentes y de eventos de alta gravedad. La condición más común fue la **infección de vías urinarias**, con **2,697 casos**, lo que la convierte en la principal causa de morbilidad registrada en la gestante. Más allá de su frecuencia, este hallazgo es clínicamente relevante porque la IVU no tratada oportunamente constituye uno de los principales factores asociados con amenaza de parto pretérmino y con complicaciones infecciosas maternas y neonatales. Junto a ello, la **diabetes gestacional** alcanzó **739 casos**, posicionándose como el trastorno metabólico de mayor prevalencia durante el embarazo y obligando a un control metabólico estricto para reducir riesgos como macrosomía fetal, trauma obstétrico y complicaciones en el nacimiento.

Por otro lado, aunque menos frecuentes en volumen, los eventos de mayor gravedad concentran el mayor potencial letal. Durante 2025 se registraron **105 casos de preeclampsia/eclampsia** y **76 eventos de hemorragia obstétrica durante el embarazo**. Estas cifras muestran que, aun cuando las emergencias obstétricas representan una fracción menor del total de la morbilidad, continúan constituyendo el núcleo más crítico desde el punto de vista de la seguridad materna y de la necesidad de respuesta hospitalaria inmediata. La presencia de estos eventos confirma la importancia de mantener una vigilancia prenatal efectiva, protocolos de identificación temprana y una red funcional de estabilización y traslado.

La capacidad de respuesta institucional se expresa con claridad en la **actividad de traslado y referencia obstétrica**. Durante 2025 se requirió el apoyo de **397 traslados obstétricos de emergencia**, lo que equivale a más de un traslado diario bajo condiciones de urgencia. Este dato es especialmente relevante porque

refleja la presión constante sobre la red de ambulancias y sobre los mecanismos de coordinación territorial para asegurar que las pacientes lleguen con oportunidad a unidades de mayor capacidad resolutive. De forma paralela, se documentó la **referencia de 1,376 pacientes por embarazo de alto riesgo**, incluidas **203 referencias directas por emergencias obstétricas específicas**, de las cuales **22** correspondieron a preeclampsia, **20** a hemorragia y **161** a otras causas agudas. En conjunto, estos datos muestran que la red obstétrica estatal mantiene una actividad importante de articulación entre niveles, pero también revelan una dependencia estructural de la referencia oportuna como componente esencial para sostener la seguridad materna.

El panorama materno de Durango en 2025 muestra avances en la captación y seguimiento prenatal, así como una red activa de referencia y atención obstétrica; sin embargo, persisten desafíos significativos en la oportunidad de la captación, la vigilancia suficiente durante el embarazo y la detección temprana del alto riesgo. La elevada proporción de embarazo adolescente, la identificación tardía de una parte importante del embarazo de alto riesgo, la persistencia de infecciones urinarias y trastornos metabólicos, y la necesidad cotidiana de traslados de emergencia confirman que el reto no radica únicamente en ampliar la cobertura prenatal, sino en fortalecer la calidad, la oportunidad y la capacidad resolutive de la atención materna en toda la red, especialmente en aquellos territorios donde la captación tardía, el embarazo adolescente, el alto riesgo obstétrico y la necesidad de traslado convergen como factores que incrementan la probabilidad de desenlaces graves, incluida la mortalidad materna.

5.6.2. Mortalidad materna

La mortalidad materna en Durango no es solo un indicador de salud reproductiva, sino la manifestación más crítica de las brechas en el acceso y la calidad del sistema. Durante el periodo **2014-2024**, el estado registró **167 defunciones clasificadas para la razón de mortalidad materna (RMM)**, con un comportamiento históricamente inestable que evidencia fallas persistentes en distintos puntos del continuo de atención; a ello se suma que, **al cierre de 2025**, la entidad muestra un nuevo repunte del indicador.

Magnitud, tendencia y el repunte

La trayectoria histórica de la RMM en la entidad muestra una inestabilidad que impide la consolidación de una tendencia a la baja. Tras años de fluctuación (con picos en 2014 con 25 casos y 2019 con 20), el sistema enfrenta un escenario de alerta al cierre de 2025:

- **Incremento en 2025:** Con una RMM preliminar de **60.4**, el estado registra su valor más alto desde 2014, situándose **2.4 veces por encima de la media nacional (25.1)**.
- **Brecha comparativa:** Durango ha superado el promedio nacional en el 75% de los últimos 12 años, lo que indica un problema estructural que trasciende las coyunturas sanitarias.

Ejes territoriales de concentración y carga de mortalidad

La mortalidad se concentra geográficamente en tres municipios que representan el 55.7% de la carga estatal en el periodo analizado:

- **Durango (43 casos) y Gómez Palacio (24 casos):** La mortalidad en estos polos urbanos se vincula a la **complejidad clínica** y a la **falla en la demora 3** (capacidad resolutive hospitalaria y manejo de emergencias).
- **Mezquital (26 casos):** Es el municipio con la mayor carga proporcional a su población. En este territorio, la mortalidad es un fenómeno de **dispersión y exclusión**, donde el sistema falla antes de que la paciente llegue a la unidad médica.

Perfil clínico y causalidad obstétrica

El análisis de las causas de defunción permite identificar una prevalencia compartida entre causas directas e indirectas que complican el estado gestacional:

- **Causas directas:** la tríada de **hemorragia obstétrica** (incluyendo hemorragias postparto inmediatas y del tercer periodo), **eclampsia/síndrome de HELLP** y **embolia obstétrica** concentra más del

40% de los fallecimientos. Estas son patologías cuya letalidad es mitigable mediante protocolos de respuesta inmediata (código máter).

- **Causas Indirectas:** Se observa una incidencia significativa de enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio y digestivo que complican el embarazo. Esto sugiere un **control prenatal deficiente** donde no se identificaron o compensaron comorbilidades preexistentes.

El tiempo y el lugar de la muerte son los indicadores más fieles de las "demoras" en la atención:

- **Puerperio:** El **49.1% (82 casos)** de las muertes ocurrieron durante el puerperio, confirmando que la vigilancia postparto es el eslabón más débil del continuo de atención.
- **Sitio de ocurrencia:** Aunque la mayoría (82 casos) fallece en unidades de la Secretaría de Salud, un dato alarmante es que en el municipio de Mezquital, más del **50% de las muertes ocurren fuera de una unidad hospitalaria** (Hogar, Vía Pública o Trayecto). Esto evidencia una falla crítica en la **demora 1** (reconocimiento de signos de alarma) y la **demora 2** (transporte y acceso geográfico).

El análisis de las 26 muertes en Mezquital revela un perfil de alta vulnerabilidad que debe guiar la planeación de 2026:

- **Perfil sociodemográfico:** El 69% de las mujeres fallecidas no trabajaba fuera del hogar y presentaba niveles de escolaridad nulos o de primaria incompleta.
- **Estado de afiliación:** El **42.3% de las muertes maternas** en este municipio **no contaban con una derechohabencia** especificada al momento del registro, mientras que el **23.1% declaró no tener ninguna afiliación**. En conjunto, el **65.4% de los casos** se presentaron en mujeres sin una vinculación formal o verificable a esquemas de seguridad social, lo que constituye un determinante crítico para la continuidad y el seguimiento del cuidado prenatal y el puerperio.

- **Distribución por edad:** El grupo de 20 a 24 años es el más afectado, lo que indica que la mortalidad no sólo impacta a gestantes en edades extremas, sino a mujeres en la plenitud de su etapa reproductiva.

5.6.3. Salud perinatal

La salud perinatal en Durango durante 2025 se caracteriza por una elevada concentración de nacimientos en pocos polos de atención y por la persistencia de condiciones neonatales que incrementan el riesgo de complicaciones tempranas. En la red analizada se registraron **20,694 nacimientos**, de los cuales la gran mayoría se concentró en las jurisdicciones de **Durango y Gómez Palacio**, que en conjunto reunieron **96.7%** del total estatal. Esta distribución no sólo refleja el peso demográfico de ambas jurisdicciones, sino también la centralización de la atención obstétrica y neonatal en hospitales con mayor capacidad resolutive, lo que obliga a interpretar los indicadores perinatales no sólo como expresión del riesgo biológico del recién nacido, sino también como resultado de la organización territorial de la red de servicios.

Desde el punto de vista de la madurez neonatal, los hallazgos más relevantes fueron el **bajo peso al nacer** y la **prematuridad**. Durante 2025 se registraron **1,968 nacimientos con peso inferior a 2,500 gramos**, equivalentes a **9.5%** del total, y **1,947 nacimientos pretérmino**, es decir, **9.4%** de los nacidos vivos; dentro de este grupo, **84** correspondieron a prematurez extrema de menos de 28 semanas de gestación. A ello se suma que **5,063 recién nacidos** presentaron una talla menor de 49 centímetros, lo que representa **24.5%** del total. En conjunto, estos resultados muestran que una proporción no menor de los nacimientos en el estado corresponde a recién nacidos con mayor vulnerabilidad biológica, ya sea por inmadurez gestacional, menor peso o menor crecimiento al nacimiento. De manera complementaria, también se identificaron **806 nacimientos con 4,000 gramos o más (3.9%)**, lo que sugiere que el panorama perinatal no se agota en la prematurez y el bajo peso, sino que también incluye un componente de macrosomía fetal que puede asociarse a mayores riesgos obstétricos y neonatales.

La adaptación del recién nacido en el periodo inmediato posterior al parto muestra, en términos generales, un comportamiento favorable, pero con un subgrupo clínicamente relevante de neonatos con compromiso inicial. De acuerdo con la escala de **Apgar a los 5 minutos, 205 recién nacidos** presentaron puntajes de **0 a 6**, lo que representa alrededor de **1.0%** del total; aunque proporcionalmente reducido, este grupo concentra los casos de mayor necesidad de reanimación y vigilancia neonatal. A ello se suma la valoración mediante la escala de **Silverman**, en la que **744 neonatos (3.6%)** presentaron algún grado de dificultad respiratoria al nacer, incluidos **202 casos** con compromiso moderado o severo. Estos hallazgos sugieren que, aun cuando la mayoría de los nacimientos evolucionan con adecuada adaptación inicial, persiste una carga relevante de recién nacidos que requieren intervención inmediata, soporte respiratorio o vigilancia estrecha en las primeras horas de vida.

La lectura territorial de estos eventos debe hacerse con cautela. Municipios como **Durango y Gómez Palacio** concentran el mayor número absoluto de nacimientos con bajo peso, prematuridad, Apgar bajo o dificultad respiratoria; sin embargo, esta concentración está influida por el hecho de que también reúnen la mayor parte del volumen total de nacimientos y funcionan como centros de referencia para embarazos de mayor complejidad. Por ello, el análisis perinatal no debe limitarse a identificar dónde hay más casos, sino a reconocer que los principales nodos obstétricos del estado absorben una parte importante del riesgo neonatal, lo cual incrementa la necesidad de capacidad resolutoria en salas de labor, cuneros patológicos, UCIN y servicios de reanimación neonatal.

Parte del riesgo neonatal observado en el estado se relaciona con condiciones maternas y con la oportunidad del seguimiento durante el embarazo; sin embargo, el desarrollo analítico de esos determinantes corresponde al subapartado de salud materna. En el presente apartado, el énfasis se coloca en los resultados neonatales inmediatos y en la continuidad del cuidado posterior al nacimiento.

Un componente que sí debe incluirse en este apartado es la continuidad de la atención neonatal inmediata, particularmente en las intervenciones de egreso.

Aquí es indispensable distinguir universos: mientras los indicadores previos describen el **panorama sectorial** de los nacimientos, la información sobre tamizaje neonatal y vacunación al nacimiento corresponde exclusivamente a **Servicios de Salud de Durango**. Por ello, estos componentes no deben compararse con el total sectorial de 20,694 nacimientos, sino con el universo de nacimientos atendidos por esta dependencia. Hecha esa precisión metodológica, los registros muestran una capacidad operativa importante para la detección y prevención neonatal, aunque con márgenes de mejora en oportunidad y cobertura efectiva. El **tamiz metabólico** alcanzó a **10,548 recién nacidos**, mientras que la aplicación de **hepatitis B** y **BCG** en el egreso neonatal muestra la necesidad de revisar con mayor precisión la cobertura institucional y la oportunidad de la aplicación, particularmente en los primeros días de vida.

La relevancia de este panorama no es menor. En el propio diagnóstico estatal previo se documentó que las **afecciones originadas en el periodo perinatal** constituyen la principal causa de muerte infantil en el estado, por encima de malformaciones congénitas y de otras causas infecciosas o accidentales. En consecuencia, los hallazgos de prematurez, bajo peso, compromiso respiratorio al nacer y continuidad incompleta de intervenciones neonatales tempranas deben interpretarse como elementos centrales para explicar la carga de enfermedad y muerte en menores de un año.

En síntesis, el panorama perinatal de Durango en 2025 muestra que, aunque la mayoría de los nacimientos presenta adaptación neonatal favorable, persiste una proporción relevante de recién nacidos con mayor vulnerabilidad biológica por prematurez, bajo peso o compromiso respiratorio inicial. A ello se suma la fuerte concentración territorial de la atención perinatal en pocas unidades de referencia y la necesidad de fortalecer la continuidad del cuidado neonatal inmediato, particularmente en tamizaje y vacunación institucional. Desde una perspectiva de planeación, esto implica consolidar la capacidad resolutive de los hospitales que concentran la atención obstétrica y neonatal, mejorar la oportunidad de las intervenciones de egreso y mantener vigilancia estrecha sobre los territorios donde se acumulan factores de riesgo perinatal.

5.6.4. Salud infantil

La salud infantil en Durango durante **2025** muestra un patrón en el que coexisten una **elevada demanda de atención por enfermedades transmisibles frecuentes**, una **carga importante de urgencias y hospitalización** en los primeros años de vida, y la necesidad de sostener intervenciones preventivas continuas en **vacunación, nutrición, lactancia y educación para el cuidado infantil**. El panorama infantil posterior al nacimiento inmediato permite identificar riesgos persistentes en **menores de un año** y en la población de **1 a 4 años**, así como fortalezas y brechas en la respuesta del sistema.

La **vacunación** continúa siendo uno de los principales componentes de protección en la infancia, aunque su análisis debe hacerse desde la lógica operativa de aplicación de biológicos. Durante **2025** se registraron **2,433 aplicaciones de BCG** al recién nacido en las primeras 24 horas y **6,020** entre los **2 y 28 días de vida**, lo que suma **8,453 aplicaciones dentro del primer mes**. En hepatitis B se aplicaron **6,836 dosis únicas** en recién nacidos de **0 a 7 días**. En **neumocócica conjugada** se documentaron **12,788 primeras dosis** de 2 a 11 meses, **11,640 segundas dosis** de 4 a 11 meses y **10,548 terceras dosis** de 12 a 23 meses. En **SRP triple viral** se registraron **13,287 primeras dosis** a los 12 meses y **10,293 segundas** a los 18 meses; adicionalmente, se aplicaron **9,021 dosis de DPT** a los 4 años. Estas cifras reflejan una actividad operativa importante del programa de vacunación, aunque la sola aplicación de dosis no sustituye la necesidad de monitorear **coberturas efectivas, esquemas completos y territorios con rezago**, especialmente si se considera que en el mismo año persistieron notificaciones de padecimientos prevenibles como **tos ferina, síndrome coqueluchoide, varicela** y eventos compatibles con **sarampión**.

El componente **nutricional** también merece atención específica. En las consultas de evaluación del estado de nutrición se observa que, aunque la mayoría de los registros corresponde a condición normal, persiste una carga no menor de desnutrición en distintos grupos de edad. En menores de **6 meses** se registraron **5,193 evaluaciones con peso para la talla normal**, frente a **1,344 con desnutrición leve**, **684 con desnutrición moderada** y **825 con desnutrición grave**. En el grupo

de **6 a 11 meses** se documentaron **4,858 normales**, pero también **889 leves**, **362 moderadas** y **352 graves**. Entre **12 y 23 meses** se registraron **7,616 evaluaciones normales**, frente a **1,375 leves**, **555 moderadas** y **506 graves**; mientras que en **2 a 4 años** se contabilizaron **17,407 normales**, **3,645 leves**, **1,251 moderadas** y **744 graves**. Aunque estos registros corresponden a consultas y no deben interpretarse como prevalencias poblacionales directas, sí muestran que la vigilancia nutricional continúa identificando un volumen considerable de niñas y niños con alteraciones que ameritan **seguimiento, intervención alimentaria y educación familiar**.

La **lactancia materna** sigue siendo un componente protector esencial. En los registros operativos de **2025** se documentaron **4,748 atenciones relacionadas con lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses** y **13,347** en población de **6 meses a menores de 3 años**, para un total de **18,095 intervenciones registradas**. Si bien estos datos no equivalen a una tasa de prevalencia de lactancia, sí indican que la promoción y el seguimiento de esta práctica forman parte relevante de la actividad de los servicios, particularmente en la atención primaria y en el acompañamiento del crecimiento y desarrollo.

A ello se suma la **educación de madres y cuidadores** como una de las principales herramientas de prevención. Durante **2025** se registraron **107,881 acciones de capacitación a madres**, de las cuales las más frecuentes fueron sobre **infecciones respiratorias agudas**, con **24,912**, **lactancia materna**, con **22,830**, **enfermedades diarreicas agudas**, con **20,757**, y **estimulación temprana inicial**, con **14,984**. También se desarrollaron actividades sobre **desnutrición infantil, obesidad y sobrepeso**, y **cuidados al recién nacido**. Estas intervenciones son relevantes porque fortalecen la capacidad de reconocimiento temprano de signos de alarma, promueven prácticas de alimentación y cuidado más seguras, y pueden reducir la progresión de cuadros comunes hacia urgencias u hospitalización.

La **morbilidad en la infancia temprana** confirma el predominio de padecimientos respiratorios y gastrointestinales. De acuerdo con el boletín epidemiológico acumulado a la **semana 53 de 2025**, en menores de 5 años se notificaron **21,539 infecciones respiratorias agudas**, **3,725 infecciones intestinales** por otros

organismos y las mal definidas, 1,539 episodios de otitis media aguda, 152 neumonías y bronconeumonías, y 42 casos de influenza. A ello se suman eventos de interés preventivo como **44 casos de varicela** en menores de 5 años, **11 de tos ferina**, **32 de síndrome coqueluchoide** y **7 notificaciones de sarampión** en menores de 1 año y de 1 a 4 años. En conjunto, estos datos muestran que la carga de enfermedad en la infancia temprana continúa dominada por patologías infecciosas comunes, particularmente **respiratorias** y **digestivas**, que aunque muchas veces se resuelven en el primer nivel de atención, mantienen capacidad de progresar a cuadros de mayor gravedad en lactantes y preescolares.

La presión asistencial también se expresa claramente en el uso de los **servicios de urgencias**. Durante **2025**, en menores de un año y en niños de **1 a 4 años** se registraron en conjunto **20,078 atenciones de urgencias**; de ellas, **7,366** correspondieron a **menores de un año** y **12,712** al grupo de **1 a 4 años**. Las principales causas fueron las **gastroenteritis y colitis de origen infeccioso**, las **faringitis agudas**, la **rinofaringitis aguda o resfriado común**, las **infecciones agudas de las vías respiratorias superiores** y la **bronquiolitis aguda**. En los menores de un año resaltan además motivos de observación, fiebre, ictericia y cuadros respiratorios, lo que confirma la **alta sensibilidad clínica** de este grupo etario y la necesidad de **capacidad resolutive inmediata**. Territorialmente, la mayor carga de urgencias se concentró en la **Jurisdicción Sanitaria No. 1 – Durango**, con **13,688 atenciones**, seguida por **Gómez Palacio**, con **5,221**, **Santiago Papasquiaro**, con **2,632** y **Rodeo**, con **594**. Esta distribución guarda relación con la concentración poblacional y con el peso funcional de las principales unidades de referencia pediátrica y hospitalaria.

La **severidad** de una parte de estos padecimientos se refleja en la **hospitalización**. En **2025** se registraron **4,242 egresos hospitalarios** en menores de 5 años, de los cuales **2,555** correspondieron a **menores de un año** y **1,687** a niños de **1 a 4 años**. En menores de un año, la hospitalización continuó fuertemente influida por padecimientos propios del inicio de la vida y por complicaciones respiratorias o infecciosas tempranas, entre las que destacan la **dificultad respiratoria del recién nacido**, los **trastornos relacionados con la duración corta de la gestación** y el **bajo peso al nacer**, la **ictericia neonatal**, la **sepsis bacteriana del recién nacido** y la

asfixia del nacimiento. En el grupo de **1 a 4 años**, en cambio, el perfil de hospitalización se desplaza hacia causas como **neumonía, gastroenteritis, bronquiolitis, epilepsia, traumatismo intracraneal, apendicitis aguda y asma.** Esto muestra que la carga hospitalaria infantil se distribuye en dos grandes bloques: por un lado, lactantes con mayor vulnerabilidad clínica y, por otro, preescolares expuestos a enfermedades respiratorias, digestivas y traumatismos que siguen demandando recursos hospitalarios.

En términos de **mortalidad**, el componente infantil sigue mostrando una carga relevante por causas prevenibles y por padecimientos congénitos o infecciosos. En menores de un año, excluyendo las afecciones originadas en el periodo perinatal ya abordadas previamente, destacan como causas adicionales de defunción las **malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, con 41 casos**, seguidas de los **accidentes, con 14**, las **enfermedades del esófago, con 6**, y en menor escala las **enfermedades infecciosas intestinales, la neumonía e influenza y las enfermedades del corazón, con 4 casos cada una.** En el grupo de **1 a 4 años** se registraron **48 defunciones**, concentradas principalmente en **accidentes, con 13 casos**, y **malformaciones congénitas, con 9**; en un segundo nivel aparecen la **desnutrición y otras deficiencias nutricionales, la neumonía e influenza y las enfermedades del corazón, con 3 casos cada una.** Esta distribución indica que, una vez superado el periodo neonatal inmediato, la mortalidad infantil mantiene una composición mixta en la que convergen lesiones, padecimientos congénitos y enfermedades infecciosas o nutricionales, lo que exige una respuesta igualmente integrada desde la prevención, el seguimiento clínico y la atención oportuna.

En conjunto, la salud infantil en Durango durante **2025** muestra que la protección de la primera infancia depende tanto de la capacidad del sistema para sostener acciones preventivas continuas como de su respuesta oportuna ante la enfermedad aguda y la gravedad clínica. La actividad en **vacunación, vigilancia nutricional, lactancia y capacitación de madres** constituye una base relevante de protección; sin embargo, la persistencia de una elevada carga de **morbilidad respiratoria y gastrointestinal**, el volumen de **urgencias y egresos hospitalarios**, y las defunciones por **accidentes, malformaciones, neumonía y desnutrición**

indican que el reto no consiste solo en ampliar la cobertura de intervenciones, sino en asegurar su **oportunidad, continuidad y focalización** en los grupos y territorios de mayor vulnerabilidad.

5.7. Lesiones, violencias y otras causas externas

Las lesiones, violencias y otras causas externas constituyen en Durango un problema relevante de salud pública por su asociación con **mortalidad prematura, discapacidad, alta demanda de atención inmediata** y costos sociales y económicos que trascienden el ámbito estrictamente sanitario. Durante **2025**, el sistema estatal de salud registró **15,763 lesiones**, de las cuales **14,849** correspondieron a eventos **accidentales**, **326** a **violencia familiar**, **389** a **violencia no familiar**, **196** a eventos **autoinfligidos** y **3** a casos clasificados como **trata de personas**. Esta distribución confirma que la mayor carga atendida por los servicios proviene de lesiones no intencionales; sin embargo, la violencia interpersonal, la violencia en el ámbito familiar y la autolesión concentran una complejidad social y clínica que exige una lectura diferenciada.

Perfil epidemiológico de las lesiones accidentales

Las lesiones **accidentales** representaron **94.2%** del total de eventos registrados, por lo que constituyen el componente dominante del problema. No obstante, su composición interna muestra patrones heterogéneos. En términos de volumen, destacan las **caídas**, con **5,234 casos**, seguidas por los **piquetes o mordeduras de animal**, con **4,908**, mientras que los eventos por **vehículo de motor** concentraron **1,470 lesiones**. Este patrón indica que, aunque el tránsito suele ocupar el centro del debate público, la carga cotidiana de lesiones atendidas por el sistema se distribuye también en mecanismos frecuentes y potencialmente prevenibles que ocurren en el hogar, en el entorno comunitario y en la convivencia con animales.

Aun así, la **seguridad vial** merece un análisis específico por la gravedad potencial de los eventos. Entre las personas lesionadas por vehículo de motor, **31.6%** se encontraba bajo el influjo de **alcohol o drogas** al momento del evento, y **48.7%** no utilizaba **equipo de seguridad** como casco o cinturón. Estos hallazgos sugieren

que una parte importante de la carga traumática derivada del tránsito no sólo responde a la ocurrencia del accidente, sino a la concurrencia de factores de riesgo claramente modificables. En términos de política pública, ello refuerza la necesidad de intervenciones intersectoriales orientadas al control del alcohol al volante, la supervisión del uso de medidas de protección y la prevención de conductas de riesgo en la vía pública.

El análisis por **ciclo de vida** también permite identificar entornos prioritarios de intervención. En **menores de 5 años** se registraron **781 caídas** y **24 eventos por fuego, flama o sustancias calientes**; además, **700** de esas caídas ocurrieron dentro de la **vivienda**, que en conjunto concentró **1,247 lesiones accidentales** en este grupo etario. Esto confirma que, para la primera infancia, el hogar constituye el principal espacio de exposición a lesiones no intencionales y que la prevención debe incluir acciones de educación familiar, adaptación del entorno doméstico y vigilancia del riesgo cotidiano, particularmente en relación con escaleras, superficies inestables, líquidos calientes y objetos peligrosos al alcance de niñas y niños.

Violencia interpersonal, violencia familiar y autolesiones

A diferencia de las lesiones accidentales, los eventos de **violencia** y **autolesión** presentan perfiles más diferenciados por sexo, contexto y sitio de ocurrencia. La **violencia familiar** registró **326 casos**, de los cuales **262** correspondieron a **mujeres (80.4%)**, mientras que la **violencia no familiar** acumuló **389 casos**, con predominio de **hombres (272 casos; 69.9%)**. Esta diferencia confirma que la violencia atendida por los servicios no constituye un fenómeno homogéneo: la violencia familiar afecta principalmente a mujeres en contextos de convivencia íntima o doméstica, mientras que la violencia no familiar se expresa con mayor frecuencia en hombres y en espacios de interacción social más amplios.

El **sitio de ocurrencia** refuerza esta diferenciación. La **violencia familiar** ocurrió predominantemente en la **vivienda (282 de 326 casos)**, en tanto que la **violencia no familiar** se concentró sobre todo en la **vía pública (181 de 389 casos)**. Por su parte, los eventos **autoinfligidos** también mostraron un patrón espacial muy definido: de **196 casos**, **170** ocurrieron en la **vivienda**, lo que sugiere que tanto la

autolesión como buena parte de la violencia intrafamiliar se desarrollan en ámbitos privados, menos visibles institucionalmente y con mayor probabilidad de subregistro. Desde el punto de vista de salud pública, ello implica que una parte importante de estas causas externas no puede abordarse exclusivamente desde la respuesta hospitalaria, sino que requiere articulación con salud mental, trabajo social, protección de mujeres y niñas, redes comunitarias y mecanismos de detección oportuna.

Dentro de este panorama, la **violencia sexual** mantiene un peso específico por su gravedad y por sus implicaciones clínicas, psicológicas y legales. En **2025** se documentaron **36 casos positivos**, de los cuales **34** afectaron a **mujeres (94.4%)**. Aunque el volumen absoluto es menor frente a otros tipos de violencia, su impacto sanitario es desproporcionado, ya que exige respuesta inmediata en urgencias, profilaxis postexposición, atención ginecológica, apoyo psicológico, resguardo de evidencia y activación de rutas de protección. Este componente debe leerse además a la luz del subregistro esperado en delitos sexuales, por lo que la cifra atendida clínicamente no debe interpretarse como dimensión total del problema.

Consecuencias clínicas y carga para los servicios de salud

La relevancia sanitaria de las causas externas no se limita a su frecuencia, sino también a la presión que ejercen sobre la red de atención. De las **15,763 lesiones** registradas, **13,244** fueron atendidas en **urgencias**, lo que equivale a aproximadamente **84%** del total. Este dato muestra que las lesiones constituyen una de las principales causas de utilización de servicios de respuesta inmediata y generan una demanda sostenida de personal médico, material de curación, estudios diagnósticos, procedimientos quirúrgicos y vigilancia clínica.

Las consecuencias clínicas más frecuentes fueron la **contusión o mallugamiento**, con **3,290 casos**; la **laceración o abrasión**, con **3,031**; las **heridas**, con **2,039**; y las **fracturas**, con **1,732**. Este patrón sugiere una carga traumática importante que, aunque no siempre implica hospitalización prolongada, sí demanda atención inmediata, suturas, inmovilización, control del dolor, seguimiento radiológico y, en no pocos casos, intervención quirúrgica. En términos operativos, ello explica

por qué las causas externas mantienen una presión constante sobre los servicios de **urgencias** y **cirugía**, así como sobre insumos especializados como material de osteosíntesis y hemoderivados.

Mortalidad por causas externas

La importancia del problema también se refleja en la **mortalidad**. En **2025** se registraron **675 defunciones por accidentes**, **129 por lesiones autoinfligidas intencionalmente** y **96 por agresiones**. Estas cifras muestran que las causas externas no sólo generan atención ambulatoria y urgencias, sino que continúan representando una fuente relevante de **muerte prematura**, particularmente en población en edades productivas. Además, la concentración territorial de estas defunciones en municipios como **Durango** y **Gómez Palacio** sugiere que los principales polos urbanos no sólo acumulan mayor volumen poblacional, sino también mayor exposición a dinámicas de movilidad, violencia interpersonal y otros factores de riesgo externos.

En términos analíticos, la coexistencia de **accidentes**, **agresiones** y **suicidios** obliga a evitar una lectura simplificada del fenómeno. Los accidentes concentran la mayor carga absoluta de muerte; sin embargo, los suicidios y homicidios expresan fallas distintas, vinculadas con salud mental, violencia interpersonal, consumo de sustancias, acceso a medios letales, conflictividad social y debilidad de mecanismos de contención temprana. Por ello, la respuesta del sistema no puede limitarse a la atención del traumatismo consumado, sino que debe incluir vigilancia, prevención y articulación con otros sectores.

Subregistro, victimización e impacto económico: lectura complementaria desde la ENVIPE

El análisis clínico debe complementarse con una lectura social del fenómeno. La **ENVIPE 2025** estima que en Durango **23.2% de los hogares** tuvo al menos una víctima de delito durante **2024**, lo que equivale a **130,641 hogares** afectados; asimismo, la tasa de víctimas del delito fue de alrededor de **20 mil por cada 100 mil habitantes de 18 años y más**, con valores muy similares entre hombres y mujeres. Sin embargo, el hallazgo más relevante para este apartado es la

magnitud del **subregistro**: la **cifra oculta** alcanzó **92.6%**, es decir, la gran mayoría de los delitos no se denunció o no derivó en una carpeta de investigación.

Esto significa que los casos atendidos en los servicios de salud representan sólo una fracción visible del fenómeno total. La utilidad de la **ENVIPE** no radica en sustituir la estadística clínica, sino en mostrar que la violencia, las agresiones y algunas lesiones vinculadas con delito ocurren en un contexto de baja denuncia, limitada judicialización y alta normalización social. En esa misma lógica, la encuesta muestra que sólo **10.3%** de los delitos se denunció y que del total de delitos únicamente en **7.4%** de los casos se inició una carpeta de investigación; además, entre las razones para no denunciar destacan la **pérdida de tiempo (29.4%)** y la **desconfianza en la autoridad (15.4%)**.

La **ENVIPE** también aporta un marco para interpretar factores de entorno que dialogan con los hallazgos clínicos. En Durango, **51.5%** de la población de 18 años y más consideró la **inseguridad** como el principal problema que aqueja a la entidad, por encima incluso de la **salud (40.6%)**. Asimismo, **64.9%** identificó el **consumo de alcohol en la calle** como la principal conducta antisocial en los alrededores de su vivienda, y **53.3%** refirió haber dejado de permitir que los menores del hogar salieran solos por miedo al delito. Estos resultados no sólo ilustran la percepción social del problema, sino que refuerzan la plausibilidad de los hallazgos clínicos relacionados con lesiones en vía pública, eventos asociados al consumo de sustancias y violencia en espacios cotidianos.

Finalmente, el impacto económico estimado por la encuesta muestra que la violencia y el delito no sólo generan daño físico y emocional, sino también una carga financiera importante para los hogares. La **ENVIPE** estima un costo total de **2.6 mil millones de pesos** por consecuencia de la inseguridad y el delito en los hogares de Durango durante **2024**. Si se toma como referencia la distribución del impacto económico reportada por la propia encuesta, en la que **3.8%** correspondió a **gastos a consecuencia de daños en la salud**, puede estimarse un impacto aproximado de **98.8 millones de pesos** asociados a atención médica, medicinas y otras consecuencias sanitarias del delito. Esta cifra debe leerse como una **estimación derivada** del total reportado por ENVIPE, no como un monto

aislado observado directamente, pero resulta útil para dimensionar el peso económico que los eventos violentos y delictivos pueden representar para las familias duranguenses.

En conjunto, las lesiones, violencias y otras causas externas en Durango durante **2025** muestran un patrón dual. Por un lado, predomina una elevada carga de **lesiones accidentales**, especialmente por **caídas, mordeduras o piquetes de animal y eventos de tránsito**, muchos de ellos asociados con factores prevenibles como el consumo de alcohol y la falta de equipo de seguridad. Por otro, persiste una carga relevante de **violencia familiar, violencia no familiar, violencia sexual y autolesiones**, con perfiles de ocurrencia diferenciados por sexo, sitio y contexto. Su impacto sanitario se expresa en la alta utilización de **urgencias**, en la necesidad de atención quirúrgica y traumatológica, y en una mortalidad todavía importante por **accidentes, agresiones y lesiones autoinfligidas**.

Desde una perspectiva diagnóstica, el problema no debe entenderse como una suma de eventos fortuitos, sino como el resultado de la interacción entre **factores de riesgo modificables, vulnerabilidades sociales, entornos inseguros, consumo de sustancias, violencia de género, subregistro** y debilidades en la prevención. En consecuencia, la respuesta estatal exige una agenda simultánea de prevención de accidentes, seguridad vial, detección y atención integral de la violencia, fortalecimiento de salud mental, articulación intersectorial y mejora de los sistemas de registro, de modo que la magnitud real del problema no permanezca oculta detrás de la baja denuncia y de la atención fragmentada.

La información presentada en este apartado proviene de registros de atención en servicios de salud y del cubo de lesiones, por lo que refleja únicamente los casos que **fueron atendidos y registrados** por el sistema durante 2025. En consecuencia, no debe interpretarse como la magnitud total poblacional de las lesiones, violencias y otras causas externas en el estado. La ocurrencia real puede ser mayor debido a factores como **subcaptación institucional**, atención en otros subsistemas o fuera del sector salud, barreras de acceso, omisión en el registro, variabilidad en la clasificación clínica y, en el caso de eventos asociados a delito o violencia, **no denuncia**. Esta limitación es particularmente relevante en

fenómenos como la **violencia sexual**, la **violencia familiar**, las **autolesiones** y algunos **eventos de tránsito**, donde la información disponible debe leerse con cautela y como una aproximación al problema, no como su dimensión exhaustiva. De manera complementaria, la **ENVIPE 2025** documenta para Durango una **cifra oculta de 92.6%** en delitos; sin embargo, sus resultados corresponden a población de **18 años y más** y a eventos ocurridos en **2024**, por lo que se utilizan únicamente como referencia contextual y no como una medida directamente comparable con los registros clínicos.

5.8. Salud mental y consumo de sustancias

La salud mental y el consumo de sustancias constituyen uno de los campos más sensibles del perfil epidemiológico reciente de Durango, no sólo por su efecto directo sobre la enfermedad, la discapacidad y la muerte prematura, sino también por la presión simultánea que ejercen sobre el primer nivel de atención, los servicios de urgencias, la atención hospitalaria especializada y la respuesta comunitaria. Para **2025**, la evidencia disponible muestra que el problema no se limita a los trastornos psiquiátricos diagnosticados: también incluye una amplia carga de **malestar emocional**, la persistencia de la **conducta suicida**, patrones de **consumo de alcohol de alto riesgo** y la persistencia del consumo de **otras sustancias psicoactivas** en grupos específicos de la población. Esta lectura resulta especialmente relevante porque permite identificar no sólo el daño ya instalado, sino también condiciones previas que demandan detección temprana, seguimiento y respuesta oportuna.

Malestar emocional y demanda potencial de atención

Con base en los datos más recientes de la encuesta nacional aplicada en 2025, se estima que **68.0%** de la población de 12 a 65 años presentó al menos un síntoma de malestar emocional en los últimos 12 meses, mientras que **14.8%** reportó al menos una manifestación persistente, es decir, presente la mayor parte del tiempo o todo el tiempo. Los síntomas más frecuentes fueron el **cansancio sin razón aparente (48.1%)**, el **nerviosismo (44.6%)**, la sensación de que **todo representaba un gran esfuerzo (37.3%)** y el sentimiento de **depresión (35.5%)**. Este

patrón sugiere una carga emocional amplia, más allá del diagnóstico formal, con mayor intensidad en **mujeres** y en la población de **12 a 17 años**, grupo que además mostró la mayor proporción de malestar persistente.

La afectación funcional derivada de este malestar tampoco es marginal. Entre quienes reportaron alguna alteración emocional, **13.7%** señaló haber tenido días en los que fue totalmente incapaz de trabajar, estudiar o realizar sus actividades habituales, y **19.0%** indicó haber reducido sus actividades por causas emocionales; sin embargo, sólo **10.5%** consultó a un profesional de la salud por ese motivo. En términos de planeación, esto indica que la carga real de sufrimiento emocional es mayor que la captada por los servicios y que persiste una brecha importante entre necesidad y atención efectiva. Desde una perspectiva operativa, ello refuerza la necesidad de ampliar la pesquisa intencionada de síntomas emocionales en adolescentes, mujeres y población en edad productiva, antes de que la situación escale a crisis.

Autolesiones, ideación e intento suicida

La conducta suicida requiere una lectura diferenciada. En la misma medición estatal de 2025, **7.1%** de la población refirió haber pensado que era mejor morir que vivir, **6.6%** manifestó haber sentido que no valía la pena seguir viviendo, **1.6%** presentó ideación suicida activa, **0.9%** reportó haber elaborado algún plan y **0.45%** declaró un intento suicida. Aunque estas proporciones deben interpretarse con cautela por tratarse de estimaciones poblacionales, resultan suficientemente consistentes para advertir la necesidad de fortalecer la detección temprana y la intervención oportuna.

Destaca que la población de **12 a 17 años** mostró la proporción más alta de ideación suicida activa e intento, mientras que las **mujeres** presentaron una mayor frecuencia de intento respecto de los hombres. A ello se suma que **2.5%** de la población declaró haberse autolesionado alguna vez sin intención de morir y, entre quienes lo hicieron, **54.6%** refirió que la última autolesión ocurrió dentro de los últimos 12 meses. Esto confirma que no se trata sólo de antecedentes remotos, sino de conductas recientes que requieren vigilancia clínica, acompañamiento y seguimiento cercano. En términos diagnósticos, este hallazgo ubica a la

adolescencia y a la juventud como etapas críticas para la prevención secundaria y la intervención en crisis.

Estas manifestaciones no son equivalentes al suicidio consumado, pero sí conforman el principal continuo de riesgo que el sistema debe identificar e interrumpir de manera temprana.

Suicidio consumado: magnitud, perfil y concentración territorial

Cuando esta información se contrasta con las cifras oficiales más recientes, el problema adquiere una dimensión aún más crítica. Durante **2025** se registraron **143 suicidios** en el estado, de los cuales **112** correspondieron a hombres y **31** a mujeres. La mayor concentración se observó en los grupos de **18 a 29 años (40 casos)** y **30 a 39 años (36 casos)**, seguidos por el grupo de **40 a 49 años (23 casos)**, lo que confirma que la mortalidad por esta causa se concentra en edades productivas y socialmente activas. Asimismo, los municipios con más casos fueron **Durango (66)** y **Gómez Palacio (24)**, mientras que el mecanismo dominante fue la **asfixia por ahorcamiento (111 casos)**.

Si bien el total de 2025 fue menor al de **2024 (175 casos)**, los últimos datos disponibles muestran que el fenómeno continúa activo, pues al **4 de febrero de 2026** ya se habían registrado **14 suicidios**, nuevamente con predominio masculino. Esto obliga a evitar lecturas complacientes basadas en una disminución anual aislada y a sostener una vigilancia continua. Desde el punto de vista de la toma de decisiones, la evidencia orienta claramente a fortalecer una estrategia estatal de prevención del suicidio enfocada en **hombres jóvenes y adultos jóvenes**, con acciones de detección temprana, seguimiento postintento, control del acceso a medios letales y articulación entre escuela, comunidad, primer nivel y atención especializada.

Consumo de alcohol: extensión del consumo y patrones de riesgo

El consumo de alcohol sigue siendo el principal patrón de uso de sustancias con impacto poblacional amplio. En la base estatal 2025, **72.7%** de la población de 12 a 65 años reportó haber consumido alcohol alguna vez en la vida, **44.4%** lo hizo en los últimos 12 meses y **29.7%** en los últimos 30 días. No obstante, el dato más

relevante no es sólo la extensión del consumo, sino la forma en que éste ocurre. **12.6%** de la población total reportó un consumo semanal o más frecuente y **2.45%** un consumo diario, lo que muestra la existencia de un subconjunto con exposición repetida y sostenida.

Entre quienes bebieron en el último año, el promedio fue de **4.95 copas por ocasión**, con una marcada diferencia por sexo: **3.34** en mujeres frente a **5.96** en hombres. Además, **21.4%** de las mujeres reportó haber consumido **4 copas o más** en una misma ocasión y **50.5%** de los hombres **5 copas o más**, mientras que **34.1%** de quienes han bebido alguna vez reportó haber ingerido **12 copas o más** en un periodo de 12 meses. Estos datos muestran que el principal problema en Durango no parece ser sólo la existencia de bebedores, sino la persistencia de **patrones episódicos de alto riesgo**, particularmente en hombres y en el grupo de **18 a 29 años**. En términos de salud pública, esto justifica tratar el alcohol como un factor transversal vinculado no sólo con trastornos mentales, sino también con lesiones, violencias, accidentes, conflictos familiares y pérdida de productividad.

Uso problemático de alcohol y afectación funcional

La gravedad potencial de este patrón se refuerza al observar que, entre los bebedores del último año, **26.1%** manifestó al menos un componente sintomático compatible con uso problemático de alcohol, como dificultad para controlarlo, tiempo excesivo dedicado al consumo o persistencia a pesar de daños físicos, emocionales o relacionales. Este hallazgo es particularmente importante porque sugiere que una parte del consumo reportado ya no corresponde únicamente a un hábito social, sino a formas de uso que pueden comprometer la funcionalidad y la salud.

En términos de decisión pública, esto indica que la respuesta no debe concentrarse sólo en casos severos o de internamiento, sino en ampliar el tamizaje y la intervención breve en el primer nivel, en urgencias y en los servicios hospitalarios generales, especialmente en población masculina joven y adulta joven. El alcohol debe seguir tratándose como un problema de salud pública transversal, cuya prevención requiere combinar educación, regulación, detección

oportuna y mecanismos claros de referencia a tratamiento cuando exista deterioro funcional o pérdida de control.

Consumo de otras sustancias psicoactivas

En cuanto al consumo de otras sustancias, los datos estatales de 2025 estiman que **15.4%** de la población reportó consumo de **alguna droga ilegal** alguna vez en la vida y **2.39%** durante los últimos 12 meses. Por su parte, el consumo de **drogas médicas fuera de prescripción** alcanzó **20.4%** alguna vez y **1.04%** en el último año. Entre las sustancias ilegales, la **mariguana** mostró la mayor prevalencia (**13.16%** alguna vez y **1.88%** en los últimos 12 meses), seguida por la **cocaína** (**6.52%** y **0.81%**, respectivamente). También se identificó antecedente de uso de **metanfetaminas** (**2.19%**), **inhalables** (**1.60%**) y **alucinógenos** (**1.51%**).

El consumo reciente de drogas ilegales fue claramente mayor en **hombres** que en mujeres y se concentró sobre todo en el grupo de **18 a 29 años**. En contraste, el uso de medicamentos fuera de prescripción mostró una presencia ligeramente mayor en mujeres y en grupos de edad intermedios, lo que sugiere perfiles de riesgo distintos que no deberían abordarse con la misma estrategia preventiva ni asistencial. Desde la perspectiva del sistema, esto implica que las estrategias de prevención y tratamiento deben diferenciar entre uso de drogas ilegales, uso médico desviado y policonsumo, en lugar de tratar todas las sustancias como un solo fenómeno indiferenciado.

Tratamiento por salud mental y consumo de sustancias

La información disponible también permite observar el acceso a atención. En la población con antecedentes de malestar emocional, autolesión, ideación suicida o consumo problemático, la utilización de servicios especializados sigue siendo limitada. Sólo **3.7%** de quienes habían consumido alcohol alguna vez reportó tratamiento por esa causa en algún momento de su vida y apenas **0.23%** en los últimos 12 meses. Entre quienes habían usado drogas médicas fuera de prescripción o drogas ilegales, **3.8%** refirió tratamiento alguna vez y **1.0%** durante el último año.

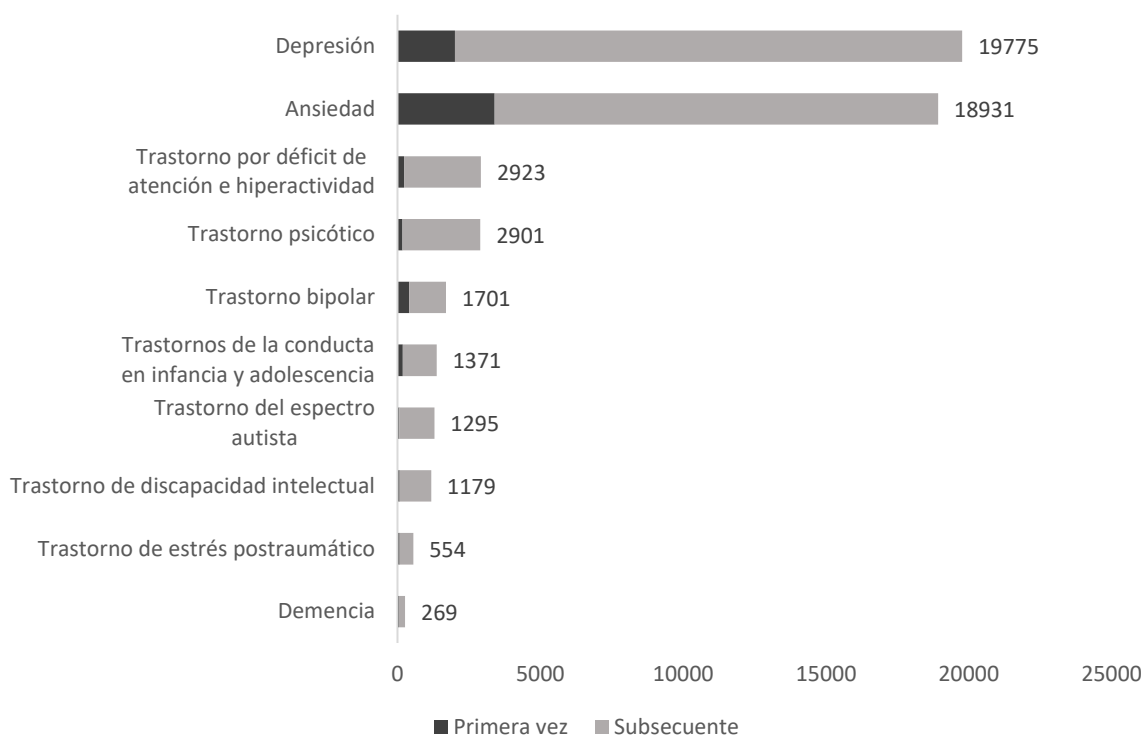
Esto no significa que toda persona consumidora requiera atención especializada, pero sí muestra que la demanda tratada representa sólo una fracción pequeña del universo expuesto, aun cuando existe un componente de consumo claramente problemático. En términos de política pública, esto sugiere barreras de reconocimiento del problema, tratamiento tardío, abandono o resolución informal fuera del sistema sanitario, y refuerza la necesidad de fortalecer rutas de referencia, seguimiento y continuidad terapéutica.

Capacidad de respuesta institucional

La capacidad de respuesta institucional existe, pero se encuentra concentrada y tensionada. La red estatal cuenta con **un Hospital de Salud Mental, cuatro CECOSAMA y dos CISAME**, además de otras unidades de apoyo, lo que configura una base específica para la atención de estos problemas. A ello se suma la disponibilidad de **119 psicólogos y 126 trabajadoras y trabajadores sociales** en la red institucional. Esta capacidad instalada es relevante porque ofrece un soporte para la prevención, la intervención ambulatoria, la referencia de mayor complejidad y la atención hospitalaria especializada.

Para complementar la lectura sobre capacidad de respuesta institucional, la siguiente gráfica presenta la distribución de consultas registradas por diagnósticos prioritarios de salud mental durante 2025, diferenciando entre atenciones de primera vez y subsecuentes. Esta distinción permite identificar no sólo los diagnósticos con mayor demanda, sino también el peso del seguimiento continuo dentro de la red de atención.

Gráfica 10. Consultas por diagnósticos prioritarios de salud mental, Durango 2025



Fuente: SS/DGIS, SIS 2025.

Nota: Las cifras corresponden a consultas registradas por diagnóstico prioritario y tipo de atención. No representan personas únicas ni prevalencia poblacional, y no son directamente comparables con las 19,960 atenciones registradas en unidades no especializadas, ya que corresponden a universos operativos distintos. Deben interpretarse como demanda atendida por los servicios de salud mental, incluyendo seguimiento subsecuente y atención especializada.

Sin embargo, la propia operación del sistema muestra concentración en los polos urbanos y mayor dependencia de los nodos especializados. La información operativa estatal indica que el Hospital de Salud Mental registró **43,985 consultas totales** durante 2025, de las cuales **22,405** correspondieron específicamente a atenciones de salud mental; dentro de éstas, **8,712** fueron psiquiátricas y **más de 6 mil** se relacionaron con ideación suicida, intento o autolesión. Esta combinación revela que la atención especializada existe y absorbe una carga importante, pero también que buena parte del problema está llegando ya en fases de mayor complejidad o crisis, lo cual obliga a fortalecer el primer nivel, la pesquisa intencionada y la continuidad del cuidado posterior al evento agudo.

Implicaciones para la planeación y toma de decisiones

En conjunto, el panorama **2025** muestra que la salud mental y el consumo de sustancias deben considerarse una prioridad estratégica para la planeación **2026**. Los datos apuntan a cuatro decisiones centrales. Primero, reforzar la **detección temprana del malestar emocional** y del riesgo suicida en adolescentes, jóvenes y mujeres, antes de que el problema escale a urgencia u hospitalización. Segundo, consolidar una estrategia específica de **prevención del suicidio en hombres jóvenes y adultos jóvenes**, articulando escuela, comunidad, primer nivel, urgencias y seguimiento postintento. Tercero, tratar el **consumo de alcohol** como un problema de salud pública transversal, con énfasis en tamizaje, intervención breve y reducción del consumo episódico excesivo. Y cuarto, ampliar la capacidad resolutoria del primer nivel y de las unidades intermedias para que el Hospital de Salud Mental no siga concentrando de manera desproporcionada la respuesta especializada.

Desde la perspectiva diagnóstica, la principal conclusión no es sólo que Durango atiende muchos casos, sino que enfrenta una **carga emocional y conductual más amplia que la captada por los servicios**, con diferencias claras por sexo y edad, y con un riesgo real de que los problemas se expresen tardíamente en forma de autolesión, intento suicida, violencia, dependencia o muerte prematura.

La información presentada en este apartado integra tres universos analíticos distintos: primero, estimaciones poblacionales derivadas de la encuesta nacional 2025 aplicada a población de 12 a 65 años; segundo, cifras oficiales de suicidio consumado, que corresponden al total de la población estatal; y tercero, registros operativos de atención en salud mental, que reflejan la demanda atendida por los servicios, con una concentración importante en el Hospital de Salud Mental como centro estatal de referencia. En consecuencia, las proporciones de malestar emocional, autolesión, ideación suicida, consumo de sustancias y tratamiento no son directamente comparables con las cifras absolutas de suicidios ni con los volúmenes de consulta especializada. Cada fuente describe una dimensión distinta del problema: carga poblacional, desenlace fatal y respuesta institucional. Por ello, los datos deben interpretarse de forma complementaria y

con cautela, particularmente en temas sujetos a subregistro, estigma, no búsqueda de ayuda u omisión en la declaración, como la conducta suicida, el consumo problemático de sustancias y la atención recibida.

5.9. Factores de riesgo y determinantes intermedios

El perfil epidemiológico de Durango no puede entenderse únicamente a partir de la suma de enfermedades, lesiones o muertes observadas, sino a partir de los factores de riesgo y determinantes intermedios que atraviesan de forma simultánea diversos problemas de salud. En este sentido, los daños descritos en los apartados previos no operan de manera aislada, sino que se relacionan con condiciones conductuales, sociales, territoriales e institucionales que modifican la exposición al riesgo, la oportunidad diagnóstica, la continuidad de la atención y la probabilidad de desenlaces adversos. Esta lectura retoma la lógica de análisis causal que en diagnósticos previos se desarrolló desde dimensiones socioculturales, geográfico-ambientales e institucionales, pero la adapta a un enfoque más integrador y orientado a la planeación.

Factores conductuales y psicosociales compartidos

Entre los factores de riesgo con mayor peso transversal destacan el **consumo de alcohol y otras sustancias**, los **patrones alimentarios no saludables**, el **sedentarismo**, la **exposición a violencia**, la **autolesión** y diversas formas de afrontamiento inadecuado del malestar emocional. Estos elementos no sólo influyen en la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, sino también en lesiones, accidentes de tránsito, violencias, conducta suicida, complicaciones obstétricas y deterioro de la salud mental. En particular, el alcohol emerge como un factor articulador de varios daños ya descritos en este diagnóstico, al relacionarse con traumatismos, violencia interpersonal, conductas de riesgo, consumo problemático y afectación funcional.

A ello se agregan otros factores psicosociales que actúan de manera menos visible, pero igualmente relevante, como el **estrés crónico**, la **sobrecarga emocional**, la **normalización de la violencia**, la limitada búsqueda de ayuda y la persistencia del estigma frente a los problemas de salud mental. En conjunto,

estos factores incrementan la probabilidad de que los problemas se manifiesten tardíamente, se atiendan cuando ya existe mayor gravedad clínica o evolucionen hacia desenlaces evitables. Desde una perspectiva de salud pública, esto obliga a considerar que una parte importante del riesgo no se expresa inicialmente como enfermedad diagnosticada, sino como malestar persistente, exposición acumulada o conductas que más tarde se traducen en daño.

Determinantes territoriales y socioeconómicos

Los daños a la salud también se distribuyen sobre un territorio profundamente desigual. La **dispersión poblacional**, la **ruralidad**, la **marginación**, el **rezago educativo**, las condiciones de **vivienda** y saneamiento, así como la heterogeneidad en la disponibilidad de servicios básicos, modifican la exposición a riesgos y la posibilidad real de acceder oportunamente a la atención. En **2026**, la entidad registra **5,825 localidades**, de las cuales **4,761** tienen menos de **100 habitantes**, lo que confirma una alta fragmentación territorial y ayuda a explicar por qué el acceso efectivo a la atención no depende sólo de la existencia de unidades, sino de la localización y conectividad real de los asentamientos.

A esta dispersión se suma una orografía particularmente compleja en amplias zonas serranas y de quebradas. En estas áreas, la distancia en línea recta entre localidades no refleja adecuadamente el tiempo real de traslado, ya que las condiciones del relieve, los caminos y la conectividad hacen que recorridos aparentemente cortos en el mapa puedan traducirse, en la práctica, en desplazamientos prolongados. En este sentido, el análisis de accesibilidad muestra que existen **1,601 localidades** que requieren **más de 4 horas** para acceder al centro de servicios más cercano, lo que ilustra la magnitud de las barreras geográficas que enfrenta una parte importante de la población. A ello se agrega que la accesibilidad a carretera pavimentada sigue siendo limitada en numerosas localidades, lo que reduce adicionalmente la oportunidad de atención, la referencia de pacientes y la continuidad del seguimiento.

La desigualdad socioeconómica refuerza estas brechas. Municipios como **Mezquital** concentran no sólo alta marginación, sino también condiciones persistentes de rezago estructural que amplifican la vulnerabilidad sanitaria. En

estos contextos, la desigualdad no expresa sólo una condición económica, sino una desventaja acumulada que se traduce en mayor exposición a enfermedad, menor capacidad de autocuidado y menor posibilidad de acceso oportuno a servicios de salud. Por ello, la dispersión territorial, la marginación y la desigualdad deben entenderse como determinantes intermedios que intensifican los efectos de otros factores de riesgo ya descritos en este diagnóstico.

Determinantes institucionales del acceso, la oportunidad y la continuidad

Además de los factores individuales y territoriales, existe un conjunto de determinantes intermedios vinculados con la propia organización de los servicios. Entre ellos destacan la **detección insuficiente o tardía**, la **captación inoportuna**, las **barreras para referencia y contrarreferencia**, la **concentración de la atención especializada en unidades de mayor resolución**, el **subregistro** de ciertos fenómenos y las dificultades para asegurar continuidad terapéutica. En varios de los apartados previos se observó que una parte importante del daño llega al sistema cuando el problema ya se encuentra en fases de mayor complejidad, como ocurre en la salud materna de alto riesgo, en la conducta suicida, en el consumo problemático de sustancias, en la violencia y en ciertos eventos traumáticos.

La capacidad institucional existente ha permitido sostener la respuesta en múltiples frentes; sin embargo, el principal reto no radica únicamente en ampliar el volumen de servicios, sino en mejorar su **oportunidad, articulación y capacidad resolutive**. Esto implica fortalecer el primer nivel de atención, ampliar la pesquisa intencionada, mejorar la continuidad del seguimiento y reducir la dependencia excesiva de los nodos hospitalarios y de especialidad para problemas que idealmente deberían identificarse y abordarse de manera más temprana. En otras palabras, la brecha institucional no siempre se expresa como ausencia total de servicios, sino como dificultad para que éstos actúen a tiempo, de forma continua y con capacidad suficiente para interrumpir la progresión del riesgo hacia daño mayor.

Implicaciones integradoras para la planeación

En conjunto, los factores de riesgo y determinantes intermedios descritos en este capítulo configuran un patrón común: los principales daños a la salud en Durango se asocian menos a eventos aislados que a la interacción de **conductas de riesgo, vulnerabilidades psicosociales, desigualdades territoriales y limitaciones en la oportunidad de atención**. Por ello, la respuesta estatal no debe organizarse exclusivamente por enfermedad, sino también por factores compartidos que permitan intervenir simultáneamente sobre distintos problemas de salud.

Desde esta perspectiva, la planeación **2026** requiere fortalecer estrategias transversales: promoción de estilos de vida saludables, prevención del consumo nocivo de alcohol y otras sustancias, detección temprana del riesgo mental y suicida, mejora del saneamiento y del entorno doméstico, reducción de la exposición a violencias y accidentes, fortalecimiento de la atención primaria y cierre de brechas territoriales de acceso. Más que añadir nuevas acciones aisladas, el reto consiste en integrar mejor la prevención, la detección, la atención y el seguimiento, de modo que los factores de riesgo no continúen traduciéndose en enfermedad avanzada, discapacidad, violencia o muerte prematura.

5.10. Lectura territorial: regiones/jurisdicciones/municipios prioritarios

La lectura territorial del perfil epidemiológico muestra que los principales daños a la salud no se distribuyen de manera homogénea en el estado, sino que responden a una doble lógica: por un lado, existe una fuerte **concentración del volumen de casos, la demanda asistencial y la capacidad resolutive** en unos cuantos polos urbanos; por otro, persisten territorios con **alta vulnerabilidad estructural, dispersión poblacional y barreras geográficas** que incrementan el riesgo de atención tardía, continuidad insuficiente del cuidado y mayor exposición a desenlaces adversos. En consecuencia, la prioridad territorial no debe definirse sólo por el número absoluto de casos, sino también por la

combinación entre magnitud del daño, complejidad de la demanda, condiciones de acceso y fragilidad del entorno social y territorial.

Polos de alta concentración de daño, demanda y capacidad resolutiva

Los municipios de **Durango** y **Gómez Palacio** constituyen los principales polos de concentración del daño y de la respuesta institucional. En el caso del suicidio, durante 2025 ambos municipios reunieron **66** y **24** casos, respectivamente, muy por encima del resto del estado. De manera paralela, la lectura acumulada de años recientes confirma que estos municipios mantienen una recurrencia sostenida en este problema. Esta misma lógica de concentración se observa en otros componentes del perfil epidemiológico, donde los grandes centros urbanos concentran una proporción importante de la demanda, de la hospitalización y de la atención especializada.

La centralización territorial también se expresa en la red de servicios. Las jurisdicciones de **Durango** y **Gómez Palacio** reúnen la mayor parte de las unidades de mayor complejidad, camas hospitalarias, áreas quirúrgicas, servicios críticos y recursos humanos especializados. En la red estatal, la Jurisdicción Sanitaria No. 1 concentra **376 médicos generales, 388 especialistas, 1,368 integrantes de enfermería** y **108 odontólogos**, mientras que la Jurisdicción No. 2 concentra **129 médicos generales, 156 especialistas, 661 integrantes de enfermería** y **23 odontólogos**. En conjunto, ambas jurisdicciones concentran **95.9%** de los médicos especialistas de Servicios de Salud de Durango. Esta configuración confirma que el eje **Durango–Gómez Palacio** no sólo concentra población y daño, sino también la mayor capacidad clínica y resolutiva del sistema.

A ello se suma que la atención obstétrica y neonatal también presenta una fuerte concentración en estas dos jurisdicciones. En el análisis perinatal ya se documentó que **96.7%** de los nacimientos de la red se concentró en **Durango** y **Gómez Palacio**, lo que refleja no sólo su peso demográfico, sino la centralización territorial de la atención obstétrica y neonatal de mayor resolución. En términos de planeación, estos territorios deben considerarse prioritarios no porque carezcan de servicios, sino porque soportan la mayor presión asistencial,

concentran la complejidad clínica y enfrentan tensiones operativas que pueden traducirse en saturación, diferimiento y sobrecarga de la red hospitalaria.

Territorios de alta vulnerabilidad estructural y barreras geográficas

En un segundo grupo se ubican los municipios donde la prioridad territorial no depende tanto del volumen absoluto de casos, sino de la acumulación de **dispersión, marginación, aislamiento relativo y accesibilidad difícil**. Aquí destacan de manera especial municipios como **Mezquital**, así como otros de la sierra y las quebradas, entre ellos **Tamazula, Canelas, Otáez, Topia, San Dimas** y, en parte, **Pueblo Nuevo**. Ya se documentó en el diagnóstico que en 2026 existen **5,825 localidades**, de las cuales **4,761** tienen menos de **100 habitantes**, y que **1,601 localidades** requieren más de **4 horas** para acceder al centro de servicios más cercano. Esta configuración territorial condiciona directamente la oportunidad diagnóstica, la referencia de pacientes y la continuidad del seguimiento.

La lectura regional previa también es consistente con esta interpretación. Desde diagnósticos anteriores se había identificado que la **región Sur** se caracteriza por alta dispersión, dificultades de acceso y carencias en servicios básicos, mientras que la **región Noroeste** combina inaccesibilidad geográfica, predominio de localidades pequeñas y exposición a contextos de violencia e inseguridad. Estas condiciones no deben verse como una simple descripción geográfica, sino como determinantes que amplifican el riesgo de complicaciones, atención tardía y dependencia de servicios itinerantes o de traslados prolongados.

En este grupo, **Mezquital** merece una mención específica por la convergencia de factores adversos: alta marginación, desigualdad económica, barreras geográficas, dispersión, rezago en servicios básicos y población indígena en condiciones de mayor vulnerabilidad. Desde una perspectiva territorial, estos municipios deben considerarse prioritarios no sólo por su perfil epidemiológico visible, sino por el alto riesgo de subregistro, de atención tardía y de menor capacidad de respuesta efectiva frente a eventos agudos, complicaciones obstétricas, salud mental y enfermedades infecciosas.

Jurisdicciones que requieren decisiones diferenciadas

La lectura por jurisdicción sanitaria también permite definir prioridades operativas distintas. La **Jurisdicción Sanitaria No. 1 – Durango** concentra el mayor volumen de personal, infraestructura, camas y servicios especializados, por lo que su principal reto no es la ausencia de oferta, sino la **presión asistencial**, la saturación relativa y la necesidad de sostener la resolución de casos complejos. La **Jurisdicción No. 2 – Gómez Palacio** comparte este perfil como segundo gran polo resolutorio del estado y, además, presenta señales de tensión específicas en continuidad de la atención, como el mayor diferimiento quirúrgico promedio del estado (19.19%).

En contraste, las jurisdicciones de **Santiago Papasquiaro** y **Rodeo** enfrentan una lógica distinta. Aunque su volumen absoluto de casos y su población de referencia son menores, dependen en mayor medida del primer nivel, de hospitales integrales, de ambulancias, de unidades móviles y de rutas de referencia más largas. La propia distribución territorial de los establecimientos muestra que estas jurisdicciones cuentan con menor número absoluto de unidades complejas y de personal especializado, por lo que su prioridad radica en fortalecer la oportunidad del primer contacto, la estabilización inicial, el traslado efectivo y la continuidad del seguimiento. En otras palabras, mientras **Durango** y **Gómez Palacio** requieren decisiones orientadas a despresurizar y optimizar nodos de alta complejidad, **Santiago Papasquiaro** y **Rodeo** requieren estrategias para reducir el impacto de la distancia, la dispersión y la baja densidad resolutoria.

Municipios prioritarios para la acción estatal

Desde una perspectiva sintética, la prioridad territorial del estado puede organizarse en tres grupos. El primero corresponde a los municipios de **alta concentración de daño y demanda**, encabezados por **Durango, Gómez Palacio** y, en varios componentes, **Lerdo**, donde se concentra buena parte de la atención especializada, la carga hospitalaria y eventos como el suicidio y otras causas externas. El segundo grupo corresponde a municipios de **alta vulnerabilidad estructural y barreras geográficas**, como **Mezquital, Tamazula, Canelas, Otáez, Topia** y **San Dimas**, donde el riesgo deriva menos del volumen absoluto y más de la dificultad para acceder, llegar a tiempo y sostener la continuidad del cuidado.

El tercer grupo lo integran municipios que operan como **nodos intermedios regionales**, como **Santiago Papasquiaro, Cuencamé, Guadalupe Victoria, Pueblo Nuevo y Canatlán**, cuya relevancia radica en su papel articulador dentro de la red y en su potencial para desconcentrar parte de la presión que hoy recae en los grandes polos urbanos.

En consecuencia, la lectura territorial del perfil epidemiológico no conduce a una sola prioridad, sino a una priorización diferenciada. En unos territorios, la acción estatal debe orientarse a **despresurizar, reorganizar y ampliar capacidad resolutive**; en otros, a **cerrar brechas de acceso, reducir tiempos de traslado y fortalecer la presencia efectiva del sistema**; y en otros más, a **consolidar nodos intermedios** capaces de contener y resolver parte de la demanda regional. Esta diferenciación es fundamental para que la planeación 2026 no se limite a una respuesta uniforme, sino que reconozca que el territorio condiciona tanto la ocurrencia del daño como la posibilidad real de responder a él.

5.11. Mensajes clave del capítulo

Durango enfrenta una carga epidemiológica simultánea y heterogénea. En 2025 coexistieron enfermedades transmisibles frecuentes, padecimientos persistentes como tuberculosis y VIH, lesiones y violencias, problemas de salud mental y consumo de sustancias, además de retos todavía relevantes en salud materna, perinatal e infantil. Esto confirma que el perfil epidemiológico estatal no responde a un solo patrón de daño, sino a la superposición de riesgos y demandas asistenciales.

En salud materna, perinatal e infantil, el problema central sigue siendo la oportunidad de la atención. La captación prenatal tardía, la concentración de la atención obstétrica y neonatal en pocos nodos resolutivos, y la persistencia de morbilidad y hospitalización infantil por causas prevenibles muestran que el reto no es sólo reducir daño, sino intervenir antes, referir mejor y sostener el seguimiento.

Las enfermedades transmisibles prioritarias mantienen relevancia operativa y de vigilancia. En 2025 se notificaron **271 513 infecciones respiratorias agudas, 67 134**

infecciones intestinales, 220 casos de tuberculosis respiratoria, 231 de VIH, 1 056 de influenza y 659 de COVID-19. Además, el dengue mostró un comportamiento epidémico reciente, con fuerte repunte en 2024 y descenso en 2025, lo que obliga a mantener vigilancia activa y respuesta focalizada.

Las lesiones, violencias y otras causas externas representan uno de los daños evitables más severos del estado. Durante 2025 se registraron 15 763 lesiones, de las cuales 94.2% fueron accidentales; además, ocurrieron 675 defunciones por accidentes, 129 por lesiones autoinfligidas y 96 por agresiones. La magnitud real del problema probablemente es mayor, dado el subregistro esperado en violencia y delito.

La salud mental y el consumo de sustancias ya constituyen una prioridad epidemiológica y operativa. En 2025, 68.0% de la población de 12 a 65 años reportó al menos un síntoma de malestar emocional en el último año, pero sólo 10.5% buscó atención profesional. Paralelamente, se registraron 143 suicidios, con predominio en hombres y concentración en edades productivas, mientras que el alcohol aparece como un factor transversal asociado con violencia, accidentes, conducta suicida y deterioro funcional.

La desigualdad territorial condiciona tanto la ocurrencia del daño como la capacidad real de respuesta. Durango y Gómez Palacio concentran volumen de casos, demanda y capacidad resolutoria, mientras que los territorios dispersos, marginados y de difícil acceso enfrentan mayor riesgo de atención tardía, continuidad insuficiente y dependencia de traslados. Por ello, la planeación 2026 debe combinar fortalecimiento del primer nivel, vigilancia focalizada, prevención de riesgos compartidos y cierre de brechas territoriales de acceso.

6. Sistema de salud en Durango

Este capítulo describe cómo se organiza y opera la provisión de servicios de salud en Durango: la articulación entre niveles de atención, la capacidad instalada (infraestructura y equipamiento), la disponibilidad de recursos humanos, y el desempeño operativo (acceso, productividad, calidad y seguridad del paciente). En un estado con las características que se han descrito a lo largo de este documento, el reto no es solo contar con unidades, sino asegurar **capacidad resolutive real**, continuidad clínica y respuesta oportuna, especialmente ante urgencias obstétricas, emergencias médicas y enfermedades crónicas.

6.1. Organización del sistema y provisión de servicios

En Durango, como en el resto del país, la provisión de servicios de salud se organiza de forma **segmentada por niveles de atención**. Esta segmentación no se refiere a “mejor” o “peor”, sino a una **lógica escalonada**: la población ingresa por un nivel, se resuelven ahí la mayoría de necesidades y, cuando el caso requiere mayor complejidad diagnóstica o terapéutica, se canaliza al nivel correspondiente. Entender esta estructura es clave para interpretar correctamente la red de servicios y la forma en que las personas transitan por ella.

El **primer nivel de atención** es la **puerta de entrada** al sistema y atiende la mayor parte de la demanda cotidiana. Aquí se concentra la atención preventiva y de control: promoción de la salud, vacunación, detección y seguimiento de riesgos, consulta general, atención de padecimientos frecuentes, manejo inicial de enfermedades crónicas, orientación y referencia oportuna. Su función principal es **resolver lo más posible cerca de la comunidad**, identificar tempranamente complicaciones y evitar que los problemas evolucionen a formas graves. En términos operativos, el primer nivel también cumple un papel de “vigilancia clínica”: reconoce signos de alarma, estabiliza lo básico cuando es posible y activa los mecanismos de referencia para disminuir demoras.

El **segundo nivel de atención** corresponde a unidades hospitalarias donde se atienden padecimientos de **mediana complejidad** que requieren hospitalización, procedimientos diagnósticos y terapéuticos más especializados, y servicios de

apoyo con mayor capacidad (laboratorio y gabinete con estudios simples y complejos, cirugía general, atención por especialidades clínicas, urgencias hospitalarias y manejo de complicaciones). Este nivel recibe a pacientes **referidos** desde el primer nivel y, en muchos casos, es el espacio donde se realiza la atención resolutive para urgencias obstétricas y emergencias médicas, siempre que cuente con los recursos críticos disponibles.

El **tercer nivel de atención** está enfocado en padecimientos de **baja prevalencia**, pero **alta complejidad y riesgo**, que por su naturaleza requieren personal especializado y subespecializado, tecnología específica y procesos clínicos avanzados. Generalmente, los casos llegan al tercer nivel tras ser valorados en el segundo nivel y cuando exceden su capacidad resolutive. En este nivel se concentran servicios altamente especializados y unidades enfocadas a problemas específicos, lo que resulta indispensable para condiciones graves o de alta complejidad clínica.

Esta estructura solo funciona adecuadamente cuando existe continuidad entre niveles mediante **referencia y contrarreferencia**. La referencia no es únicamente “enviar” al paciente; implica enviar con información clínica suficiente, con oportunidad, con un destino claro y con condiciones de recepción. La contrarreferencia, por su parte, es esencial para que el primer nivel retome el seguimiento, asegure adherencia y reduzca reingresos o complicaciones. En un estado con dispersión poblacional y territorios de difícil acceso, la articulación entre niveles es fundamental para asegurar la atención integral de los pacientes.

De acuerdo con la organización funcional de la atención en el estado, las principales rutas clínicas pueden describirse de la siguiente manera:

- **Ruta materno-infantil:** inicia en el primer nivel (detección de riesgos, control y vigilancia de signos de alarma) y, ante complicaciones o necesidad de atención hospitalaria, se canaliza a unidades resolutive. En Durango, la atención obstétrica de alta resolución se concentra particularmente en el **Hospital Materno Infantil (HMI)** y, en la región Laguna, en el **Hospital General de Gómez Palacio (HGGP)**. Esta ruta exige especial énfasis en la oportunidad del traslado, la capacidad de recepción

y el seguimiento posterior al evento obstétrico, especialmente en el puerperio.

- **Ruta de urgencias y emergencias:** busca que los casos graves lleguen a unidades con mayor capacidad para estabilización, diagnóstico oportuno y tratamiento inmediato. En la capital destaca el **Hospital General 450 (HG450)** como nodo de alta resolución en urgencias, y en la Laguna el **HGGP** como unidad resolutoria relevante, aunque también existen hospitales resolutivos en Lerdo, Cuencamé, Santiago Papasquiaro y Santa María del Oro.
- **Ruta de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemia):** parte del primer nivel y se refuerza con unidades ambulatorias especializadas como las **UNEME EC** y **Clínica de Diabetes**, que aunque se consideran parte del primer nivel, operan como soporte técnico para control y seguimiento especializado. Cuando hay complicaciones o se requiere manejo hospitalario, la ruta escala a unidades de mayor resolución, en un segundo nivel.
- **Ruta de salud mental y adicciones:** se inicia en primer nivel con tamizaje y detección oportuna, se apoya en dispositivos comunitarios como los **CECOSAMA**, con escalamiento a atención hospitalaria cuando la condición lo requiere. Para casos de mayor complejidad, la referencia se dirige al tercer nivel especializado en el **Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Vallebueno”**.

Además de estas rutas clínicas, se implementan estrategias para disminuir brechas de acceso en localidades con dispersión o barreras geográficas, mediante **servicios itinerantes y acciones comunitarias**. En municipios predominantemente indígenas, la provisión de servicios enfrenta retos adicionales vinculados a la **pertinencia cultural y lingüística**, a la confianza en los servicios y a la comunicación clínica efectiva; por ello, las figuras de enlace intercultural y los mecanismos de acompañamiento comunitario son componentes relevantes para mejorar oportunidad de atención y continuidad.

6.2. Infraestructura y capacidad instalada

La infraestructura y la capacidad instalada constituyen la base material para la provisión de servicios de salud, pero su análisis no debe limitarse al número nominal de establecimientos o camas disponibles. En una entidad como Durango, caracterizada por dispersión poblacional, concentración urbana en pocos municipios y amplias distancias de traslado, la capacidad instalada debe entenderse desde una perspectiva funcional: número y tipo de unidades, distribución territorial, disponibilidad de camas habilitadas, áreas críticas, salas de operación, transporte sanitario y soporte diagnóstico-terapéutico. En este sentido, la suficiencia de la infraestructura depende no sólo de su existencia, sino de su condición operativa, su ubicación y su articulación con la red de referencia y contrarreferencia.

De acuerdo con la información registrada en el aplicativo de la **Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)**, con corte al **31 de diciembre de 2025**, en el estado de Durango se identifican **777 establecimientos de salud**, de los cuales **563** corresponden al sector público y **214** al ámbito privado. Por tipo de establecimiento, **652** son unidades de consulta externa, **93** de hospitalización, **27** de apoyo y **cinco** de asistencia social. Esta red da cuenta de una oferta amplia en términos nominales; sin embargo, su composición institucional y territorial es heterogénea, por lo que el análisis de la infraestructura debe distinguir entre la cobertura extensiva del primer nivel y la concentración de la capacidad resolutive en un número reducido de unidades hospitalarias.

En los **Servicios de Salud de Durango**, la red institucional se integra por **288 establecimientos**, de los cuales **247** corresponden a consulta externa, **26** a hospitalización y **15** a establecimientos de apoyo. Dentro de esta estructura predominan las unidades de primer nivel, conformadas por centros de salud urbanos y rurales, Centros de Salud con Servicios Ampliados, unidades médicas móviles y unidades de apoyo ambulatorio especializado; en tanto, la red hospitalaria incluye hospitales generales, hospitales integrales y unidades especializadas. Esta distribución confirma que la mayor densidad de establecimientos se mantiene en el primer nivel, mientras que la infraestructura

hospitalaria se concentra en un grupo más reducido de unidades con distinto grado de complejidad y capacidad resolutive. La tabla siguiente presenta únicamente el desglose de establecimientos no privados.

Tabla 7. Establecimientos públicos de salud por institución y tipo de unidad

Tipo de unidad	Institución										
	SSA	SMM	SEDENA	SCT	ISSSTE	IMSS	DIF	CRO	CIJ	FGE	SSP
De apoyo	15	0	0	0	1	2	0	0	0	3	0
Consulta externa	247	2	0	1	35	204	2	3	2	0	2
Hospitalización	26	1	1	0	2	7	0	2	0	0	0
Asistencia social	0	0	0	0	0	2	2	0	0	1	0

Fuente: Elaboración propia con información de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), con corte al 31 de diciembre de 2025.

Tabla 8. Establecimientos de Servicios de Salud de Durango por jurisdicción y tipo de unidad, 2025

Tipo de unidad	Unidad	J-1	J-2	J-3	J-4	Total
		Durango	C. Palacio	S. Papasquiario	Rodeo	
Hospitales de Especialidad	Centro Estatal de Cancerología	1				1
	Hospital de Salud Mental	1				1
Hospitales Generales	Hospital General	2	3	1	1	7
Hospitales Integrales	Hospital Integral	9	4	2	2	17
UNEME	Centro Regional de Desarrollo Infantil	1				1
	Clínica de Diabetes	1				1
	Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones (CECOSAMA)	2	1	1		4
	Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)	1				1
	Enfermedades Crónicas	1	3	1		5
	Centro Integral de Salud Mental (CISAME)	1	1			2
	UNEME DEDICAM		1			1
	Clínica del hombre		1			1
CESSA	Centro de Salud con Servicios Ampliados	4	1			5

Tipo de unidad	Unidad	J-1	J-2	J-3	J-4	Total
		Durango	G. Palacio	S. Papasquiario	Rodeo	
Centros de Salud	Centro de Salud Urbano	27	28	6	8	69
	Centro de Salud Rural	42	30	13	14	99
Unidades Móviles	Unidad Médica Móvil	42	5	10	1	58
Servicios de Apoyo	Antirrábico	1				1
	Centro Estatal de Transfusión Sanguínea	1				1
	Instituto de Salud Mental del Estado de Durango	1				1
	Laboratorio Estatal de Salud Pública	1				1
	Otros (Establecimientos de apoyo)	2	1	1	1	5
	Centro Estatal de Emergencias	1				1
	Oficinas Administrativas	2	1	1	1	5
TOTAL		144	80	36	28	288

Fuente: Elaboración propia con información de la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), con corte al 31 de diciembre de 2025.

La distribución territorial de los establecimientos estatales muestra una marcada concentración en las jurisdicciones de **Durango** y **Gómez Palacio**, que reúnen la mayor parte de las unidades y de la infraestructura de mayor complejidad. En contraste, las jurisdicciones de **Santiago Papasquiario** y **Rodeo** cuentan con menor número absoluto de establecimientos y dependen en mayor medida de una red extendida de primer nivel, hospitales integrales y servicios itinerantes. Esta configuración responde tanto al peso poblacional de las zonas urbanas como a la necesidad de mantener presencia institucional en territorios rurales y dispersos. No obstante, también pone de manifiesto que el acceso efectivo a servicios de segundo y tercer nivel no es homogéneo en el estado y que la localización de la capacidad resolutoria sigue favoreciendo a los principales centros urbanos.

Con base en la información de **SINERHIAS**, los Servicios de Salud de Durango registran **750 camas censables habilitadas** y **193 inhabilitadas**, así como **417 camas no censables habilitadas** y **37 inhabilitadas**. En conjunto, la red dispone de **1,167**

camas habilitadas entre censables y no censables. Considerando la población estatal estimada por **CONAPO**, las camas censables habilitadas equivalen a **0.39 camas por cada mil habitantes**, mientras que el total de camas habilitadas representa **0.60 por cada mil habitantes** dentro de la red estatal de los Servicios de Salud. Sin embargo, esta disponibilidad no se distribuye de forma uniforme: la Jurisdicción de **Durango** concentra **475 camas censables habilitadas**, equivalente a **63.3%** del total estatal de la red, seguida por **Gómez Palacio** con **178 camas (23.7%)**, **Santiago Papasquiaro** con **52 (6.9%)** y **Rodeo** con **45 (6.0%)**. Las camas no censables muestran una distribución semejante, con predominio en las jurisdicciones de mayor complejidad hospitalaria.

La infraestructura quirúrgica y obstétrica presenta un patrón similar de concentración. En la red hospitalaria de los Servicios de Salud se registran **34 salas de operación habilitadas** y **cinco inhabilitadas**, así como **28 salas de expulsión habilitadas**. La mayor parte de estas áreas se ubica en las jurisdicciones de **Durango** y **Gómez Palacio**, lo cual es consistente con la concentración de la atención hospitalaria de mayor complejidad, tanto para cirugía general como para atención obstétrica y otros procedimientos resolutivos. Este patrón confirma que la capacidad quirúrgica del estado descansa principalmente en las unidades hospitalarias de referencia, mientras que una parte de la red opera con una cartera más limitada o con funciones predominantemente de estabilización y referencia.

A ello se suma la disponibilidad diferenciada de áreas críticas. De acuerdo con SINERHIAS, en la red hospitalaria se identifican **tres unidades con UCIN**, **tres con UCIA**, **siete hospitales con urgencias y sala de choque** y **24 unidades con urgencias sin sala de choque**. Las unidades con mayor capacidad crítica se concentran en los hospitales de referencia estatal y regional, particularmente en la Jurisdicción de Durango y en la región Laguna. Esta distribución refuerza el papel estratégico de un número reducido de hospitales en la atención de pacientes graves, así como la necesidad de que el resto de la red opere con mecanismos de detección temprana, estabilización inicial y referencia oportuna.

Tabla 9. Capacidad instalada hospitalaria de Servicios de Salud de Durango: camas, salas de operación y áreas críticas

Jurisdicción sanitaria	Camas censables habilitadas	Camas censables inhabilitadas	Camas no censables habilitadas	Camas no censables inhabilitadas	Salas de expulsión habilitadas	Salas de expulsión inhabilitadas	Salas de operación habilitadas	Salas de operación inhabilitadas	UCIN	UCIA	Urgencias con sala de choque	Urgencias sin sala de choque
Jurisdicción Sanitaria 1 - Durango	475	117	221	15	13	0	21	2	1	2	2	11
Jurisdicción Sanitaria 2 - Gómez Palacio	178	74	137	20	9	0	7	2	2	1	2	7
Jurisdicción Sanitaria 3 - Santiago Papasquiaro	52	0	41	2	3	0	5	1	0	0	1	3
Jurisdicción Sanitaria 4 - Rodeo	45	2	18	0	3	0	1	0	0	0	2	3
Total estatal	750	193	417	37	28	0	34	5	3	3	7	24

Nota: Para salas de operación y salas de expulsión se consideraron únicamente unidades hospitalarias.

Fuente: Elaboración propia con información de SINERHIAS, con corte al 31 de diciembre de 2025.

En materia de transporte sanitario, la red estatal registra **79 ambulancias habilitadas** y **13 inhabilitadas**, además de **ocho ambulancias de cuidados intensivos habilitadas** y una inhabilitada. La mayor disponibilidad de ambulancias también se concentra en las jurisdicciones de **Durango** y **Gómez Palacio**; sin embargo, en términos territoriales, su relevancia es particularmente alta en jurisdicciones con localidades dispersas, donde el traslado constituye un determinante crítico para el acceso efectivo a unidades resolutivas. En una entidad con importantes barreras geográficas, la disponibilidad y funcionalidad del transporte sanitario no es un elemento accesorio, sino parte sustantiva de la capacidad instalada.

Tabla 10. Ambulancias de Servicios de Salud de Durango por jurisdicción sanitaria

Jurisdicción sanitaria	Ambulancias habilitadas	Ambulancias inhabilitadas	Ambulancias de cuidados intensivos habilitadas	Ambulancias de cuidados intensivos inhabilitadas
Jurisdicción Sanitaria 1 - Durango	30	4	5	1
Jurisdicción Sanitaria 2 - Gómez Palacio	24	5	2	0
Jurisdicción Sanitaria 3 - Santiago Papasquiaro	12	3	1	0
Jurisdicción Sanitaria 4 - Rodeo	13	1	0	0
Total estatal	79	13	8	1

Fuente: Elaboración propia con información de SINERHIAS, con corte al 31 de diciembre de 2025.

El soporte diagnóstico-terapéutico complementa esta lectura de capacidad funcional. La red de los Servicios de Salud dispone de unidades con servicios de laboratorio, rayos X, ultrasonido, mastografía, tomografía, resonancia magnética, electrocardiografía, endoscopia, hemodiálisis, anatomía patológica y banco o servicio de sangre, entre otros. No obstante, al igual que las camas, los quirófanos y las áreas críticas, estos recursos no se distribuyen de forma homogénea, sino que se concentran en unidades con mayor complejidad y poder resolutivo. En consecuencia, la capacidad instalada del sistema no depende únicamente del número de establecimientos, sino del grado en que éstos cuentan con soporte clínico y tecnológico suficiente para resolver eventos agudos, sostener hospitalización y reducir traslados evitables.

No obstante, la lectura de la infraestructura se vuelve más precisa cuando se cruza con la información de producción hospitalaria. A partir de los datos del **Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH)**, y excluyendo del análisis comparativo al hospital psiquiátrico por tratarse de una unidad con patrones de estancia y egreso no homologables con los hospitales generales e integrales, se observa que la utilización de camas es claramente desigual entre unidades. Los hospitales generales concentran la mayor parte de los egresos y de

los días estancia, particularmente el **Hospital General de Durango** y el **Hospital General 450**, que actúan como los principales nodos de hospitalización y referencia estatal. En contraste, varios hospitales integrales presentan bajos volúmenes de egreso, limitada utilización de camas e incluso ausencia de egresos durante el año, lo que sugiere una capacidad resolutive heterogénea dentro de la red hospitalaria.

Este contraste es relevante porque muestra que la capacidad instalada nominal no siempre se traduce en capacidad hospitalaria efectiva. Mientras algunos hospitales trabajan con presión sostenida sobre camas, urgencias y áreas críticas, otros mantienen una utilización reducida asociada a menor complejidad resolutive, disponibilidad limitada de personal o función predominantemente referencial. En términos operativos, ello implica que la red estatal sigue dependiendo de unos cuantos hospitales generales para absorber la mayor parte de la demanda hospitalaria compleja, con especial concentración en la región Centro y la región Laguna.

El comportamiento de la ocupación, la estancia media y la rotación de cama confirma que la capacidad instalada hospitalaria no se utiliza de manera homogénea. Algunas unidades presentan alta presión asistencial y estancias prolongadas, mientras que otras muestran volúmenes reducidos y subutilización relativa de camas. Este patrón refuerza la necesidad de interpretar la infraestructura desde una perspectiva funcional, vinculada a la producción hospitalaria y no sólo a la existencia nominal de camas o espacios clínicos.

En síntesis, la infraestructura de salud en Durango muestra una red amplia y territorialmente extendida, pero con una capacidad resolutive hospitalaria concentrada en pocos nodos. La dispersión geográfica de la población, la concentración de camas, quirófanos y áreas críticas en las principales jurisdicciones, así como la heterogeneidad operativa entre hospitales generales e integrales, obligan a interpretar la capacidad instalada desde una perspectiva funcional. Por ello, el desafío no radica únicamente en ampliar infraestructura, sino en fortalecer la operación de las unidades con menor resolutive, mantener habilitados los recursos existentes y reducir la presión asistencial que

actualmente se concentra de manera desproporcionada en los hospitales generales de referencia.

6.3. Recursos humanos para la salud

El recurso humano constituye el componente más determinante de la capacidad operativa y resolutive del sistema de salud. Aunque la infraestructura física, el equipamiento y los insumos definen el techo material de la oferta, en la práctica son la disponibilidad, distribución, especialización y permanencia del personal las que condicionan la oportunidad de la atención, la continuidad del cuidado, la calidad clínica y la capacidad efectiva de respuesta ante las necesidades de salud de la población. En una entidad como Durango, caracterizada por dispersión territorial, concentración urbana en pocos municipios y amplias brechas de acceso entre regiones, el análisis de los recursos humanos debe ir más allá de la suficiencia numérica y centrarse en su distribución espacial, su perfil funcional y su correspondencia con la complejidad de la red de servicios.

De acuerdo con la información registrada en **SINERHIAS**, con corte al **31 de diciembre de 2025**, **Servicios de Salud de Durango** cuenta con **593 médicos generales**, **567 médicos especialistas**, **149 odontólogos** y **2,228 integrantes de enfermería**, estos últimos integrados por **1,617 enfermeras generales**, **223 enfermeras especialistas** y **388 auxiliares de enfermería**. En conjunto, estos perfiles representan **3,537 trabajadores en contacto directo con el paciente**, lo que da cuenta del peso que tiene el componente asistencial dentro de la red institucional. A este núcleo se suma un conjunto relevante de perfiles profesionales y técnicos de apoyo, entre los que se identifican **149 químicos**, **126 trabajadores sociales**, **119 psicólogos**, **72 nutriólogos**, **68 técnicos de laboratorio**, **161 técnicos en radiología** y **102 promotores de salud**, además de personal de estadística, rehabilitación, histopatología, citotecnología y otros perfiles complementarios. Esta composición confirma que la operación del sistema de salud depende de una estructura multiprofesional, en la que la atención médica y de enfermería se sostiene sobre una red de apoyo clínico, diagnóstico, preventivo y administrativo.

Tabla 11. Personal de salud de los Servicios de Salud de Durango por categoría profesional, 2025

Categoría profesional	Total
Médicos generales	593
Médicos especialistas	567
Odontólogos	149
Enfermería general	1,617
Enfermería especialista	223
Auxiliares de enfermería	388
Subtotal personal en contacto directo con el paciente	3,537
Personal profesional y técnico de apoyo*	1,000
Total general	4,537

*Incluye: química, trabajo social, biología, farmacobiología, nutrición, psicología, ingeniería biomédica, personal profesional complementario, técnicos en trabajo social, electromedicina, laboratorio, estadística, rehabilitación física, radiología, dietética, promoción de la salud, histopatología, citotecnología y otro personal técnico.

Fuente: Elaboración propia con información de SINERHIAS, con corte al 31 de diciembre de 2025.

Aun cuando el volumen total de personal es relevante, su distribución presenta desigualdades marcadas. Una de las más evidentes corresponde al estrato de unidad. La información disponible muestra que el personal se concentra mayoritariamente en unidades urbanas: de los **593 médicos generales**, **507** se localizan en establecimientos urbanos (**85.5%**) y **86** en rurales (**14.5%**); los **567 médicos especialistas** se concentran en su totalidad en unidades urbanas; y de los **2,228 integrantes de enfermería**, **2,074** laboran en unidades urbanas (**93.1%**), frente a **154** en rurales (**6.9%**). Los odontólogos reproducen el mismo patrón, con **138** en unidades urbanas (**92.6%**) y **11** en rurales (**7.4%**). Esta distribución evidencia una fuerte centralización del recurso humano más calificado en los entornos urbanos y confirma que las unidades rurales operan con plantillas comparativamente más limitadas, particularmente en perfiles especializados. Ello resulta especialmente relevante en la entidad, donde los municipios con mayores barreras geográficas y socioculturales no necesariamente coinciden con los territorios mejor dotados de personal.

La lectura regional profundiza esta desigualdad. En términos de tasas por mil habitantes, la **región Norte** presenta la mayor densidad de **médicos generales** (**1.491**) y de **personal de enfermería** (**4.919**), mientras que la **región Centro** registra

la mayor densidad de **médicos especialistas (1.095)** y una de las disponibilidades más altas de **odontología (0.275)**. En contraste, la **región Laguna** muestra la menor disponibilidad relativa de **médicos generales (0.516)** y **odontólogos (0.095)**, a pesar de concentrar un volumen absoluto importante de personal, con **130 médicos generales, 156 especialistas, 665 integrantes de enfermería y 24 odontólogos**, lo que se relaciona con el tamaño poblacional y con la presión asistencial que absorbe. Por su parte, las regiones **Noroeste** y **Sur** registran las menores densidades de especialistas, con **0.168** y **0.179** por mil habitantes, respectivamente, lo que refleja una capacidad resolutive más restringida fuera de los principales polos urbanos. Esta situación adquiere especial relevancia en la **región Sur**, donde confluyen municipios con dispersión poblacional, dificultades de traslado y una alta proporción de localidades rurales e indígenas, lo que incrementa la necesidad de atención cercana, continua y culturalmente pertinente, al mismo tiempo que dificulta la cobertura estable del recurso humano.

La distribución por jurisdicción sanitaria muestra con mayor claridad la concentración del recurso humano. La **Jurisdicción Sanitaria No. 1 – Durango** concentra **376 médicos generales, 388 médicos especialistas, 1,368 integrantes de enfermería y 108 odontólogos**, lo que equivale a **63.4%** de los médicos generales, **68.4%** de los especialistas, **61.4%** del personal de enfermería y **72.5%** de los odontólogos de toda la red estatal. La **Jurisdicción No. 2 – Gómez Palacio** concentra **129 médicos generales, 156 especialistas, 661 integrantes de enfermería y 23 odontólogos**. En contraste, la **Jurisdicción No. 3 – Santiago Papasquiaro** dispone de **56 médicos generales, 14 especialistas, 112 integrantes de enfermería y 10 odontólogos**, mientras que la **Jurisdicción No. 4 – Rodeo** cuenta con **32 médicos generales, 9 especialistas, 87 integrantes de enfermería y 8 odontólogos**. En términos agregados, esto significa que las jurisdicciones de **Durango y Gómez Palacio concentran 95.9%** de los **médicos especialistas** de Servicios de Salud de Durango. La magnitud de la brecha se vuelve más evidente al comparar extremos: la Jurisdicción No. 1 concentra **11.8 veces más médicos generales, 43.1 veces más especialistas, 15.7 veces más personal de enfermería y 13.5 veces más odontólogos** que la Jurisdicción No. 4. Esta distribución confirma que la

capacidad clínica y resolutive del sistema continúa altamente centralizada en unos cuantos polos territoriales.

Tabla 12. Distribución del personal de salud en contacto directo con el paciente por jurisdicción sanitaria, 2025

Jurisdicción	Médico general	Médico especialista	Enfermera	Odontólogo
Jurisdicción Sanitaria 1	376	388	1,368	108
Jurisdicción Sanitaria 2	129	156	661	23
Jurisdicción Sanitaria 3	56	14	112	10
Jurisdicción Sanitaria 4	32	9	87	8

Fuente: Elaboración propia con información de SINERHIAS, con corte al 31 de diciembre de 2025.

Cuando la distribución del recurso humano se analiza en relación con la población de responsabilidad, la lectura se vuelve más precisa. La Jurisdicción Sanitaria No. 1 – Durango registra 0.930 médicos generales, 0.959 médicos especialistas, 3.383 integrantes de enfermería y 0.267 odontólogos por mil habitantes, lo que confirma que concentra no sólo el mayor volumen absoluto de personal, sino también la mayor disponibilidad relativa de especialistas. La Jurisdicción No. 2 – Gómez Palacio, pese a reunir 129 médicos generales, 156 especialistas, 661 integrantes de enfermería y 23 odontólogos, presenta tasas menores: 0.519 médicos generales, 0.628 especialistas, 2.659 integrantes de enfermería y 0.093 odontólogos por mil habitantes, debido al mayor tamaño de su población de referencia. Por su parte, la Jurisdicción No. 3 – Santiago Papasquiaro registra 0.765 médicos generales, 0.191 especialistas, 1.529 integrantes de enfermería y 0.137 odontólogos por mil habitantes, mientras que la Jurisdicción No. 4 – Rodeo presenta 1.312 médicos generales, 0.369 especialistas, 3.566 integrantes de enfermería y 0.328 odontólogos por mil habitantes. Este patrón resulta particularmente ilustrativo: aunque la Jurisdicción No. 4 muestra la mayor tasa de médicos generales y de odontólogos, e incluso una densidad de enfermería superior a la de Durango, ello no se traduce en mayor capacidad resolutive, ya que sólo dispone de nueve especialistas en términos absolutos, frente a 388 en la Jurisdicción No. 1 y 156 en la No. 2. En otras palabras, la suficiencia relativa del primer contacto puede verse favorecida por una menor población en el denominador, pero ello no elimina la dependencia funcional

respecto de los hospitales de referencia ubicados en Durango y Gómez Palacio, donde se concentra la mayor parte de la atención especializada.

Tabla 13. Disponibilidad de personal de salud en contacto directo con el paciente por mil habitantes, según jurisdicción sanitaria, 2025

Jurisdicción	Médico general	Médico especialista	Enfermera	Odontólogo
Jurisdicción Sanitaria 1	0.930	0.959	3.383	0.267
Jurisdicción Sanitaria 2	0.519	0.628	2.659	0.093
Jurisdicción Sanitaria 3	0.765	0.191	1.529	0.137
Jurisdicción Sanitaria 4	1.312	0.369	3.566	0.328

Fuente: Elaboración propia con información de SINERHIAS y CONAPO, con corte al 31 de diciembre de 2025.

Dentro del conjunto asistencial, la **enfermería** ocupa una posición estratégica. Con **2,228 elementos**, constituye el grupo ocupacional más numeroso del sistema y el principal soporte de la atención continua, tanto en hospitalización como en consulta externa, urgencias, control de pacientes crónicos, programas preventivos y atención materna. Sin embargo, su distribución también refleja una alta concentración territorial. La Jurisdicción No. 1 concentra **1,028 enfermeras generales, 156 especialistas y 184 auxiliares**, mientras que la No. 2 agrupa **444 enfermeras generales, 58 especialistas y 159 auxiliares**. Las jurisdicciones 3 y 4, en cambio, cuentan con plantillas mucho más reducidas. Esto tiene implicaciones operativas directas, ya que la enfermería no sólo acompaña la atención médica, sino que asegura la observación clínica continua, la vigilancia de signos de alarma, la continuidad terapéutica y el funcionamiento cotidiano de las unidades. Por ello, las brechas en la disponibilidad de enfermería especializada fuera de los principales polos hospitalarios representan un límite concreto para la resolutivez local.

La distribución de los **médicos especialistas** permite observar con mayor nitidez la organización real de la capacidad resolutivez del sistema. En términos estatales destacan **93 pediatras, 87 anesthesiólogos, 72 cirujanos, 57 ginecoobstetras, 28 internistas, 27 ortopedistas, 25 radiólogos, 24 urgenciólogos y 19 psiquiatras**, además de otras especialidades de menor frecuencia. Sin embargo, el elemento central del diagnóstico no es solo cuántos especialistas existen, sino dónde se ubican. La mayor parte de ellos se concentra en unas cuantas unidades

hospitalarias de referencia. El **Hospital General de Durango** concentra una plantilla amplia y diversificada, con fuerte peso en pediatría y ginecoobstetricia dada la naturaleza de su ámbito de atención, pero también cuenta con alta presencia de anestesiología, cirugía, medicina interna, psiquiatría y radiología, lo que lo posiciona como uno de los principales nodos estatales de resolución materno-infantil y hospitalaria. El **Hospital General 450** concentra perfiles orientados a la atención de población adulta, urgencias complejas y cirugía, mientras que el **Hospital Nuevo Gómez Palacio** constituye el principal nodo especializado de la región Laguna. Por su parte, el **Centro Estatal de Cancerología** y el **Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Vallebuena”** mantienen perfiles de especialización altamente focalizados, consistentes con su función institucional.

Esta concentración por unidad médica tiene implicaciones directas para la red estatal. Mientras los hospitales generales de referencia reúnen plantillas completas y con mayor diversidad de especialidades, las unidades de menor escala, especialmente en las jurisdicciones de Santiago Papasquiaro y Rodeo, cuentan con una presencia limitada de especialistas. Esta concentración no sólo se expresa entre jurisdicciones, sino también dentro de la propia red hospitalaria. En particular, la situación de los **hospitales integrales** merece atención específica. De los **17 hospitales integrales** de los Servicios de Salud de Durango, al menos **siete no cuentan con médicos especialistas** en su plantilla: **Hospital Integral de Simón Bolívar**, **Hospital Integral de La Guajolota**, **Hospital Integral del Durazno**, **Hospital Integral de Mapimí**, **Hospital Integral de Francisco I. Madero**, **Hospital Integral de Huazamota** y **Hospital Integral de Nazas**. Este hallazgo es relevante porque confirma que una parte de estas unidades opera fundamentalmente como puntos de estabilización, atención básica y referencia, más que como hospitales con capacidad resolutoria plena. En términos funcionales, ello refuerza la dependencia de los hospitales generales de Durango y Gómez Palacio para la atención de padecimientos de mediana y alta complejidad, incrementando la presión asistencial sobre estos nodos y prolongando los circuitos de atención para la población de regiones periféricas.

Dentro de este panorama también deben considerarse los perfiles estratégicos vinculados a la pertinencia cultural y la accesibilidad lingüística. Al cierre de 2025,

los Servicios de Salud de Durango cuentan con **7 enlaces interculturales**, distribuidos de la siguiente manera: **4** en el **Hospital General de Durango**, con dominio de **tepehuano del sur**; **uno** en el **Hospital Integral del Mezquital**, también con dominio de **tepehuano del sur**; **uno** en el **Hospital Integral de La Guajolota**, igualmente en **tepehuano del sur**; y **uno** en el **Hospital Integral de Nuevo Ideal**, con capacidad de atención a población menonita mediante **alemán bajo**. Aunque su número es reducido frente a la diversidad territorial y cultural del estado, su existencia representa una fortaleza importante para reducir barreras de comunicación, facilitar la comprensión del acto clínico y fortalecer la atención con pertinencia cultural en zonas con población indígena o con grupos lingüísticos distintos al español.

El fortalecimiento del recurso humano no depende únicamente de la contratación y distribución del personal, sino también de los procesos de formación y actualización continua. Durante 2025 se impartieron **309 cursos**, con un **cupó programado de 14,750** y una **asistencia de 14,893**, lo que refleja una participación superior a la prevista y evidencia un esfuerzo institucional sostenido en el desarrollo de capacidades. Estas actividades formativas, orientadas a diferentes temas prioritarios de salud, constituyen un componente estratégico para fortalecer la calidad de la atención, actualizar competencias técnicas y mantener la capacidad de respuesta del personal frente a las necesidades cambiantes de la red de servicios.

A ello se suma la función docente y formadora en salud. Servicios de Salud de Durango cuenta con una capacidad relevante para la formación médica de posgrado, concentrada en sus principales hospitales de referencia. El **Hospital General 450** ofrece las especialidades de **Anatomía Patológica, Anestesiología, Cirugía General, Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Medicina de Urgencias, Medicina Interna y Traumatología y Ortopedia**, además de las subespecialidades de **Neurocirugía y Medicina del Enfermo en Estado Crítico**. El **Hospital General de Durango** funge como sede de las especialidades de **Ginecología y Obstetricia y Pediatría**, así como de la subespecialidad de **Neonatología**. Por su parte, el **Hospital Nuevo Gómez Palacio** ofrece formación en **Anestesiología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Medicina de**

Urgencias y Traumatología y Ortopedia. Finalmente, el **Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Vallebuena”** es sede de la especialidad en **Psiquiatría**. Esta capacidad docente constituye una fortaleza estratégica del sistema estatal de salud, ya que permite formar personal especializado dentro de la propia entidad y fortalecer entornos clínicos de mayor complejidad; sin embargo, su impacto en términos de equidad territorial depende de la capacidad institucional para retener egresados y ampliar progresivamente la disponibilidad de perfiles especializados fuera de los principales polos hospitalarios.

En conjunto, la evidencia disponible muestra que los Servicios de Salud de Durango cuentan con una base amplia de recursos humanos, una estructura multiprofesional relevante y una capacidad formadora significativa. No obstante, esta fortaleza convive con una distribución territorial desigual, una marcada centralización de especialistas y una concentración del personal más calificado en unidades urbanas y hospitales de referencia. En términos de planeación sectorial, ello implica que el desafío no radica únicamente en incrementar la plantilla total, sino en mejorar su distribución, fortalecer la permanencia en regiones de difícil cobertura, ampliar la capacidad resolutive de las jurisdicciones periféricas y sostener procesos de capacitación y formación alineados con las necesidades reales de la red. De no atenderse estas brechas, la presión asistencial sobre los hospitales de referencia continuará incrementándose y las inequidades territoriales en el acceso efectivo a personal calificado tenderán a reproducirse, particularmente en las regiones y jurisdicciones con menor disponibilidad de especialistas y menor soporte hospitalario.

6.4. Cobertura, acceso y continuidad de la atención

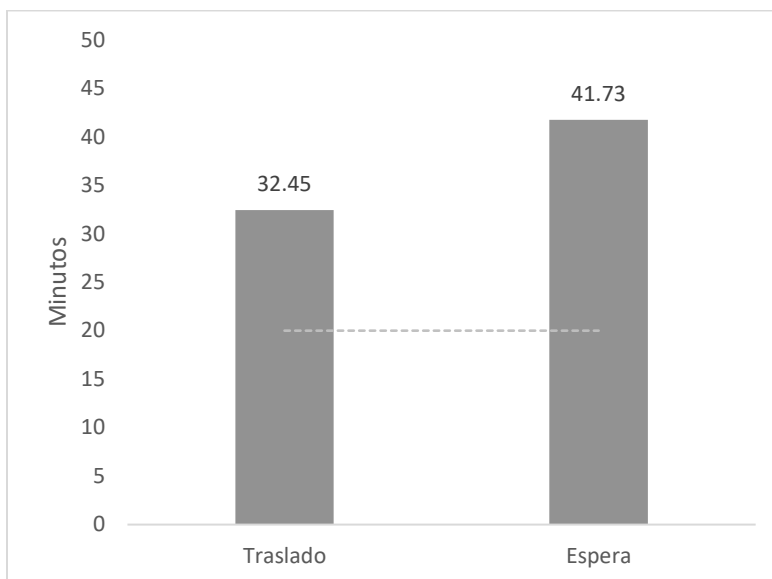
La cobertura, el acceso y la continuidad de la atención constituyen dimensiones complementarias para valorar el funcionamiento real del sistema de salud. La cobertura remite a la capacidad institucional de ofrecer servicios a la población; el acceso, a la posibilidad efectiva de utilizarlos en condiciones razonables de tiempo, oportunidad y aceptabilidad; y la continuidad, a la capacidad de mantener la atención cuando la condición de salud requiere seguimiento, referencia o resolución en otro nivel. En Durango, estas dimensiones deben

analizarse a la luz de dos realidades simultáneas: por un lado, una red estatal extensa de establecimientos de primer nivel y estrategias itinerantes de acercamiento; por otro, una geografía con dispersión poblacional, barreras de traslado y fuerte concentración de la capacidad resolutive en pocos polos urbanos y hospitalarios.

Desde la perspectiva de la experiencia declarada de la población, la **ENIGH 2024** muestra que, entre las personas que reportaron haber presentado un problema de salud en Durango, **99.7%** declaró haber recibido atención médica. Este resultado sugiere que la principal limitación del sistema no parece estar en la ausencia absoluta de contacto con los servicios, sino en dimensiones más complejas del acceso, como la oportunidad, la organización y la continuidad de la atención. No obstante, esta cifra debe interpretarse con cautela, ya que la ENIGH es una encuesta general de condiciones socioeconómicas y no un instrumento diseñado específicamente para medir acceso efectivo, resolutive clínica o continuidad asistencial.

La misma fuente aporta elementos relevantes sobre oportunidad. El **tiempo promedio ponderado de traslado** fue de **32.45 minutos**, mientras que el **tiempo promedio ponderado de espera** alcanzó **41.73 minutos**; en ambos casos, la mediana ponderada fue de **20 minutos**. La diferencia entre media y mediana indica una distribución asimétrica, con presencia de valores extremos que elevan el promedio. En términos de interpretación, ello sugiere que, aunque una parte importante de la población accede en tiempos relativamente moderados, persisten segmentos con esperas o traslados considerablemente más prolongados. El hecho de que el tiempo de espera supere al de traslado apunta a que una parte importante de las presiones del sistema se ubica en la organización y capacidad operativa de las unidades, más que en la accesibilidad geográfica generalizada.

Gráfica II. Tiempo de traslado y de espera para la atención médica en Durango, 2024



Nota: La gráfica presenta los tiempos promedio ponderados reportados por la población que declaró haber recibido atención médica por un problema de salud. En ambos casos, la mediana fue de 20 minutos. Fuente: Elaboración propia con información de la ENIGH 2024.

Esta lectura se refuerza al observar las brechas territoriales declaradas por la población. Aunque **77.5%** de quienes recibieron atención reportó tiempos de traslado menores o iguales a **30 minutos**, **7.9%** tardó más de **60 minutos** en llegar a la unidad médica. Este segmento no es marginal desde el punto de vista territorial, pues representa precisamente a la población que habita en condiciones de mayor aislamiento relativo, asociadas a dispersión poblacional, rutas de comunicación más complejas o dependencia de servicios itinerantes. En Durango, estas diferencias no sólo tienen implicaciones logísticas, sino también clínicas, particularmente cuando el acceso se requiere para eventos agudos, padecimientos descompensados o atención obstétrica.

Entre la proporción muy reducida de personas que no recibió atención médica (**0.3%** de quienes reportaron haber presentado un problema de salud), predominan razones vinculadas tanto a decisiones o percepciones del usuario como a factores organizacionales e institucionales. Entre los motivos más frecuentes se encuentran “no quisieron” (21%), “unidad médica cerrada” (15%), “cita hasta mucho tiempo después” (13%) y “dijeron que no era necesario” (13%).

No se observaron razones económicas como principal obstáculo. Este patrón sugiere que, al menos en términos declarados, las barreras económicas no constituyen el problema predominante, mientras que la percepción de pertinencia, la disponibilidad efectiva del servicio y la organización de la atención sí aparecen como factores de mayor peso.

Desde la perspectiva operativa del sistema, la red de primer nivel de atención mantiene una elevada utilización. Durante 2025 se registraron **427,489 consultas totales de primer nivel** en los Servicios de Salud de Durango, lo que equivale a **573.2 consultas por cada mil habitantes de población SSA**. De este total, **334,157** correspondieron a **consulta médica general (448.1 por mil habitantes)** y **43,738** a **consulta odontológica (58.6 por mil habitantes)**. La distribución por jurisdicción muestra contrastes importantes. La **Jurisdicción Sanitaria No. 1 – Durango** concentró **275,850 consultas totales**, de las cuales **208,986** fueron médicas y **31,207** odontológicas; la **Jurisdicción No. 2 – Gómez Palacio** registró **85,579 consultas totales**, con **76,087** médicas y **4,663** odontológicas; la **Jurisdicción No. 3 – Santiago Papasquiaro** reportó **36,272 consultas totales**, con **28,731** médicas y **3,651** odontológicas; y la **Jurisdicción No. 4 – Rodeo** acumuló **29,788 consultas totales**, con **20,353** médicas y **4,217** odontológicas.

Cuando estas cifras se expresan en relación con la **población de responsabilidad**, la lectura se vuelve más precisa. La **Jurisdicción No. 4 – Rodeo** presentó la mayor tasa de utilización del primer nivel, con **1,213.4 consultas totales por mil habitantes**, **829.0 consultas médicas** y **171.8 odontológicas por mil habitantes**, mientras que la **Jurisdicción No. 1 – Durango** registró **687.5 consultas totales**, **520.9 médicas** y **77.8 odontológicas por mil habitantes**. La **Jurisdicción No. 3 – Santiago Papasquiaro** alcanzó **496.1 consultas totales**, **392.9 médicas** y **49.9 odontológicas por mil habitantes**, en tanto que la **Jurisdicción No. 2 – Gómez Palacio** mostró las menores tasas relativas, con **346.7 consultas totales**, **308.2 médicas** y **18.9 odontológicas por mil habitantes**. Este comportamiento confirma que los volúmenes absolutos y las tasas no siempre coinciden: una jurisdicción puede registrar menor número total de atenciones, pero mayor intensidad relativa de uso cuando se considera exclusivamente la población de responsabilidad de los Servicios de Salud de Durango. En términos diagnósticos, ello sugiere que las

jurisdicciones con menor población SSA y mayor dispersión dependen fuertemente del primer nivel como espacio de resolución básica, seguimiento y contacto sostenido con el sistema.

La continuidad de la atención, sin embargo, no depende sólo del volumen de consultas, sino de la capacidad para articular la referencia entre niveles y devolver al paciente al seguimiento local cuando corresponde. En 2025 se registraron **19,486 pacientes referidos** y **847 pacientes contrarreferidos** en los Servicios de Salud de Durango, lo que equivale a **26.1 referencias** y **1.1 contrarreferencias por mil habitantes de población SSA** a nivel estatal. La Jurisdicción No. 1 – Durango concentró **13,291 referencias** y **630 contrarreferencias**; la No. 2 – Gómez Palacio, **5,039** y **159**, respectivamente; la No. 3 – Santiago Papasquiaro, **797** y **32**; y la No. 4 – Rodeo, **359** y **26**. Expresadas en relación con la población SSA, las referencias alcanzaron **33.1 por mil habitantes** en Durango, **20.4** en Gómez Palacio, **10.9** en Santiago Papasquiaro y **14.6** en Rodeo. En contraste, la contrarreferencia se mantiene en niveles notablemente bajos en todas las jurisdicciones, con valores de **1.6 por mil habitantes** en Durango, **0.6** en Gómez Palacio, **0.4** en Santiago Papasquiaro y **1.1** en Rodeo. Esta brecha entre referencia y contrarreferencia sugiere que la continuidad formal del cuidado posterior al envío a otro nivel no se encuentra consolidada en la misma magnitud que el mecanismo de referencia, lo cual puede traducirse en seguimiento incompleto, retorno tardío al primer nivel o pérdida parcial de trazabilidad del proceso asistencial.

Tabla 14. Indicadores de utilización y continuidad de la atención por mil habitantes de población SSA, según jurisdicción sanitaria, 2025

Jurisdicción sanitaria	Consultas de primer nivel	Consulta médica	Consulta odontológica	Referencias	Contrarreferencias
Jurisdicción Sanitaria 1	687.5	520.9	77.8	33.1	1.6
Jurisdicción Sanitaria 2	346.7	308.2	18.9	20.4	0.6
Jurisdicción Sanitaria 3	496.1	392.9	49.9	10.9	0.4
Jurisdicción Sanitaria 4	1,213.4	829.0	171.8	14.6	1.1
Total estatal	573.2	448.1	58.6	26.1	1.1

Fuente: Elaboración propia con información de los Servicios de Salud de Durango, SINBA/SIS para consultas de primer nivel, registros institucionales de referencia y contrarreferencia, y CONAPO, con corte al 31 de diciembre de 2025.

La oportunidad de la atención también puede observarse a partir de los registros institucionales. En 2025, el **tiempo promedio de espera estatal** fue de **12.91 minutos en urgencias** y **12.94 minutos en consulta externa**. Por jurisdicción, la espera en urgencias fue de **8.24 minutos** en la Jurisdicción No. 1, **17.58** en la No. 2, **20.60** en la No. 3 y **10.17** en la No. 4; en consulta externa, los promedios fueron de **12.57, 13.92, 11.52 y 19.35 minutos**, respectivamente. Estas cifras son considerablemente menores a las reportadas por la ENIGH para acceso declarado, lo que probablemente obedece a diferencias metodológicas y de universo de observación: mientras la ENIGH capta la experiencia percibida del usuario en el sistema, los registros institucionales reflejan el comportamiento de los servicios medido bajo criterios administrativos específicos. Aun así, la información institucional resulta útil para identificar presiones relativas dentro de la red: la espera en urgencias fue mayor en las jurisdicciones **No. 2 y No. 3**, mientras que la mayor espera en consulta externa se observó en la **No. 4**, lo cual sugiere tensiones diferenciadas en la capacidad operativa según el tipo de atención y el territorio.

Otra expresión relevante de la continuidad y oportunidad del servicio es el **diferimiento quirúrgico**, en la medida en que refleja la capacidad de concretar procedimientos programados y evitar retrasos con impacto clínico o administrativo. En 2025, el **diferimiento quirúrgico estatal promedio** fue de **10.51%**. Por jurisdicción, la **Jurisdicción No. 2 – Gómez Palacio** presentó el promedio más alto, con **19.19%**, seguida por la **Jurisdicción No. 1 – Durango**, con **11.48%**; la **Jurisdicción No. 4 – Rodeo** registró **0.83%**, mientras que la **Jurisdicción No. 3 – Santiago Papasquiario** no reportó diferimiento durante el año. Este comportamiento confirma que la tensión sobre la continuidad de la atención quirúrgica se concentra principalmente en los polos hospitalarios con mayor demanda y complejidad, particularmente en la región Laguna y la capital del estado. En términos diagnósticos, el diferimiento no debe leerse solo como un problema de agenda quirúrgica, sino como una señal de presión operativa que

puede afectar la oportunidad del tratamiento, la satisfacción del usuario y la eficiencia del circuito hospitalario.

En este contexto, las barreras territoriales del acceso deben interpretarse junto con los mecanismos institucionales de mitigación. Los Servicios de Salud de Durango cuentan con **58 Unidades Médicas Móviles**, cuyas rutas se encuentran establecidas y se recorren de manera mensual, lo que permite acercar acciones de prevención, consulta y seguimiento a localidades con limitaciones estructurales de acceso. A ello se suma la estrategia **Rutas por tu Salud**, cuya lógica de operación es distinta, ya que sus recorridos varían según las necesidades detectadas y los territorios prioritarios identificados. Estas intervenciones no sustituyen la necesidad de fortalecer la infraestructura fija y la referencia efectiva, pero sí cumplen una función importante para acercar servicios, reducir barreras geográficas y mantener presencia institucional en zonas dispersas. En municipios con población indígena o con características socioculturales específicas, esta función se complementa con los enlaces interculturales previamente descritos, lo que fortalece la accesibilidad desde una perspectiva territorial y de pertinencia cultural.

En conjunto, la evidencia muestra que en Durango el problema central no parece radicar en la inexistencia absoluta de servicios ni en la ausencia total de contacto con la red de atención, sino en la **desigualdad territorial del uso de los servicios**, en la **capacidad operativa para responder con oportunidad** y en la **debilidad relativa de los mecanismos formales de continuidad**, particularmente en el retorno al primer nivel después de la referencia. La ENIGH sugiere que la población logra acceder en la mayoría de los casos, pero también evidencia tiempos de espera superiores a los de traslado y la existencia de bolsillos territoriales con accesibilidad más limitada. Los registros institucionales, por su parte, confirman una utilización importante del primer nivel, una dinámica activa de referencia y contrarreferencia, y tensiones operativas que deben fortalecerse para asegurar trayectorias de atención más continuas. En consecuencia, el reto para la entidad no es solamente mantener cobertura, sino fortalecer el acceso efectivo y la continuidad clínica mediante una mejor articulación entre niveles,

mayor oportunidad de atención y mecanismos territoriales más sólidos para atender a la población que enfrenta mayores barreras.

6.5. Productividad y desempeño de servicios

La productividad y el desempeño de los servicios permiten valorar no sólo el volumen de atención brindada por la red, sino también la forma en que la infraestructura y el recurso humano se traducen en actividad resolutive. En este sentido, el análisis debe distinguir entre la producción ambulatoria del primer nivel, la demanda hospitalaria y de urgencias, la actividad quirúrgica y obstétrica, así como el uso de las camas disponibles. En Durango, la lectura conjunta de estos componentes muestra una red con alta actividad asistencial, pero también con una marcada concentración de la producción en unas cuantas unidades hospitalarias y con diferencias importantes en la intensidad de uso entre jurisdicciones y unidades.

La productividad del sistema se expresa, en primera instancia, en el volumen de atenciones del primer nivel, que durante 2025 mantuvo una carga asistencial importante y confirmó su papel como puerta de entrada, espacio de seguimiento y soporte principal de la atención cotidiana. No obstante, para efectos de desempeño, el interés central de este apartado se desplaza hacia la productividad especializada, la atención de urgencias, la actividad obstétrica, la cirugía y el uso hospitalario de camas, ya que estos componentes reflejan con mayor claridad la capacidad resolutive efectiva de la red y la concentración territorial de la demanda de mayor complejidad.

A esta producción se suma la consulta especializada hospitalaria, que en 2025 alcanzó 116,143 atenciones. La mayor parte de este volumen se concentró en la Jurisdicción de Durango, con 84,405 consultas (72.7% del total), seguida de Gómez Palacio, con 21,727 (18.7%), Santiago Papasquiaro, con 6,144 (5.3%), y Rodeo, con 3,867 (3.3%). En términos de unidades, la mayor productividad se localizó en el Hospital General 450, con 43,198 consultas especializadas; el Hospital General de Durango, con 24,795; el Hospital Nuevo Gómez Palacio, con 11,628; y el Centro Estatal de Cancerología, con 8,539. En conjunto, estas cuatro unidades

concentraron 75.9% de toda la consulta especializada registrada en la red estatal. Esta concentración confirma que la actividad ambulatoria especializada se encuentra fuertemente centralizada en los hospitales de referencia y en algunas unidades de alta especialización, lo que incrementa la dependencia territorial de la población respecto de estos nodos.

En el ámbito de urgencias, durante 2025 se registraron 145,344 atenciones, de las cuales 36,806 correspondieron a urgencias calificadas y 108,538 a urgencias no calificadas. En términos relativos, ello significa que aproximadamente una de cada cuatro urgencias atendidas fue clasificada como calificada, mientras que cerca de tres de cada cuatro correspondieron a urgencias no calificadas. La distribución territorial también fue marcadamente desigual: la Jurisdicción No. 1 – Durango concentró 78,523 atenciones (54.0% del total estatal), la No. 2 – Gómez Palacio 42,726 (29.4%), la No. 3 – Santiago Papasquiaro 18,773 (12.9%) y la No. 4 – Rodeo 5,322 (3.7%). Asimismo, la proporción de urgencias calificadas fue mayor en la Jurisdicción de Durango (38.2%) que en el resto del estado, donde predominó ampliamente la atención de urgencias no calificadas. Este comportamiento puede reflejar diferencias en el perfil de demanda, en la capacidad resolutoria de las unidades y en los criterios de clasificación o uso de los servicios de urgencias, pero en cualquier caso sugiere una presión significativa sobre la red hospitalaria por demanda de baja y mediana complejidad que no siempre requiere resolución hospitalaria plena.

La productividad obstétrica también muestra un peso importante dentro de la actividad hospitalaria. En 2025 se registraron 20,694 nacimientos en la red analizada. De ellos, 10,453 fueron resueltos por cesárea (50.5%), 10,130 correspondieron a parto eutócico (49.0%), 96 a parto distócico y 15 a otras resoluciones. La mayor parte de esta productividad se concentró en las jurisdicciones de Durango y Gómez Palacio, que en conjunto reunieron 96.7% de los nacimientos registrados. La Jurisdicción No. 1 concentró 13,030 nacimientos (63.0% del total) y la No. 2 6,976 (33.7%), mientras que Santiago Papasquiaro y Rodeo registraron 469 y 219, respectivamente. Llama la atención que la cesárea superó ligeramente al parto eutócico en el total estatal, con una mayor proporción en la Jurisdicción de Gómez Palacio (54.6% de cesáreas) y en la

Jurisdicción de Durango (49.0%). Este comportamiento sugiere una actividad obstétrica altamente concentrada en los polos de mayor resolución y refuerza el papel de los hospitales generales como centros de atención materna y perinatal de referencia.

El desempeño hospitalario puede observarse con mayor precisión a partir de los egresos, los días estancia y el uso de las camas. Para el análisis comparativo de desempeño se excluye al Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Vallebuena”, dado que su perfil asistencial presenta patrones de estancia y rotación no homologables con los hospitales generales e integrales. Bajo este criterio, durante 2025 la red hospitalaria analizada registró 27,297 egresos, 111,599 días estancia y operó con 586 camas censables funcionales, con una estancia media global de 4.1 días, una ocupación hospitalaria de 52.2%, un índice de rotación de 46.6 egresos por cama y un intervalo de sustitución de 3.7 días. Sin embargo, estos promedios esconden una marcada heterogeneidad entre unidades.

Tabla 15. Indicadores de productividad y desempeño hospitalario por unidad, 2025

Unidad hospitalaria	Egresos	Días estancia	Camas censables funcionales	Estancia media (días)	Ocupación (%)	Índice de rotación	Intervalo de sustitución (días)
Hospital General de Durango	10,419	31,154	120	2.99	71.1	86.83	1.21
Hospital General 450	5,319	49,857	126	9.37	108.4	42.21	-0.73
Hospital Nuevo Gómez Palacio	3,685	10,401	82	2.82	34.8	44.94	5.30
Hospital General Lerdo	2,421	8,120	38	3.35	58.5	63.71	2.38
Hospital Integral de Canatlán	1,286	1,338	10	1.04	36.7	128.60	1.80
Hospital General Santiago Papasquiaro	1,060	2,202	30	2.08	20.1	35.33	8.25
Centro Estatal de Cancerología	886	6,341	30	7.16	57.9	29.53	7.16
Hospital General de Santa María del Oro	614	1,332	29	2.17	12.6	21.17	15.07
Hospital General de Cuencamé	564	1,291	26	2.29	13.6	21.69	13.96

Unidad hospitalaria	Egresos	Días estancia	Camas censables funcionales	Estancia media (días)	Ocupación (%)	Índice de rotación	Intervalo de sustitución (días)
Hospital Integral de La Guajolota	388	945	12	2.44	21.6	32.33	9.80
Hospital Integral del Salto	229	478	12	2.09	10.9	19.08	17.81
Hospital Integral del Mezquital	181	533	12	2.94	12.2	15.08	21.70
Hospital Integral de Huazamota	135	487	7	3.61	19.1	19.29	17.81
Hospital Integral de Tamazula	78	128	20	1.64	1.8	3.90	92.13
Hospital Integral del Durazno	10	22	6	2.20	1.0	1.67	217.80
Hospital Integral de Súchil	9	23	7	2.56	0.9	1.29	281.67
Hospital Integral de Francisco I. Madero	2	3	4	1.50	0.2	0.50	728.25
Hospital Integral de Nuevo Ideal	1	1	4	1.00	0.1	0.25	1,459.00
Hospital Integral de la Comunidad de Las Nieves	1	1	7	1.00	0.0	0.14	2,550.00
Total estatal	27,297	111,599	584	4.09	52.4	46.74	3.72

Nota: Para el análisis comparativo se excluyó el Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Vallebuena”, dado que presenta patrones de estancia y egreso no homologables con los hospitales generales e integrales. Las camas censables funcionales fueron ajustadas con validación del área responsable de estadística hospitalaria.

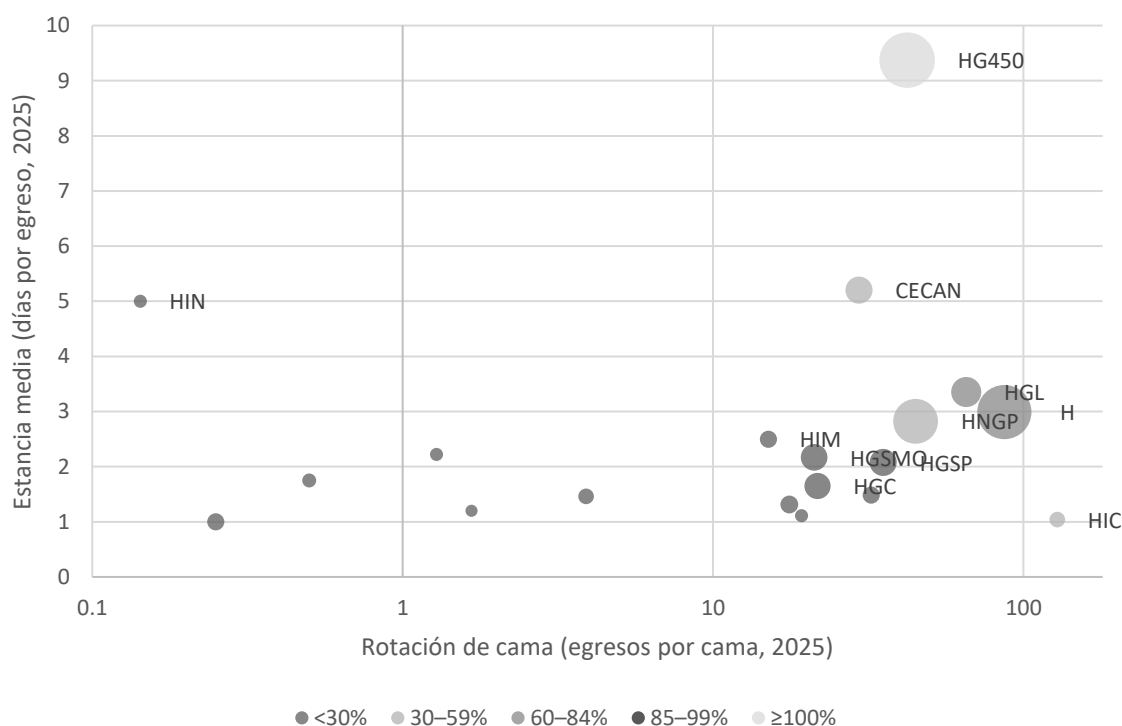
Fuente: Elaboración propia con información del SAEH y SINERHIAS, con corte al 31 de diciembre de 2025.

La heterogeneidad del desempeño hospitalario también puede observarse de manera integrada al analizar simultáneamente la **rotación de cama**, la **estancia media** y la **ocupación hospitalaria** por unidad. Esta lectura permite distinguir hospitales con alto flujo de egresos, unidades con presión asistencial asociada a estancias prolongadas y establecimientos con baja utilización relativa de camas, particularmente entre algunos hospitales integrales.

En la gráfica, el **eje horizontal** representa la **rotación de cama** (egresos por cama en 2025), por lo que los puntos más a la derecha corresponden a unidades con mayor flujo de pacientes por cama. El **eje vertical** muestra la **estancia media** (días por egreso), de manera que los puntos más altos indican unidades donde, en promedio, los pacientes permanecen hospitalizados más tiempo. El **tamaño de**

la burbuja corresponde al número de **camas censables funcionales**, mientras que el **color** identifica el nivel de **ocupación hospitalaria**. En conjunto, esta lectura permite distinguir unidades con alto flujo, hospitales con mayor presión asociada a estancias prolongadas y establecimientos con utilización hospitalaria limitada.

Gráfica 12. Uso hospitalario 2025: rotación, estancia y ocupación por unidad



Nota: El eje X muestra la rotación de cama; el eje Y, la estancia media; el tamaño de la burbuja corresponde al número de camas censables funcionales; y el color indica el nivel de ocupación hospitalaria.

Fuente: Elaboración propia con información del SAEH y SINERHIAS, con corte al 31 de diciembre de 2025.

El Hospital General de Durango concentró 10,419 egresos (38.2% del total analizado) y 31,154 días estancia (27.9%), con una ocupación de 71.1%, una estancia media de 2.99 días y una rotación de 86.8 egresos por cama. Este perfil lo ubica como una unidad de alto flujo, con gran capacidad de producción hospitalaria y alta circulación de pacientes. En contraste, el Hospital General 450 registró 5,319 egresos (19.5%) pero acumuló 49,857 días estancia (44.7% del total), con una ocupación de 108.4%, una estancia media de 9.37 días, una rotación de 42.2 y un intervalo de sustitución negativo (-0.73 días). Esta combinación expresa una presión asistencial crítica: el hospital no sólo atiende un volumen importante de egresos, sino que además sostiene estancias prolongadas y opera por arriba de

la capacidad teórica de sus camas censables, lo que confirma la utilización de recursos no censables y la saturación persistente de la unidad.

En la región Laguna, el Hospital Nuevo Gómez Palacio registró 3,685 egresos y 10,401 días estancia, con una ocupación de 34.8%, una estancia media de 2.82 días y una rotación de 44.9; el Hospital General de Lerdo alcanzó 2,421 egresos, 8,120 días estancia y una ocupación de 60.1%. En la Jurisdicción de Santiago Papasquiaro, el Hospital General Santiago Papasquiaro reportó 1,060 egresos, 2,202 días estancia y una ocupación de 20.1%. En la Jurisdicción de Rodeo, el Hospital General de Santa María del Oro registró 614 egresos, 1,332 días estancia y una ocupación de 12.6%. Estos datos muestran que la productividad hospitalaria fuera de los polos principales es considerablemente menor, tanto en volumen como en intensidad de uso, y que la presión de la demanda no se distribuye homogéneamente en la red.

Dentro de los hospitales integrales se observan patrones aún más contrastantes. Algunas unidades mantienen una actividad relevante, como el Hospital Integral de Canatlán, con 1,286 egresos, una rotación muy alta (128.6 egresos por cama) y una estancia media de 1.04 días, lo que sugiere un flujo rápido de pacientes y una dinámica de corta estancia. Otras unidades, en cambio, muestran volúmenes significativamente menores, como el Hospital Integral de La Guajolota (388 egresos), el Hospital Integral del Salto (229), el Hospital Integral del Mezquital (181) o el Hospital Integral de Huazamota (135). En el extremo inferior se ubican unidades como el Hospital Integral de Tamazula (78 egresos) y el Hospital Integral del Durazno (10 egresos), cuyos niveles de utilización son muy reducidos. Esto confirma que los hospitales integrales representan un conjunto de unidades con perfiles resolutivos muy dispares, desde establecimientos con actividad hospitalaria significativa hasta otros que operan más cerca de la estabilización básica y la referencia que de la hospitalización resolutiva plena.

La actividad quirúrgica refuerza esta lectura. Durante 2025 se registraron 15,652 procedimientos quirúrgicos, de los cuales 11,769 (75.2%) se realizaron en la Jurisdicción No. 1 – Durango, 3,137 (20.0%) en la No. 2 – Gómez Palacio, 607 (3.9%) en la No. 3 – Santiago Papasquiaro y 139 (0.9%) en la No. 4 – Rodeo. La mayor

productividad se concentró en el Hospital General de Durango, con 6,868 procedimientos, seguido por el Hospital General 450, con 4,449; el Hospital Nuevo Gómez Palacio, con 1,888; y el Hospital General de Lerdo, con 1,004. Fuera de estas unidades, la actividad quirúrgica disminuye de manera importante, lo que confirma que la capacidad quirúrgica efectiva del sistema se concentra en pocos hospitales generales y de referencia.

La continuidad de la atención quirúrgica, por su parte, muestra signos de tensión. En 2025, el diferimiento quirúrgico promedio estatal fue de 10.51%. La Jurisdicción No. 2 – Gómez Palacio presentó el valor más alto, con 19.19%, seguida por la Jurisdicción No. 1 – Durango, con 11.48%; la Jurisdicción No. 4 – Rodeo registró 0.83%, mientras que la Jurisdicción No. 3 – Santiago Papasquiaro no reportó diferimiento durante el año. Este patrón indica que la mayor presión sobre la continuidad quirúrgica se concentra precisamente en los territorios donde también se ubican los principales hospitales generales y la mayor carga asistencial. En este contexto, el diferimiento no debe interpretarse únicamente como un asunto administrativo, sino como un indicador indirecto de saturación operativa, competencia por recursos y necesidad de fortalecer la programación y la capacidad de respuesta de la red hospitalaria.

La productividad y el desempeño de los servicios en Durango muestran una red **activa, pero estructuralmente desigual en su capacidad resolutive**. El primer nivel sostiene un volumen importante de consultas y sigue siendo el principal punto de contacto con la población; sin embargo, la consulta especializada, la atención de urgencias, la hospitalización, la actividad obstétrica y la cirugía se concentran de manera marcada en las jurisdicciones de Durango y Gómez Palacio. Al mismo tiempo, los indicadores hospitalarios muestran que el promedio estatal oculta realidades muy distintas: mientras algunas unidades operan con alta presión, estancias prolongadas e incluso sobreocupación, otras mantienen volúmenes bajos y una utilización limitada de su capacidad instalada. En términos de gestión, este patrón confirma que el reto no es únicamente producir más servicios, sino **redistribuir mejor la carga asistencial, fortalecer la resolutive de las unidades periféricas y reducir la dependencia funcional respecto de unos**

cuantos hospitales de referencia, sobre los cuales recae actualmente la mayor presión del sistema.

6.6. Calidad, seguridad del paciente y retos operativos

La calidad y la seguridad del paciente no dependen únicamente del cumplimiento técnico del acto clínico, sino también de la capacidad del sistema para ofrecer atención oportuna, continua, aceptable y operativamente confiable. En una entidad como Durango, estas dimensiones deben interpretarse en el contexto de una red con fuerte concentración de capacidad resolutive, dispersión territorial y presión asistencial diferenciada entre jurisdicciones y unidades.

Desde la perspectiva de la experiencia de la población, la **ENIGH 2024** aporta señales indirectas relevantes. Entre las personas que no recibieron atención médica pese a haber presentado un problema de salud, destacan motivos como “unidad médica cerrada”, “no había médico”, “cita hasta mucho tiempo después” o “dijeron que no era necesario”, los cuales sugieren tensiones en continuidad operativa, disponibilidad de recursos y percepción de pertinencia del servicio. De forma complementaria, los tiempos institucionales de espera muestran diferencias entre jurisdicciones y refuerzan la idea de que la calidad de la atención está estrechamente ligada a la oportunidad real del servicio, particularmente en consulta externa y urgencias.

Los tiempos de espera constituyen otra aproximación relevante a la oportunidad de la atención. En 2025, los registros institucionales reportaron un **tiempo promedio estatal de espera de 12.94 minutos en consulta externa y 12.91 minutos en urgencias**. No obstante, la distribución por jurisdicción muestra diferencias importantes. En consulta externa, la **Jurisdicción Sanitaria No. 4 – Rodeo** presentó el mayor tiempo promedio (**19.35 minutos**), seguida por **Gómez Palacio (13.92 minutos)**, **Durango (12.57)** y **Santiago Papasquiaro (11.52)**. En urgencias, la mayor espera se observó en **Santiago Papasquiaro (20.60 minutos)** y **Gómez Palacio (17.58 minutos)**, en contraste con **Durango (8.24)** y **Rodeo (10.17)**. Si bien estos tiempos no son, por sí mismos, evidencia de falla crítica, sí muestran que la

oportunidad del servicio es desigual y que ciertas jurisdicciones enfrentan mayores tensiones operativas en momentos específicos de la atención.

Una señal más contundente de presión sobre la seguridad y continuidad hospitalaria es la permanencia prolongada en urgencias. Durante 2025 se registraron **145,344 atenciones de urgencias**, de las cuales **3,318** permanecieron **más de 12 horas**, lo que equivale a **2.3%** del total. Aunque esta proporción no es mayoritaria, sí constituye una alerta operativa relevante, ya que la estancia prolongada en urgencias suele asociarse con saturación hospitalaria, retraso en el ingreso a cama censable, mayor presión sobre el personal y menor capacidad de respuesta para nuevos casos. En una red donde algunos hospitales generales operan con alta demanda y presión sostenida, este comportamiento debe interpretarse como una señal de tensión en la articulación entre urgencias, hospitalización y disponibilidad real de camas.

La seguridad del paciente también puede observarse mediante indicadores específicos de infección asociada a la atención. De acuerdo con el sistema INDICAS, la **tasa estatal promedio de infecciones nosocomiales** en 2025 fue de **2.01**. A nivel jurisdiccional, el valor más alto se observó en la **Jurisdicción Sanitaria No. 1 – Durango**, con **2.69**, mientras que la **Jurisdicción No. 2 – Gómez Palacio** registró **0.33** y la **Jurisdicción No. 4 – Rodeo** no presentó eventos en el periodo reportado. A nivel de unidad, destaca el **Hospital General 450**, con una tasa promedio de **4.96**, la más alta de las unidades reportadas, seguido por el **Hospital Integral de Tamazula (1.53)** y el **Hospital General de Durango (1.20)**. Otras unidades registraron valores bajos o nulos, como el **Centro Estatal de Cancerología (0.12)**, el **Hospital Nuevo Gómez Palacio (0.47)**, el **Hospital General de Cuencamé (0.40)** y varios hospitales integrales sin registro de eventos durante el año. Aunque la interpretación de este indicador requiere prudencia, ya que también depende de la calidad del registro y del perfil de pacientes atendidos, los resultados sugieren que la presión asistencial y la complejidad clínica de las unidades de referencia pueden incrementar la exposición a riesgos asociados a la atención hospitalaria.

Desde la perspectiva de la calidad percibida, los resultados de **SESTAD** muestran un desempeño global favorable, aunque con diferencias internas. El **promedio**

estatal de satisfacción, trato adecuado y digno fue de 91.4%. Por jurisdicción, los mejores resultados se observaron en Durango (92.2%) y Gómez Palacio (92.0%), seguidos por Santiago Papasquiaro (90.9%); en contraste, Rodeo presentó el promedio más bajo, con 85.4%. Este comportamiento sugiere que, aun cuando el desempeño general es alto, existen territorios donde la experiencia del usuario es menos favorable. La brecha resulta particularmente visible en algunos componentes específicos, sobre todo en hospitalización y urgencias, donde las diferencias entre jurisdicciones parecen más marcadas. En términos diagnósticos, esto confirma que la calidad percibida no es homogénea y que su mejora requiere tanto fortalecimiento técnico como atención a factores organizacionales y de trato.

Tabla 16. Indicadores de calidad, seguridad del paciente y operación de servicios por jurisdicción sanitaria, 2025

Jurisdicción sanitaria	Satisfacción, trato adecuado y digno (% promedio global)	Tasa de infecciones nosocomiales	Surtimiento completo de medicamentos (%)	Espera en consulta externa (min)	Espera en urgencias (min)
Jurisdicción Sanitaria 1	92.2	2.69	71.27	12.57	8.24
Jurisdicción Sanitaria 2	92.0	0.33	63.17	13.92	17.58
Jurisdicción Sanitaria 3	90.9	NR	71.81	11.52	20.60
Jurisdicción Sanitaria 4	85.4	0.00	85.94	19.35	10.17
Total estatal / promedio estatal	91.4	2.01	69.77	12.94	12.91

Nota: El valor de Total estatal / promedio general corresponde al resultado consolidado obtenido a partir del total de observaciones, registros o encuestas reportadas en el estado, por lo que no necesariamente coincide con el promedio aritmético simple de los valores jurisdiccionales. En el caso de la tasa de infecciones nosocomiales, NR indica que no se contó con información jurisdiccional consolidada para el periodo analizado, mientras que 0.00 corresponde a ausencia de eventos reportados, no necesariamente a ausencia absoluta de riesgo.

Fuente: Elaboración propia con información de INDICAS y SESTAD.

En el primer nivel, uno de los componentes más estrechamente vinculados con la confianza del usuario y la continuidad terapéutica es el **surtimiento completo de medicamentos**. Durante 2025, el promedio estatal de surtimiento fue de

69.77%, lo que indica que aproximadamente **siete de cada diez recetas** o solicitudes se surtieron completamente en las unidades evaluadas. Por jurisdicción, el mejor desempeño promedio se observó en **Rodeo**, con **85.94%**, seguido por **Durango (71.27%)**, **Santiago Papasquiaro (71.81%)** y **Gómez Palacio (63.17%)**. El comportamiento por cuatrimestres, además, sugiere variaciones intraanuales importantes, particularmente en las jurisdicciones de Santiago Papasquiaro y Gómez Palacio. Aunque este indicador se limita al primer nivel, resulta fundamental para la calidad y continuidad de la atención, ya que el desabasto parcial o la variabilidad en surtimiento pueden afectar la adherencia terapéutica, la percepción de efectividad del servicio y la resolución de problemas de salud controlables a nivel ambulatorio.

Los retos operativos de la red también se reflejan en la disponibilidad de equipamiento médico estratégico. De acuerdo con el registro del equipo médico de alta tecnología (**EMAT**), en 2025 se identificaron equipos de alta tecnología fuera de servicio en unidades clave de la red. En el **Hospital General 450** se reportaron fuera de funcionamiento un **tomógrafo de 64 cortes**, una **resonancia magnética de 1.5 teslas** y un **litotriptor electroconductor**. En el **Hospital General de Durango** se registraron fuera de servicio un **tomógrafo de 32 cortes**, una **resonancia magnética abierta** y varios equipos de mastografía. El **Hospital General Lerdo** presentó fuera de servicio un **tomógrafo de 16 cortes** y un **mastógrafo**, mientras que el **Hospital Nuevo Gómez Palacio** reportó fuera de servicio una **resonancia magnética de 1.5 teslas** y un tomógrafo. También se identificaron equipos inhabilitados en el **Centro Estatal de Cancerología** y en la **UNEME DEDICAM de Gómez Palacio**. La presencia de estos equipos fuera de servicio no sólo afecta la productividad diagnóstica o terapéutica, sino que puede traducirse en diferimientos, traslados adicionales, presión sobre otras unidades y menor oportunidad de resolución.

A estos elementos se suman los hallazgos ya descritos en otros apartados del capítulo: la sobreocupación del **Hospital General 450**, el diferimiento quirúrgico en las jurisdicciones con mayor carga asistencial, la concentración de especialistas y la capacidad resolutiva heterogénea de los hospitales integrales. En conjunto, estos factores configuran un escenario donde la calidad y la

seguridad del paciente no dependen exclusivamente del desempeño clínico individual, sino de la articulación de múltiples componentes: disponibilidad de personal, suficiencia de insumos, funcionalidad del equipamiento, oportunidad de la atención, continuidad de la referencia y capacidad real de hospitalización.

En síntesis, la información disponible muestra que Servicios de Salud de Durango sostienen niveles generalmente favorables de satisfacción percibida y cuentan con mecanismos institucionales de evaluación de calidad y seguridad; sin embargo, persisten señales claras de presión operativa y áreas de mejora. La permanencia prolongada en urgencias, la variabilidad del surtimiento de medicamentos, la existencia de equipos estratégicos fuera de servicio, la concentración de eventos infecciosos en unidades de referencia y las diferencias territoriales en satisfacción del usuario indican que la calidad y la seguridad deben entenderse como procesos dinámicos, condicionados por la capacidad operativa real de la red. Desde la perspectiva diagnóstica, el reto no es sólo mantener la prestación del servicio, sino fortalecer la confiabilidad del sistema, reducir riesgos evitables y consolidar condiciones operativas más homogéneas para que la calidad de la atención no dependa de manera tan marcada del territorio o del nivel de presión asistencial de cada unidad.

6.7. Mensajes clave del capítulo

El análisis del sistema de salud en Durango muestra que la entidad cuenta con una **red amplia y territorialmente extendida**, integrada por unidades de primer nivel, hospitales generales, hospitales integrales, unidades móviles y servicios especializados; sin embargo, la capacidad resolutive efectiva de esta red no se distribuye de manera homogénea. La infraestructura, el equipamiento, el recurso humano especializado y la actividad hospitalaria se concentran principalmente en las jurisdicciones de **Durango y Gómez Palacio**, lo que configura una estructura funcional en la que pocos nodos absorben la mayor parte de la demanda compleja.

El **primer nivel de atención** mantiene un papel central como puerta de entrada al sistema, principal espacio de consulta y seguimiento, y primer filtro para la

referencia de pacientes. No obstante, su capacidad de respuesta varía según el territorio. En las jurisdicciones con mayor dispersión geográfica, el primer nivel sostiene una parte importante del contacto cotidiano con la población, pero enfrenta limitaciones asociadas a distancia, disponibilidad de personal y menor acceso a servicios diagnósticos y hospitalarios de apoyo.

La **infraestructura hospitalaria** presenta una doble realidad. Por un lado, existen hospitales generales de referencia con alta concentración de camas, especialistas, quirófanos y áreas críticas, que sostienen la mayor parte de la hospitalización, la cirugía y la atención de urgencias complejas. Por otro, persiste una red de hospitales integrales con capacidad resolutive heterogénea, en la que algunas unidades mantienen actividad hospitalaria relevante, mientras otras operan con bajo volumen de egresos, escasa especialización y función predominantemente de estabilización y referencia.

En materia de **recursos humanos**, la entidad dispone de una base amplia de personal médico, de enfermería y de apoyo, así como de una capacidad importante de formación de especialistas dentro del propio estado. Sin embargo, esta fortaleza convive con una distribución territorial desigual. La mayor parte de los especialistas, así como los perfiles de mayor complejidad, se concentran en Durango y Gómez Palacio, mientras que las jurisdicciones de Santiago Papasquiaro y Rodeo presentan una disponibilidad mucho más limitada. Esta concentración incrementa la dependencia funcional respecto de los hospitales de referencia y amplía las brechas territoriales en el acceso efectivo a atención especializada.

La **cobertura declarada** de atención en salud es alta, de acuerdo con la ENIGH 2024; sin embargo, el reto principal no parece radicar en la ausencia absoluta de contacto con los servicios, sino en la **oportunidad**, la **continuidad** y la **resolutividad** de la atención. Los tiempos de espera, la diferencia entre referencia y contrarreferencia, el diferimiento quirúrgico y la permanencia prolongada en urgencias muestran que la red enfrenta tensiones operativas que afectan la continuidad del cuidado y la experiencia del usuario.

La **productividad de los servicios** confirma una red activa, pero también profundamente desigual en su intensidad de uso. El primer nivel sostiene un volumen importante de consultas; la consulta especializada, las urgencias, la hospitalización, la actividad obstétrica y la cirugía se concentran en pocos hospitales generales. En particular, el **Hospital General de Durango** y el **Hospital General 450** destacan como los principales nodos de producción hospitalaria y resolución de casos complejos, aunque con perfiles distintos: uno con alto flujo de egresos y otro con fuerte presión derivada de estancias más prolongadas y sobreocupación.

En cuanto a **calidad, seguridad del paciente y operación de los servicios**, la información disponible muestra resultados favorables en satisfacción y trato en términos generales, pero también revela retos importantes. La tasa de infecciones nosocomiales en unidades de referencia, la variabilidad del surtimiento completo de medicamentos en primer nivel, la existencia de equipos médicos estratégicos fuera de servicio y la saturación operativa en ciertas unidades indican que la calidad de la atención depende estrechamente de la capacidad funcional real de la red, y no sólo de su existencia nominal.

En conjunto, el capítulo muestra que el desafío principal del sistema de salud en Durango no consiste únicamente en ampliar infraestructura o aumentar personal, sino en **fortalecer la capacidad resolutive efectiva, reducir desigualdades territoriales, mejorar la continuidad de la atención y disminuir la presión que actualmente recae sobre los hospitales de referencia**. Para ello, será indispensable consolidar un primer nivel más resolutivo, reforzar la operación de las unidades periféricas, mejorar la referencia y contrarreferencia, mantener funcional el equipamiento estratégico y asegurar condiciones más homogéneas de calidad y seguridad en toda la red.

7. Desigualdades y poblaciones prioritarias

El análisis de la situación de salud en Durango no se limita a identificar los principales daños, enfermedades o limitaciones operativas del sistema, sino que exige reconocer cómo estos problemas se distribuyen de manera desigual entre territorios, grupos de población y contextos sociales. En este sentido, las desigualdades en salud no sólo se expresan en diferencias de morbilidad o mortalidad, sino también en desventajas acumuladas en la exposición al riesgo, en la oportunidad del diagnóstico, en la continuidad del cuidado y en la capacidad real de acceder a servicios resolutivos.

A partir de los hallazgos de los capítulos previos, Durango muestra un patrón de desigualdad con dos rasgos dominantes. Por un lado, existe una fuerte concentración del daño, de la demanda y de la capacidad resolutiva en los principales polos urbanos del estado. Por otro, persisten territorios con alta dispersión poblacional, marginación, barreras geográficas y menor densidad de recursos, donde la vulnerabilidad sanitaria se expresa no necesariamente en el mayor número absoluto de casos, sino en una mayor probabilidad de atención tardía, continuidad insuficiente del seguimiento, complicaciones evitables o dependencia de traslados prolongados. Bajo esta lógica, el presente capítulo no introduce problemas nuevos, sino que organiza estratégicamente las brechas ya identificadas para reconocer dónde, en quiénes y bajo qué condiciones se concentran las mayores desventajas, así como sus implicaciones para la focalización de la acción pública.

7.1. Configuración territorial de las desigualdades en salud y acceso

La desigualdad territorial en Durango responde a la interacción entre concentración poblacional, estructura de la red de servicios, accesibilidad física y condiciones socioeconómicas. En términos operativos, el estado presenta una organización fuertemente polarizada: los municipios de **Durango** y **Gómez Palacio** concentran una parte sustantiva de la infraestructura hospitalaria, de los recursos humanos especializados, de la atención obstétrica y neonatal, de la

demanda de urgencias, de la consulta especializada y de la resolución de casos complejos. Esta concentración no constituye, por sí misma, una debilidad; en buena medida responde a la lógica esperada de centralización de los servicios de mayor complejidad. Sin embargo, sí implica que una parte importante de la respuesta estatal depende funcionalmente de pocas unidades, lo que incrementa la presión asistencial, la saturación relativa y el riesgo de diferimiento en servicios de alta demanda.

En contraste, una parte importante del territorio estatal opera bajo una lógica distinta. La dispersión de localidades, la ruralidad y las barreras geográficas condicionan el acceso efectivo a los servicios, particularmente en municipios de la sierra, las quebradas y las zonas de alta y muy alta marginación. En estos contextos, la desigualdad no se expresa sólo como menor disponibilidad de servicios, sino como mayor dificultad para llegar a tiempo, menor continuidad del seguimiento y mayor dependencia de unidades móviles, ambulancias, rutas de referencia y traslados obstétricos o de urgencia. Por ello, el problema territorial en Durango no debe interpretarse únicamente en términos de cobertura nominal, sino de accesibilidad real y capacidad resolutive efectiva.

Esta diferencia entre polos urbanos resolutivos y territorios dispersos también condiciona la lectura epidemiológica. Mientras que en **Durango y Gómez Palacio** se concentra una parte importante de la mortalidad, de las lesiones, de los suicidios, de la atención neonatal y de la captación de padecimientos como tuberculosis o VIH, en municipios como **Mezquital, Tamazula, Canelas, Otáez, Topia, San Dimas** y, en parte, **Pueblo Nuevo**, la prioridad no deriva tanto del volumen absoluto de casos, sino de la acumulación de factores adversos: alta marginación, mayores tiempos efectivos de traslado, menor cercanía a servicios resolutivos, población rural dispersa y contextos sociales que favorecen la atención tardía. En consecuencia, las desigualdades territoriales del estado obligan a distinguir entre territorios de alta concentración de daño y territorios de alta vulnerabilidad estructural, ya que ambos requieren atención prioritaria, aunque por razones distintas.

7.2. Brechas por curso de vida y sexo

Las desigualdades en salud también se distribuyen de manera diferenciada a lo largo del curso de vida y entre mujeres y hombres. Esta lectura es fundamental porque permite reconocer que el riesgo no se concentra de forma homogénea y que la vulnerabilidad cambia según la etapa vital, el tipo de daño y las condiciones sociales asociadas.

En la **primera infancia**, las principales desventajas se relacionan con la persistencia de morbilidad respiratoria y gastrointestinal, la carga de urgencias y hospitalización, las alteraciones nutricionales y la necesidad de sostener intervenciones preventivas continuas como vacunación, lactancia y educación a madres y cuidadores. En este grupo, la desigualdad no sólo se expresa como enfermedad, sino como fragilidad biológica y alta sensibilidad frente a fallas en la oportunidad de atención. Cuando la prevención, la vacunación, la alimentación adecuada o la detección temprana se interrumpen, el impacto clínico tiende a ser más rápido y más severo.

En la **adolescencia**, la desigualdad adquiere un perfil distinto. En las mujeres se manifiesta con claridad en el embarazo temprano y en la concentración territorial de este fenómeno en municipios específicos. En ambos sexos, esta etapa concentra además vulnerabilidad creciente en salud mental, ideación suicida, autolesión y exposición a conductas de riesgo. Se trata de un grupo en el que los problemas no siempre se expresan inicialmente como enfermedad consolidada, sino como trayectorias de riesgo que, sin detección oportuna, pueden evolucionar hacia daño mayor en el corto y mediano plazo.

En las **mujeres en edad reproductiva**, las brechas se observan en la captación tardía del control prenatal, en la detección insuficientemente oportuna del embarazo de alto riesgo, en la persistencia del embarazo adolescente y en la necesidad de sostener una red funcional de referencia, estabilización y traslado obstétrico. Cuando estas condiciones se combinan con dispersión geográfica, rezago social o dificultades de acceso, la desigualdad deja de ser sólo una diferencia en cobertura y se convierte en una mayor probabilidad de complicación, emergencia o muerte materna.

En la **población adulta**, particularmente entre los **20 y 59 años**, las desventajas se relacionan con la coexistencia de enfermedades crónicas no transmisibles, exposición a factores de riesgo conductuales, lesiones, violencia, consumo de alcohol y otras sustancias, así como una creciente carga de malestar emocional y problemas de salud mental. En este grupo se concentra una parte importante del impacto productivo y social de la enfermedad, por lo que las brechas no sólo afectan la salud individual, sino también la funcionalidad familiar, laboral y comunitaria.

En las **personas mayores**, la desigualdad se asocia principalmente con la acumulación de morbilidad crónica, el mayor riesgo de complicaciones, la dependencia de servicios continuos y la necesidad de atención más integral y coordinada. En este grupo, la vulnerabilidad no proviene únicamente de la edad, sino de la interacción entre multimorbilidad, seguimiento prolongado, capacidad funcional y acceso efectivo a servicios resolutivos.

Desde la perspectiva de sexo, también se observan diferencias consistentes. Los **hombres** concentran mayor mortalidad por suicidio, mayor carga de violencia no familiar, mayor involucramiento en lesiones asociadas al tránsito y mayor prevalencia de consumo de alcohol y otras sustancias. Las **mujeres**, en cambio, concentran mayor carga de violencia familiar, una parte importante del malestar emocional persistente y las vulnerabilidades específicas del embarazo, parto y puerperio. Estas diferencias confirman que la focalización no debe construirse únicamente por edad o territorio, sino también reconociendo patrones diferenciados de riesgo y desenlace entre mujeres y hombres.

7.3. Grupos en situación de vulnerabilidad

Además de las diferencias territoriales y etarias, existen grupos y contextos en los que las desventajas se acumulan de manera más intensa y donde la respuesta del sistema requiere mayor especificidad. En Durango, uno de los principales contextos de especial vulnerabilidad es el de la población rural dispersa asentada en municipios con alta marginación y difícil acceso. En estos territorios, el riesgo sanitario se incrementa no sólo por la exposición a condiciones adversas, sino por

la dificultad para sostener seguimiento, realizar traslados oportunos y acceder a servicios especializados cuando éstos se requirieren.

En este mismo ámbito deben considerarse de manera particular las **poblaciones indígenas** y aquellas con barreras culturales o lingüísticas, especialmente en municipios como **Mezquital**. En estos contextos, la desigualdad no depende sólo de la distancia o de la marginación, sino también de la relación entre las comunidades y el sistema de salud, de la necesidad de mediación intercultural y del riesgo de que los problemas se detecten tarde o no se traduzcan oportunamente en atención efectiva.

Otro grupo especialmente vulnerable es el de las **mujeres embarazadas en territorios de difícil acceso**, particularmente cuando se combinan captación prenatal tardía, embarazo adolescente, alto riesgo obstétrico y necesidad de traslado. En estas condiciones, el embarazo no sólo representa un evento biológico, sino un momento de alta exposición a desigualdades acumuladas del territorio, del ingreso, del acceso y de la capacidad institucional de respuesta.

También constituyen un grupo prioritario las **niñas y niños menores de cinco años**, sobre todo en contextos donde convergen riesgo infeccioso, desnutrición, dificultades para completar esquemas preventivos y barreras para atención oportuna. En este grupo, la vulnerabilidad es acumulativa: pequeñas fallas en prevención, seguimiento o acceso pueden traducirse rápidamente en enfermedad aguda, urgencias, hospitalización o desenlaces fatales evitables.

De igual forma, deben considerarse prioritarias las personas con **enfermedades crónicas no transmisibles mal controladas**, especialmente cuando residen en municipios con menor capacidad resolutive o con mayores barreras geográficas. En estos casos, la desigualdad se expresa como mayor probabilidad de llegar al segundo nivel con complicaciones avanzadas, menor continuidad terapéutica y mayor costo clínico y financiero de la atención.

Finalmente, la población con **malestar emocional, conducta suicida o consumo problemático de sustancias** constituye otro contexto de especial vulnerabilidad, particularmente en adolescentes, jóvenes y hombres en edad productiva. Aquí la desventaja no depende sólo de la existencia del problema, sino de la brecha entre

necesidad y atención, del estigma, de la baja búsqueda de ayuda y de la tendencia a que el daño se exprese tardíamente en crisis, autolesión, violencia o muerte prematura.

7.4. Implicaciones para planeación y focalización

La principal utilidad de este capítulo no radica en reiterar problemas ya descritos, sino en ordenar la evidencia para orientar la focalización. Los hallazgos muestran que en Durango la prioridad no debe definirse únicamente por la magnitud absoluta del daño, sino por la combinación entre **carga epidemiológica, vulnerabilidad social, barreras territoriales y capacidad resolutiva disponible**. Esta lógica implica que la planeación debe abandonar respuestas homogéneas y avanzar hacia estrategias diferenciadas según territorio, grupo poblacional y tipo de riesgo.

En términos territoriales, ello supone distinguir al menos tres tipos de prioridad. La primera corresponde a los **polos de alta concentración de daño y demanda**, como **Durango y Gómez Palacio**, donde el reto principal es despresurizar, reorganizar y sostener la capacidad resolutiva de nodos que concentran casos complejos, nacimientos, urgencias, lesiones y atención especializada. La segunda corresponde a los **territorios de alta vulnerabilidad estructural**, como **Mezquital** y diversos municipios serranos de difícil acceso, donde el problema central es cerrar brechas de oportunidad, seguimiento y traslado. La tercera corresponde a los **nodos intermedios o regionales**, cuyo fortalecimiento puede ayudar a desconcentrar la presión sobre los polos principales y mejorar la respuesta regional.

En términos poblacionales, la focalización debe priorizar, al menos, a cuatro grupos: **niñas y niños menores de cinco años**, por su alta sensibilidad frente a fallas preventivas y de atención oportuna; **adolescentes**, por la convergencia entre embarazo temprano, salud mental y conductas de riesgo; **mujeres en edad reproductiva**, especialmente en territorios de difícil acceso; y **personas adultas y mayores con enfermedades crónicas**, particularmente cuando viven en contextos con menor capacidad de seguimiento continuo y menor resolutividad

clínica. De manera transversal, también deben priorizarse los hombres jóvenes y adultos jóvenes por su mayor concentración de suicidio, lesiones, violencia y consumo de alcohol y otras sustancias.

Desde una perspectiva operativa, la focalización implica combinar estrategias distintas según el tipo de desigualdad. En unos casos será necesario fortalecer la **capacidad resolutive**; en otros, mejorar la **detección temprana**; en otros más, asegurar la **continuidad del seguimiento**, la **referencia oportuna**, la **mediación intercultural** o la **presencia activa del sistema** mediante brigadas, unidades móviles, enlaces o redes comunitarias. Por ello, la desigualdad en salud no debe entenderse sólo como un hallazgo descriptivo, sino como un criterio organizador de la acción pública.

El análisis de desigualdades y poblaciones prioritarias confirma que los problemas de salud en Durango no se distribuyen al azar ni afectan por igual a toda la población. Se concentran en territorios, grupos de edad, sexos y contextos específicos donde confluyen mayor exposición al riesgo, menor capacidad de protección y mayores barreras para recibir atención oportuna y resolutive. Esta lectura permite pasar de la descripción de daños y capacidades a una interpretación estratégica de las desventajas acumuladas, lo que constituye el fundamento inmediato para la integración del capítulo siguiente.

A partir de esta lectura, el siguiente paso no consiste sólo en enumerar problemas, sino en integrarlos estratégicamente para reconocer cuáles concentran mayor magnitud, mayor vulnerabilidad asociada, menor capacidad de respuesta y mayores posibilidades de intervención.

8. Integración estratégica: problemas, FODA y priorización

La información desarrollada en los capítulos previos permite pasar de la descripción de daños, recursos y desigualdades a una lectura de integración estratégica. Este paso es indispensable, porque un diagnóstico de salud no cumple plenamente su función si se limita a enumerar problemas o a mostrar brechas; su utilidad real consiste en traducir la evidencia en una agenda jerarquizada de decisiones, capaz de orientar la planeación, la asignación de recursos y el fortalecimiento de la capacidad institucional.

En Durango, la evidencia reunida muestra que la situación de salud no está determinada por un solo problema ni por una sola limitación del sistema. Se observa, más bien, una combinación de cargas epidemiológicas superpuestas, desigualdades territoriales persistentes, grupos de población con mayor vulnerabilidad acumulada y una red de servicios que, aunque mantiene capacidades relevantes, enfrenta tensiones importantes en oportunidad, continuidad y distribución resolutive. En este contexto, la integración estratégica del diagnóstico requiere identificar no sólo qué problemas existen, sino cuáles deben considerarse prioritarios por su magnitud, gravedad, vulnerabilidad asociada, factibilidad de intervención e impacto potencial sobre la salud de la población.

8.1. Síntesis integradora

La síntesis del diagnóstico estatal permite reconocer cinco patrones principales. El primero es la consolidación de una **carga epidemiológica múltiple y heterogénea**, en la que coexisten enfermedades transmisibles prioritarias, enfermedades crónicas no transmisibles, lesiones y violencias, salud mental y consumo de sustancias, así como retos todavía relevantes en salud materna, perinatal e infantil. Esto implica que Durango no enfrenta una transición lineal desde lo infeccioso hacia lo crónico, sino una superposición de riesgos y daños que demandan respuestas simultáneas y diferenciadas.

El segundo patrón es la persistencia de **problemas altamente sensibles a la oportunidad de la atención**. En salud materna, perinatal e infantil, el principal desafío no es únicamente la magnitud del daño, sino la captación tardía, la detección insuficientemente oportuna del alto riesgo, la necesidad de traslados obstétricos, la concentración de la atención neonatal en pocos nodos resolutivos y la permanencia de hospitalización y urgencias por causas prevenibles en la infancia temprana. Esto significa que una parte importante del riesgo no depende sólo de la existencia de servicios, sino de su capacidad para actuar con anticipación, continuidad y articulación entre niveles.

El tercer patrón es el predominio de **enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones avanzadas** como uno de los principales ejes de presión sobre el sistema. Las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y la insuficiencia renal continúan ocupando lugares centrales en la mortalidad, mientras que la enfermedad renal crónica y otros padecimientos metabólicos generan una importante carga de egresos hospitalarios y complicaciones en etapas avanzadas. Esto indica que el reto estatal no se limita a atender la enfermedad instalada, sino a fortalecer la detección temprana, el control ambulatorio y la continuidad clínica antes de que el daño se traduzca en hospitalización, discapacidad o muerte.

El cuarto patrón es la creciente relevancia de **salud mental, conducta suicida y consumo de sustancias** como eje epidemiológico y operativo. La evidencia disponible muestra una carga amplia de malestar emocional, baja búsqueda de ayuda, incremento sostenido en la demanda de atención en salud mental, concentración de suicidios en hombres jóvenes y adultos jóvenes, y una fuerte transversalidad del alcohol como factor asociado con lesiones, violencia y deterioro funcional. Este conjunto de hallazgos confirma que la salud mental dejó de ser un problema periférico y debe considerarse una prioridad estratégica para la planeación 2026.

El quinto patrón es la persistencia de **desigualdades territoriales y de acceso**. Durango y Gómez Palacio concentran una parte sustantiva de la infraestructura, los recursos humanos especializados, la consulta especializada, las urgencias

hospitalarias, los nacimientos y la atención de casos complejos. En contraste, municipios con dispersión poblacional, marginación y accesibilidad difícil concentran mayores barreras para la prevención, el seguimiento y la referencia oportuna. Esta configuración confirma que la carga del daño y la capacidad de respuesta no coinciden territorialmente y que la planeación no puede formularse con criterios homogéneos para todo el estado.

El análisis integrador muestra que Durango enfrenta problemas de salud de alta magnitud y persistencia, pero también problemas que adquieren severidad por su asociación con desigualdad, oportunidad insuficiente de atención y fragilidad operativa de la red. Esta combinación obliga a priorizar no sólo por volumen, sino por la interacción entre magnitud, vulnerabilidad y capacidad institucional de respuesta.

8.2. Análisis FODA del sector salud

Con base en la evidencia epidemiológica, operativa y territorial desarrollada en el diagnóstico, el análisis FODA permite organizar de forma sintética los elementos internos y externos que condicionan la respuesta del sistema estatal de salud y, en particular, de Servicios de Salud de Durango como operador central de la red pública para población sin seguridad social. Esta herramienta no sustituye el análisis descriptivo previo, sino que lo traduce en términos estratégicos para la toma de decisiones.

Fortalezas

Las fortalezas corresponden a capacidades y condiciones internas del sistema que pueden sostener o potenciar la respuesta sectorial.

- La entidad cuenta con una **red pública de servicios amplia y territorialmente extendida**, con presencia en primer nivel, hospitales generales, hospitales integrales, unidades móviles y unidades especializadas.
- Existen **polos de alta capacidad resolutive** en Durango y Gómez Palacio, donde se concentra infraestructura hospitalaria, consulta especializada, áreas críticas y personal especializado.

- El sector dispone de una **base diagnóstica suficiente** para identificar problemas prioritarios, grupos vulnerables y territorios con mayores brechas, lo que favorece una planeación más focalizada.
- Se mantiene una **capacidad operativa relevante en salud materna, perinatal e infantil**, expresada en control prenatal, referencia obstétrica, atención neonatal, vacunación, vigilancia nutricional y capacitación a madres y cuidadores.
- La red institucional conserva capacidad para sostener **vigilancia epidemiológica**, seguimiento de indicadores y monitoreo de eventos prioritarios de salud pública.

Oportunidades

Las oportunidades corresponden a condiciones externas que pueden aprovecharse para fortalecer el desempeño del sector salud.

- La **alineación con los instrumentos de planeación estatal y nacional** favorece la justificación técnica y programática de intervenciones prioritarias.
- Existe margen para fortalecer la **coordinación intersectorial** en problemas cuyos determinantes rebasan el ámbito clínico, como saneamiento, seguridad vial, embarazo adolescente, violencia, salud escolar, transporte y accesibilidad territorial.
- El contexto actual favorece una **focalización más precisa de la acción pública**, en la medida en que la planeación sectorial y los instrumentos de política permiten orientar con mayor claridad las intervenciones hacia territorios y grupos con mayores desventajas.
- La creciente demanda social e institucional de **uso de evidencia para la toma de decisiones** abre espacio para fortalecer la planeación basada en resultados y la evaluación del desempeño.

- La pertinencia de fortalecer acciones con enfoque **territorial, intercultural y de curso de vida** puede facilitar una mejor articulación entre programas, niveles de atención y actores locales.

Debilidades

Las debilidades corresponden a limitaciones internas del sistema que reducen su capacidad de respuesta o afectan su desempeño.

- Persiste una **desigual distribución funcional de la capacidad resolutive**, con fuerte concentración de infraestructura, especialistas y servicios complejos en pocos polos urbanos.
- Se mantienen **problemas de detección tardía, captación inoportuna y continuidad insuficiente del cuidado** en varios temas prioritarios, particularmente en enfermedades crónicas, salud mental y en población que enfrenta mayores barreras territoriales o socioculturales de acceso.
- El **primer nivel de atención** aún muestra limitaciones para contener tempranamente ciertas cargas crecientes, en especial en control de crónicos, salud mental y seguimiento preventivo, lo que favorece la llegada de una parte del daño a niveles de mayor complejidad.
- La red presenta **dependencia operativa de nodos urbanos de alta complejidad**, lo que favorece saturación, diferimiento y presión asistencial en servicios críticos.
- Persisten brechas internas en la **articulación entre niveles de atención**, referencia y contrarreferencia, particularmente en territorios con accesibilidad difícil.

Amenazas

Las amenazas corresponden a factores externos que pueden comprometer la estabilidad operativa, la sostenibilidad o la efectividad de la respuesta sectorial.

- La **restricción presupuestaria** y el riesgo de insuficiencia financiera pueden afectar la operación, el mantenimiento, la sustitución de equipo, la contratación de personal y la ampliación de capacidad resolutive.

- La persistencia de una **carga epidemiológica simultánea y compleja** ejerce presión continua sobre la red, al coexistir enfermedades crónicas, transmisibles prioritarias, salud mental, suicidio, lesiones, violencias y salud materno-infantil.
- Las **condiciones territoriales estructurales adversas**, como dispersión poblacional, orografía compleja, largos tiempos efectivos de traslado y municipios con alta marginación, continúan limitando el acceso oportuno.
- Factores sociales externos como la **violencia, la inseguridad, el consumo nocivo de alcohol y otras sustancias**, así como el rezago social persistente, siguen alimentando parte importante del daño sanitario.
- La presión creciente sobre los principales polos resolutivos puede comprometer la oportunidad y calidad de la atención si no se fortalecen mecanismos de desconcentración funcional y respuesta regional.

8.3. Criterios de priorización

Para fines de priorización estratégica, este diagnóstico adopta una metodología de valoración basada en una **adaptación de la matriz incluida en el Modelo para la integración del Instrumento de Diseño tipo “Diagnóstico Ampliado”**. Su uso permite ordenar de manera explícita los problemas identificados en función no sólo de su relevancia sanitaria, sino también de su viabilidad de atención y de su pertinencia dentro del marco de atribuciones del sector salud. Dado que la matriz original está orientada a valorar problemas y alternativas de intervención, en este diagnóstico su adaptación se emplea para jerarquizar núcleos problemáticos a partir de la factibilidad, la aceptación esperada y la pertinencia de las respuestas institucionales asociadas a cada uno de ellos.

La matriz considera tres bloques de análisis: **nivel de incidencia, factibilidad y marco institucional**. A partir de ellos se valoran criterios vinculados con el efecto esperado sobre el objetivo central, la aceptación social de la intervención, la factibilidad presupuestal, la factibilidad técnica y operativa, el tiempo esperado para obtener resultados, la congruencia con las atribuciones de los Servicios

Estatales de Salud, la contribución a los objetivos institucionales y la pertinencia cultural y territorial.

Cada criterio se valora en una escala ordinal de **1 a 3 puntos**, donde **1 corresponde a valoración baja, 2 a valoración media y 3 a valoración alta**. El puntaje total no debe interpretarse como una medición exacta del problema, sino como una herramienta comparativa para jerarquizar, de manera homogénea, los núcleos problemáticos identificados en el diagnóstico.

Bajo esta lógica, la priorización no se construye únicamente a partir del volumen de casos o de la severidad aparente de cada problema, sino de la valoración conjunta de su relevancia sanitaria, vulnerabilidad asociada, factibilidad de intervención y pertinencia institucional.

8.4. Priorización de problemas de salud y del sistema

A partir del análisis desarrollado en los capítulos previos, el diagnóstico permitió identificar **siete núcleos problemáticos** que concentran los principales desafíos de salud y de funcionamiento del sistema en Durango. Estos núcleos no representan la totalidad de los problemas existentes en la entidad, sino aquellos que, por su peso epidemiológico, vulnerabilidad asociada, relevancia operativa y potencial de intervención, justifican ser sometidos a un ejercicio de priorización.

A continuación se presenta una **justificación técnica de los núcleos problemáticos** que serán valorados mediante la matriz del apartado siguiente:

- **Salud materna, perinatal e infantil.** Se incluye por su alto efecto esperado sobre el objetivo central del sector, su concentración en grupos especialmente sensibles del curso de vida y el amplio margen de intervención institucional mediante acciones preventivas, detección temprana, referencia obstétrica, atención neonatal y protección de la primera infancia.
- **Enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones avanzadas.** Se priorizan por su elevada carga de mortalidad, la presión sostenida que ejercen sobre los servicios ambulatorios y hospitalarios, y la necesidad de

fortalecer control, seguimiento y detección temprana antes de que evolucionen a etapas de mayor complejidad.

- **Desigualdad territorial en acceso y capacidad resolutive del sistema.** Se reconoce como un condicionante estructural que amplifica la gravedad de múltiples daños, al asociarse con dispersión poblacional, marginación, dificultad de acceso, atención tardía e interrupción del seguimiento.
- **Salud mental y conducta suicida.** Se incorpora por su creciente relevancia epidemiológica, su impacto sobre la mortalidad prematura y la presión que ejerce sobre la red de atención, particularmente en adolescentes, jóvenes y hombres en edad productiva.
- **Lesiones, violencias y otras causas externas.** Se integran por su magnitud en urgencias, su peso en la mortalidad prematura y su relación con factores modificables como el consumo de alcohol, la seguridad vial y la violencia interpersonal.
- **Enfermedades transmisibles prioritarias.** Se consideran por la persistencia de problemas como tuberculosis y VIH, así como por la necesidad de vigilancia y capacidad de contención frente a dengue y padecimientos prevenibles por vacunación.
- **Consumo problemático de alcohol y otras sustancias.** Se distingue como núcleo específico porque, además de ser un factor transversal, constituye por sí mismo un problema de salud pública con implicaciones en salud mental, lesiones, violencias, productividad y demanda asistencial.

En conjunto, estos siete núcleos problemáticos permiten organizar la agenda estatal de salud no sólo en torno a enfermedades aisladas, sino alrededor de conjuntos de daño y de condicionantes operativos que articulan magnitud epidemiológica, vulnerabilidad acumulada, factibilidad de intervención y pertinencia institucional. Su jerarquización formal se presenta en la matriz del apartado siguiente.

8.5. Matriz de priorización

A continuación se presenta la matriz de priorización aplicada a los siete núcleos problemáticos identificados en el diagnóstico. La valoración se realizó con base en los criterios descritos en el apartado anterior, utilizando una escala de **1 a 3 puntos** por criterio.

Problemas priorizados:

- Problema 1: Salud materna, perinatal e infantil
- Problema 2: Enfermedades crónicas no transmisibles y complicaciones avanzadas
- Problema 3: Desigualdad territorial en acceso y capacidad resolutoria del sistema
- Problema 4: Salud mental y conducta suicida
- Problema 5: Lesiones, violencias y otras causas externas
- Problema 6: Enfermedades transmisibles prioritarias
- Problema 7: Consumo problemático de alcohol y otras sustancias

Tabla 17. Matriz de priorización estratégica de problemas de salud y del sistema

Criterios de valoración	Problema 1	Problema 2	Problema 3	Problema 4	Problema 5	Problema 6	Problema 7
Nivel de incidencia							
Mayor efecto esperado en el cumplimiento del objetivo central	3	3	3	3	3	2	2
Mayor aceptación de la alternativa por parte de la población afectada	3	2	3	2	2	2	2
Factibilidad							
Factibilidad presupuestal	2	3	2	2	1	2	1

Criterios de valoración	Problema 1	Problema 2	Problema 3	Problema 4	Problema 5	Problema 6	Problema 7
Factibilidad técnica y operativa	3	3	2	2	2	3	2
Menor tiempo para obtener resultados	2	2	2	2	2	1	2
Marco institucional							
Se encuentra en el marco de las atribuciones de SSD	3	3	3	3	2	3	3
Mayor contribución a los objetivos de la dependencia y de la Planeación Nacional del Desarrollo	3	3	3	3	3	2	2
Mayor pertinencia cultural y territorial	3	3	3	2	2	2	2
Total	22	22	21	19	17	17	16

Nota metodológica: Para efectos de priorización estratégica, los hallazgos del diagnóstico se agruparon en siete núcleos problemáticos. Esta agrupación no implica que sean los únicos problemas existentes en la entidad, sino que representan los principales ejes sobre los cuales conviene concentrar la acción pública en el corto y mediano plazo. La valoración se realizó con base en una escala ordinal simple de 1 a 3 puntos por criterio, utilizada con fines comparativos y no como medición exacta del problema.

Fuente: Elaboración propia con base en los hallazgos del diagnóstico y los criterios de priorización descritos en el apartado 8.3.

La matriz de priorización identifica un **bloque de máxima prioridad** integrado por la **salud materna, perinatal e infantil** y las **enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones avanzadas**, ambas con **22 puntos**. Aunque comparten la misma jerarquía, su posición responde a dimensiones distintas: en el primer caso, por la sensibilidad del daño y el amplio margen de intervención oportuna; en el segundo, por su magnitud, peso en la mortalidad y posibilidad de contención desde el primer nivel de atención.

En un **segundo nivel de prioridad** se ubica la **desigualdad territorial en acceso y capacidad resolutiva del sistema**, con **21 puntos**, lo que confirma su carácter estructural y su influencia transversal sobre múltiples problemas de salud.

En un **tercer nivel** se sitúa la **salud mental y la conducta suicida**, con **19 puntos**. Posteriormente se ubican, con **17 puntos**, las **lesiones, violencias y otras causas externas** y las **enfermedades transmisibles prioritarias**, cuya coincidencia en puntaje responde a perfiles distintos de relevancia sanitaria, operativa e institucional.

Finalmente, el **consumo problemático de alcohol y otras sustancias**, con **16 puntos**, se mantiene dentro de los núcleos prioritarios, aunque con una posición relativa menor en esta valoración comparativa.

Los resultados de la matriz confirman que la priorización estatal debe orientarse hacia aquellos núcleos problemáticos que combinan mayor efecto esperado, mayor pertinencia institucional y territorial, y mejores posibilidades de intervención desde el sector salud.

9. Recomendaciones y agenda de fortalecimiento

9.1. Recomendaciones estratégicas por prioridad

Las recomendaciones que se presentan a continuación derivan de los núcleos problemáticos priorizados en el capítulo anterior y se formulan como **líneas de fortalecimiento sectorial** para el periodo 2026–2027. Su propósito es orientar la planeación operativa de las áreas responsables, sin sustituir la programación específica de cada una de ellas.

Salud materna, perinatal e infantil

- **Fortalecer la captación prenatal en el primer trimestre**, con prioridad en municipios de difícil acceso y en zonas con alta frecuencia de embarazo adolescente.
- **Consolidar el seguimiento nominal de gestantes** y la referencia preventiva del embarazo de alto riesgo.
- **Reforzar la continuidad del cuidado materno y perinatal**, incluyendo puerperio, atención neonatal inmediata, tamizaje y vacunación al nacimiento.
- **Fortalecer la prevención y atención oportuna en la primera infancia**, con énfasis en vacunación, vigilancia nutricional, lactancia materna e infecciones respiratorias y gastrointestinales.
- **Reforzar la prevención del embarazo adolescente** y el acceso oportuno a métodos anticonceptivos.

Enfermedades crónicas no transmisibles y complicaciones avanzadas

- **Ampliar la detección oportuna** de diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica desde el primer nivel de atención.
- **Fortalecer el control continuo y el seguimiento clínico** de personas con ECNT, particularmente en población adulta y adulta mayor.
- **Asegurar la disponibilidad de insumos prioritarios** para el control metabólico y la vigilancia de adherencia terapéutica.

- **Fortalecer la detección temprana de signos de descontrol y alarma**, para reducir la progresión a complicaciones y hospitalización.
- **Priorizar acciones en zonas con alta carga de enfermedad y atención tardía recurrente.**

Desigualdad territorial en acceso y capacidad resolutive

- **Fortalecer la capacidad funcional del primer nivel** en municipios con dispersión, marginación y accesibilidad difícil.
- **Fortalecer la referencia y contrarreferencia** como mecanismos efectivos de continuidad del cuidado.
- **Aprovechar de manera estratégica telemedicina, unidades móviles y estrategias extramuros** en territorios con baja accesibilidad.
- **Consolidar unidades hospitalarias estratégicas como nodos intermedios de atención** que reduzcan la presión sobre las unidades de Durango y Gómez Palacio.
- **Adaptar la organización de las intervenciones y la comunicación** con la población a las condiciones geográficas, culturales y lingüísticas de las diferentes regiones de la entidad.

Salud mental y conducta suicida

- **Fortalecer la detección temprana** de malestar emocional, riesgo suicida y trastornos mentales desde el primer nivel de atención.
- **Consolidar el seguimiento posterior al intento suicida** y la continuidad entre urgencias, atención ambulatoria y servicios especializados.
- **Ampliar la capacidad resolutive no especializada**, mediante capacitación, tamizaje y protocolos claros de referencia.
- **Dirigir prioritariamente las acciones** de prevención, detección y atención inicial a adolescentes, jóvenes y hombres en edad productiva en los municipios con mayor frecuencia de suicidio o autolesión.

- **Fortalecer la articulación con escuelas, familias y comunidad** para favorecer la detección temprana, el acompañamiento y la continuidad del cuidado en salud mental.

Lesiones, violencias y otras causas externas

- **Reforzar la prevención de accidentes** en el hogar y en la vía pública, con acciones diferenciadas por edad y contexto.
- **Fortalecer la seguridad vial y la atención a lesiones asociadas al alcohol**, especialmente en población masculina joven.
- **Mejorar la detección y atención integral de violencia familiar y sexual**, con rutas claras de referencia.
- **Consolidar el registro y análisis de lesiones y violencias** para orientar mejor la respuesta.
- **Impulsar coordinación intersectorial** con seguridad pública, educación, desarrollo social y protección civil en municipios de mayor carga.

Enfermedades transmisibles prioritarias

- **Sostener una vigilancia epidemiológica focalizada** sobre tuberculosis, VIH, dengue y padecimientos prevenibles por vacunación.
- **Fortalecer la detección oportuna y el seguimiento de casos** en municipios con concentración reciente o persistente de eventos transmisibles prioritarios.
- **Reforzar vacunación, control vectorial y búsqueda intencionada** en territorios de mayor riesgo.
- **Mejorar la capacidad de respuesta rápida** ante eventos con potencial de brote o reemergencia.
- **Mantener articulación operativa** entre vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y atención clínica.

Consumo problemático de alcohol y otras sustancias

- **Incorporar tamizaje e intervención breve** en primer nivel, urgencias y UNEME.
- **Fortalecer la detección temprana y la referencia oportuna** de personas con mayor deterioro funcional o riesgo asociado.
- **Priorizar adolescentes, jóvenes y hombres en edad productiva** en acciones preventivas y de atención.
- **Promover acciones comunitarias e intersectoriales** orientadas a reducir exposición, riesgo y daño asociado al consumo.

9.2. Acciones transversales de fortalecimiento institucional para la implementación de la agenda

Además de las recomendaciones específicas por prioridad, la agenda de fortalecimiento 2026–2027 requiere un conjunto de acciones transversales que permitan mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud en su conjunto. Estas acciones no se vinculan a un solo problema, sino que crean condiciones habilitadoras para la implementación más efectiva de las prioridades definidas en el capítulo anterior.

- **Fortalecer la capacidad funcional del primer nivel de atención**, con énfasis en detección oportuna, seguimiento clínico, prevención y referencia temprana.
- **Mejorar la operación de la referencia y contrarreferencia**, a fin de fortalecer la continuidad del cuidado entre niveles de atención y reducir la pérdida de seguimiento.
- **Consolidar mecanismos de seguimiento nominal** en grupos prioritarios, particularmente en gestantes, personas con enfermedades crónicas, población con riesgo en salud mental y otros grupos en situación de mayor vulnerabilidad.

- **Aprovechar de manera estratégica la telemedicina, las unidades móviles y las estrategias extramuros**, especialmente en territorios con dispersión, marginación y accesibilidad difícil.
- **Fortalecer la calidad, oportunidad y consistencia del registro de información en salud**, como base para la planeación, el monitoreo y la toma de decisiones.
- **Reforzar la capacitación continua del personal de salud** en prioridades sustantivas del diagnóstico, particularmente en salud materna, enfermedades crónicas, salud mental, vigilancia epidemiológica y atención a grupos vulnerables.
- **Priorizar el mantenimiento preventivo de infraestructura y equipo** en unidades con mayor impacto operativo, riesgo sanitario o presión asistencial.
- **Asegurar la disponibilidad funcional de insumos estratégicos** en las unidades de salud, especialmente aquellos vinculados con control metabólico, atención materna, vacunación, urgencias y vigilancia epidemiológica.
- **Fortalecer la articulación operativa entre áreas técnicas, administrativas y directivas**, mediante mecanismos periódicos de revisión, seguimiento y ajuste de prioridades.
- **Impulsar la coordinación intersectorial** en problemas cuyos determinantes rebasan el ámbito clínico, particularmente en seguridad vial, violencia, embarazo adolescente, accesibilidad territorial, salud escolar y consumo de sustancias.
- **Incorporar criterios de pertinencia territorial e intercultural** en la organización de las intervenciones, especialmente en municipios serranos, indígenas o de difícil acceso.
- **Promover el uso sistemático de evidencia para la toma de decisiones**, mediante análisis periódicos de información epidemiológica, operativa y territorial que permitan ajustar la implementación de la agenda.

En conjunto, estas acciones transversales buscan fortalecer las condiciones operativas, institucionales y territoriales necesarias para que las recomendaciones estratégicas por prioridad puedan traducirse en mejoras efectivas en la atención, la prevención y la continuidad del cuidado.

9.3. Riesgos de implementación y medidas de mitigación

La implementación de la agenda de fortalecimiento **2026–2027** puede verse limitada por factores operativos, presupuestales, territoriales e institucionales. Por ello, además de definir prioridades y acciones, resulta necesario anticipar los principales riesgos y establecer medidas básicas de mitigación que faciliten su ejecución.

Restricción presupuestaria

Riesgo

- Insuficiencia de recursos para sostener operación, mantenimiento, insumos, contratación de personal y fortalecimiento de capacidad resolutive.

Medidas de mitigación

- **Concentrar recursos** en intervenciones de alto impacto y factibilidad razonable.
- **Priorizar territorios, unidades y grupos de población** con mayor carga o mayor vulnerabilidad.
- **Escalonar la implementación** de acciones, iniciando por aquellas con mayor efecto esperado.
- **Fortalecer la gestión de recursos extraordinarios** y la justificación técnica de necesidades prioritarias.

Fragmentación operativa entre áreas y niveles de atención

Riesgo

- Duplicidad de esfuerzos, desarticulación programática y baja continuidad entre prevención, atención, referencia y seguimiento.

Medidas de mitigación

- Definir responsables institucionales por prioridad y por acción transversal.
- Establecer rutas mínimas de coordinación entre áreas técnicas, administrativas y operativas.
- Fortalecer la referencia y contrarreferencia como mecanismo de continuidad del cuidado.
- Realizar revisiones periódicas de avance para corregir desviaciones operativas.

Sobrecarga de unidades de alta complejidad

Riesgo

- Saturación de hospitales y servicios concentradores, con afectación en oportunidad, calidad y continuidad de la atención.

Medidas de mitigación

- Fortalecer nodos intermedios y unidades con capacidad resolutiva básica.
- Mejorar la contención temprana desde el primer nivel.
- Desconcentrar procesos susceptibles de resolverse fuera de los hospitales de mayor presión.
- Priorizar la referencia oportuna, evitando llegada tardía de casos complejos.

Persistencia de barreras territoriales y socioculturales

Riesgo

- Atención tardía, discontinuidad del seguimiento y menor acceso efectivo en municipios con dispersión, marginación o población indígena.

Medidas de mitigación

- Fortalecer estrategias extramuros, unidades móviles y telemedicina en zonas de difícil acceso.

- **Ajustar la programación de servicios** a condiciones geográficas y de traslado.
- **Incorporar acompañamiento comunitario y pertinencia intercultural** en territorios prioritarios.
- **Priorizar rutas de atención y traslado** para eventos de mayor riesgo.

Continuidad insuficiente del seguimiento

Riesgo

- Pérdida de seguimiento en gestantes, personas con ECNT, población con riesgo en salud mental y otros grupos prioritarios.

Medidas de mitigación

- **Implementar seguimiento nominal** en grupos y eventos prioritarios.
- **Fortalecer mecanismos de retorno al primer nivel** después de referencia o egreso.
- **Dar seguimiento específico a casos de mayor riesgo**, como embarazo de alto riesgo, intento suicida o descontrol metabólico.
- **Monitorear la contrarreferencia efectiva** como trazador de continuidad.

Limitaciones en el registro y uso de la información

Riesgo

- Información incompleta, tardía o inconsistente que limite la planeación, el monitoreo y la toma de decisiones.

Medidas de mitigación

- **Reforzar la calidad y oportunidad del registro** en los sistemas de información en salud.
- **Capacitar al personal** en captura, validación y uso de información.
- **Utilizar revisiones técnicas periódicas** para detectar inconsistencias.
- **Promover el análisis operativo de datos** como insumo de gestión local y jurisdiccional.

Rotación de personal y discontinuidad operativa

Riesgo

- Pérdida de capacidades instaladas, interrupción de procesos y debilitamiento del aprendizaje institucional.

Medidas de mitigación

- Fortalecer la documentación de procesos clave y rutas operativas.
- Impulsar capacitación continua en prioridades sustantivas y procesos críticos.
- Establecer mecanismos mínimos de inducción para personal de nuevo ingreso o reasignado.
- Favorecer la permanencia de cuadros operativos estratégicos, cuando la normatividad lo permita.

Fallas en mantenimiento e insumos estratégicos

Riesgo

- Afectación de la operación por deterioro de infraestructura, falla de equipo o desabasto de insumos críticos.

Medidas de mitigación

- Priorizar mantenimiento preventivo en unidades de mayor impacto operativo.
- Identificar insumos estratégicos por prioridad sanitaria.
- Fortalecer la programación y supervisión de abasto en unidades de alta demanda o difícil acceso.
- Escalonar la sustitución de equipo crítico conforme a riesgo sanitario y funcionalidad.

La mitigación de estos riesgos no depende de una sola acción, sino de una combinación de focalización, coordinación, seguimiento y fortalecimiento institucional. Por ello, la implementación de la agenda **2026–2027** deberá

acompañarse de revisiones periódicas que permitan ajustar secuencia, cobertura e intensidad de las intervenciones conforme a la disponibilidad de recursos y a la evolución de las prioridades estatales.

10. Conclusiones

El Diagnóstico de Salud 2026 del estado de Durango confirma que la situación de salud de la población responde a una combinación compleja de daños epidemiológicos, desigualdades territoriales y limitaciones operativas del sistema. La entidad no enfrenta un solo problema dominante, sino una superposición de retos que incluyen la persistencia de enfermedades crónicas no transmisibles, la relevancia todavía vigente de enfermedades transmisibles prioritarias, la carga de lesiones, violencias y otras causas externas, el crecimiento de la demanda en salud mental y consumo de sustancias, así como desafíos aún significativos en salud materna, perinatal e infantil. Esta configuración obliga a abandonar lecturas parciales y a reconocer que la respuesta sectorial requiere integración, focalización y fortalecimiento institucional sostenido.

El análisis también muestra que una parte importante de la severidad de los problemas de salud no depende únicamente de su magnitud, sino de la oportunidad con que son detectados, atendidos y seguidos dentro de la red de servicios. En varios de los núcleos prioritarios persisten patrones de captación tardía, continuidad insuficiente del cuidado, referencia no siempre oportuna y presión sobre unidades de mayor complejidad. Esto significa que el reto no es sólo ampliar cobertura nominal, sino mejorar la capacidad efectiva del sistema para prevenir, contener y resolver los problemas antes de que evolucionen a formas de mayor gravedad, costo y complejidad.

Asimismo, el diagnóstico confirma que las desigualdades territoriales continúan siendo un componente central de la situación de salud en Durango. La concentración de infraestructura, recursos humanos especializados y servicios de mayor capacidad resolutive en unos cuantos polos urbanos contrasta con territorios marcados por dispersión poblacional, marginación, accesibilidad difícil y barreras socioculturales que condicionan la atención tardía y la continuidad insuficiente del seguimiento. En este sentido, la desigualdad territorial no constituye un problema accesorio, sino un condicionante estructural que influye transversalmente sobre la mayoría de los daños y sobre la capacidad de respuesta del sistema.

A partir de esta evidencia, el diagnóstico permitió identificar y jerarquizar núcleos problemáticos cuya atención resulta estratégica para el periodo 2026–2027. La priorización realizada confirma que la agenda estatal debe concentrarse, de manera especial, en la salud materna, perinatal e infantil; en las enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones avanzadas; en la desigualdad territorial en acceso y capacidad resolutoria; en la salud mental y la conducta suicida; en las lesiones, violencias y otras causas externas; en las enfermedades transmisibles prioritarias; y en el consumo problemático de alcohol y otras sustancias. Esta priorización no debe entenderse como una lista rígida de padecimientos aislados, sino como una herramienta para orientar recursos, decisiones y capacidades institucionales hacia aquellos ámbitos donde la acción pública puede generar mayor efecto sanitario, mayor reducción de brechas y mejor desempeño del sistema.

En consecuencia, la agenda de fortalecimiento propuesta para 2026–2027 parte de una lógica de intervención diferenciada. Por un lado, se requieren acciones específicas por prioridad, dirigidas a problemas concretos y a grupos de población particularmente vulnerables. Por otro, resulta indispensable fortalecer condiciones transversales del sistema, como la capacidad funcional del primer nivel, la referencia y contrarreferencia, la calidad del registro de información, la capacitación continua, el mantenimiento preventivo de infraestructura y equipo, y la articulación operativa entre áreas, niveles de atención y sectores involucrados. Sin este fortalecimiento transversal, incluso las prioridades mejor definidas enfrentarían limitaciones importantes para traducirse en resultados sostenibles.

El diagnóstico también permite concluir que la implementación de esta agenda dependerá no sólo de la claridad técnica de las prioridades, sino de la capacidad institucional para sostenerlas en un contexto de restricciones presupuestarias, presión creciente sobre los servicios y persistencia de condiciones territoriales adversas. Por ello, la viabilidad de la agenda no deberá medirse únicamente por la incorporación formal de recomendaciones, sino por la posibilidad real de concentrar esfuerzos en intervenciones factibles, de alto impacto y territorialmente focalizadas, acompañadas de mecanismos de coordinación, seguimiento y ajuste operativo.

En síntesis, el Diagnóstico de Salud 2026 no sólo ofrece una descripción de la situación actual, sino una base técnica para orientar la toma de decisiones del sector salud en Durango. Su principal aporte consiste en haber integrado la evidencia epidemiológica, la lectura territorial, el análisis del sistema y la priorización estratégica en una sola visión de conjunto. A partir de ello, el desafío para los próximos años será convertir esta base diagnóstica en una agenda efectiva de fortalecimiento institucional, capaz de mejorar la oportunidad de la atención, reducir desigualdades, aumentar la capacidad resolutive del sistema y generar mejores resultados en salud para la población duranguense.

11. Bibliografía

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (s.f.). Ley General de Salud.

<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2020). Grado de accesibilidad a carretera pavimentada.

https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Grado_accesibilidad_carretera.aspx

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2024).

Pobreza en México: Medición multidimensional de la pobreza.

<https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>

Consejo Nacional de Población. (2024). Reconstrucción y proyecciones de la población de los municipios de México, 1990-2040.

<https://conapo.gob.mx/>

Congreso del Estado de Durango. (s.f.). Ley de Planeación del Estado de Durango.

<https://congresodurango.gob.mx/Archivos/legislacion/LEY%20DE%20PLANEACION.pdf>

Diario Oficial de la Federación. (2026, 15 enero). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud.

https://dof.gob.mx/2026/PRESREP/PRESREP_150126_02.pdf

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

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2024.

<https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2024/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025a). Censo Nacional de Gobiernos Municipales y Demarcaciones Territoriales de la Ciudad de México 2025 (CNGMD): Documento de diseño.

<https://www.inegi.org.mx/programas/cngmd/2025/>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025b). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE): Indicadores estratégicos, tercer trimestre de 2025.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/enoe/enoe2025_11.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025c). Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2025.
<https://www.inegi.org.mx/programas/envipe/2025/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2026). Catálogo Único de Claves de Áreas Geoestadísticas Estatales, Municipales y Localidades.
<https://www.inegi.org.mx/app/ageeml/>
- Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales. (2025). Espacio Digital Geográfico (ESDIG).
<https://gisviewer.semarnat.gob.mx/geointegrador2Beta/index.html>
- Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. (2025). Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) [Base de datos, corte al 31 de diciembre de 2025].
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html
- Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. (2025). Subsistema de Información sobre Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS) [Base de datos, corte al 31 de diciembre de 2025].
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html
- Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. (2026a). Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), 2025 [Base de datos, corte al 30 de marzo de 2026].
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html

Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. (2026b).
Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED), 2025
[Base de datos, corte al 30 de marzo de 2026].
[http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gob
mx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gob_mx.html)

Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. (2026c).
Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud (SINBA/SIS),
2025 [Base de datos, corte al 30 de marzo de 2026].
[http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gob
mx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gob_mx.html)

Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2025).
Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica /
Sistema Único de Información. [https://www.gob.mx/salud/acciones-y-
programas/direccion-general-de-epidemiologia-boletin-epidemiologico](https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia-boletin-epidemiologico)

Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. (2026).
Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE),
2025 [Base de datos, corte al 30 de marzo de 2026].
<https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/index.html>

Servicios de Salud de Durango. (2023). Diagnóstico de Salud 2023.
[https://salud.durango.gob.mx/wp-
content/uploads/sites/8/2023/08/Diagno%CC%81stico-de-Salud-2023.pdf](https://salud.durango.gob.mx/wp-content/uploads/sites/8/2023/08/Diagno%CC%81stico-de-Salud-2023.pdf)

Servicios de Salud de Durango. (2024). Diagnóstico de Salud 2024.
[https://salud.durango.gob.mx/wp-
content/uploads/sites/8/2024/07/Diagnostico_de_Salud_2024_final_171449
1579646.pdf](https://salud.durango.gob.mx/wp-content/uploads/sites/8/2024/07/Diagnostico_de_Salud_2024_final_1714491579646.pdf)

Servicios de Salud de Durango. (2025). Diagnóstico de Salud 2025.
[https://salud.durango.gob.mx/wp-
content/uploads/sites/8/2025/05/Diagnostico-de-Salud-2025.pdf](https://salud.durango.gob.mx/wp-content/uploads/sites/8/2025/05/Diagnostico-de-Salud-2025.pdf)

Servicios de Salud de Durango. (2025). Registros operativos de Servicios de
Salud de Durango [Registros administrativos].

12. Anexos

12.1. Anexo A. Tabulados complementarios.

Tabla A1. Distribución territorial, regional y jurisdiccional. Durango, 2026

Dimensión	Categoría	Valor	Porcentaje	Unidad
Localidades habitadas	Urbano	61	1.05%	Localidades
Localidades habitadas	Rural	5764	98.95%	Localidades
Localidades habitadas	Total	5825	100%	Localidades
Población por ámbito	Urbano	1336479	69%	Personas
Población por ámbito	Rural	603003	31%	Personas
Población por ámbito	Total	1939482	100%	Personas
Región	Centro	917601	47%	Personas
Región	Laguna	723025	37%	Personas
Región	Noroeste	147191	8%	Personas
Región	Sur	122945	6%	Personas
Región	Norte	28720	2%	Personas
Jurisdicción sanitaria	Jurisdicción Sanitaria 1	1019567	53%	Personas
Jurisdicción sanitaria	Jurisdicción Sanitaria 2	710329	37%	Personas
Jurisdicción sanitaria	Jurisdicción Sanitaria 3	152233	8%	Personas
Jurisdicción sanitaria	Jurisdicción Sanitaria 4	57353	3%	Personas

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, Catálogo Único de Claves de Áreas Geoestadísticas Estatales, Municipales y Localidades, corte febrero 2026; y SGCONAPO, Reconstrucción y Proyecciones de la Población de los Municipios de México, 1990-2040, actualización 2024.

Tabla A2. Población por condición de seguridad social y adscripción institucional. Durango, 2026

Concepto	Personas	Porcentaje del total	Agrupación
Población total	1,939,482	100.0%	Total
Con seguridad social (IMSS + ISSSTE)	967,795	49.9%	Con seguridad social
IMSS	704,634	36.3%	Con seguridad social
ISSSTE	263,161	13.6%	Con seguridad social
Sin seguridad social (SSA + IMSS-Bienestar + sin acceso)	971,687	50.1%	Sin seguridad social
Servicios Estatales de Salud (SSA/SSD)	750,579	38.7%	Sin seguridad social
IMSS-Bienestar	204,847	10.6%	Sin seguridad social
Sin acceso a servicios	16,261	0.8%	Sin seguridad social

Fuente: Elaboración propia con base en SGCONAPO, Reconstrucción y Proyecciones de la Población de los Municipios de México, 1990-2040, actualización 2024; y Servicios de Salud de Durango, estimación institucional de población por condición de seguridad social y adscripción, 2026.

Tabla A3. Indicadores seleccionados de pobreza, vulnerabilidad y bienestar. Durango, 2024

Bloque	Indicador	Valor	Unidad	Lectura para salud
Pobreza	Población en situación de pobreza	29.60%	Porcentaje	Limitaciones simultáneas de ingreso y carencias sociales
Pobreza	Pobreza moderada	24.20%	Porcentaje	
Pobreza	Pobreza extrema	5.30%	Porcentaje	Mayor vulnerabilidad sanitaria y necesidad de focalización
Vulnerabilidad	Vulnerable por carencias sociales	32.20%	Porcentaje	Riesgo ante enfermedad o choque económico
Vulnerabilidad	Vulnerable por ingresos	5.80%	Porcentaje	Mayor exposición a gasto de bolsillo
Bienestar	No pobre y no vulnerable	32.50%	Porcentaje	
Carencias sociales	Al menos una carencia social	61.70%	Porcentaje	Carencias acumuladas elevan riesgo sanitario
Carencias sociales	Dos o más carencias sociales	27.00%	Porcentaje	Mayor complejidad de intervención

Bloque	Indicador	Valor	Unidad	Lectura para salud
Carencias sociales	Carencia por acceso a seguridad social	48.20%	Porcentaje	Refleja informalidad y baja protección social
Carencias sociales	Carencia por acceso a servicios de salud	34.20%	Porcentaje	Afecta oportunidad y continuidad de atención
Carencias sociales	Carencia por alimentación nutritiva y de calidad	14.40%	Porcentaje	Riesgo nutricional
Carencias sociales	Rezago educativo	18.60%	Porcentaje	Afecta prevención, adherencia y comprensión de riesgos
Bienestar económico	Ingreso inferior a línea de pobreza extrema por ingresos	12.10%	Porcentaje	Limitación severa para gastos de salud
Bienestar económico	Ingreso inferior a línea de pobreza por ingresos	46.00%	Porcentaje	Baja resiliencia financiera ante enfermedad
Desigualdad	Coefficiente de Gini	35.50%	Índice	Menor al promedio nacional, pero con bajos ingresos absolutos

Fuente: INEGI, Medición de la Pobreza Multidimensional 2024, con base en ENIGH 2024 y metodología de referencia CONEVAL.

Tabla A4. Vivienda, servicios básicos y riesgos domiciliarios seleccionados. Durango, 2024

Componente	Categoría / indicador	Viviendas	Porcentaje	Implicación sanitaria
Universo	Viviendas particulares	532,752	100.0%	
Tipo de vivienda	Casa única en el terreno	497,841	93.4%	
Tipo de vivienda	Otros tipos de vivienda	34,669	6.5%	
Paredes	Materiales permanentes	397,966	74.7%	
Paredes	Otros materiales	134,786	25.3%	Potencial vulnerabilidad estructural
Techos	Losa de concreto o viguetas con bovedilla	396,067	74.3%	
Techos	Otros materiales	136,685	25.7%	Mayor exposición térmica y climática
Pisos	Madera, mosaico u otro recubrimiento	292,556	54.9%	
Pisos	Cemento o firme	229,053	43.0%	

Componente	Categoría / indicador	Viviendas	Porcentaje	Implicación sanitaria
Pisos	Tierra	11,143	2.1%	Riesgo de infecciones parasitarias/gastrointestinales
Agua	Agua entubada dentro de la vivienda	447,292	84.0%	
Agua	Agua entubada en patio o terreno	77,426	14.5%	Mayor carga de manejo higiénico
Agua	Otras formas de abastecimiento	8,034	1.5%	Riesgo de continuidad/calidad
Frecuencia de agua	Servicio diario	421,650	80.4%	
Frecuencia de agua	Cada tercer día	64,827	12.4%	Almacenamiento intradomiciliario
Frecuencia de agua	Otra periodicidad	38,241	7.3%	Intermitencia del servicio
Sanitario	Dispone de servicio sanitario	521,887	98.0%	
Sanitario	Carece de servicio sanitario	10,865	2.0%	Mayor vulnerabilidad sanitaria
Drenaje	Conexión a red pública	430,434	80.8%	
Drenaje	Fosa/tanque séptico o biodigestor	77,696	14.6%	Saneamiento individual
Drenaje	Otras formas de disposición	5,555	1.0%	Requiere vigilancia ambiental
Energía	Servicio público de energía eléctrica	518,003	97.2%	
Combustible	Gas	462,031	86.7%	
Combustible	Leña o carbón	57,793	10.8%	Riesgo respiratorio por humo intradomiciliario
Combustible	Leña/carbón sin tubo o chimenea	4,477	7.7%	Porcentaje sobre viviendas que usan leña/carbón
Residuos	Entrega a camión o carrito recolector	429,660	80.6%	
Residuos	Quema de residuos	66,895	12.6%	Emisiones y exposición a contaminantes
Residuos	Otras formas de disposición	36,197	6.8%	Riesgo ambiental y sanitario

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2024, tabulados de viviendas y hogares.

Tabla A5. Acceso, traslado y espera para recibir atención médica. Durango, 2024

Indicador	Valor	Unidad	Referencia / comparación	Lectura operativa
Tiempo promedio ponderado de traslado para recibir atención médica	32.45	Minutos	Mediana: 20 min	Promedio afectado por casos con traslados prolongados
Tiempo mediano de traslado	20	Minutos		La mitad de la población accede en 20 minutos o menos
Tiempo promedio ponderado de espera	41.73	Minutos	Mediana: 20 min	La espera supera al traslado promedio
Tiempo mediano de espera	20	Minutos		
Traslado de 0 a 30 minutos	77.50%	Porcentaje		Mayoría con acceso territorial relativamente oportuno
Traslado de 31 a 60 minutos	14.60%	Porcentaje		
Traslado de más de 60 minutos	7.90%	Porcentaje		Segmento con mayores barreras geográficas
Tiempo promedio estimado de traslado a hospital en emergencia	43	Minutos	Nacional: 41 min	Durango ligeramente por encima del promedio nacional
Recibió atención ante problema de salud reportado	99.7%	Porcentaje		Barrera absoluta de acceso baja en encuesta
No recibió atención	0.3%	Porcentaje		Motivos principalmente organizacionales/institucionales

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2024.

Tabla A6. Principales causas de mortalidad. Durango, cierre 2025

Lugar	Causa de defunción	Defunciones	Porcentaje del total	Grupo analítico
1	Enfermedades del corazón	2,939	26.1%	ECNT / cardiovascular
2	Diabetes mellitus	1,578	14.0%	ECNT / metabólica
3	Tumores malignos	1,312	11.7%	Oncológica
4	Accidentes	675	6.0%	Causa externa
5	Neumonía e influenza	469	4.2%	Respiratoria
6	Enfermedades cerebrovasculares	451	4.0%	ECNT / cardiovascular
7	Enfermedades del hígado	394	3.5%	Digestiva / consumo de alcohol
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	365	3.2%	Respiratoria crónica
9	Insuficiencia renal	239	2.1%	Complicación crónica
10	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	164	1.5%	Perinatal
11	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	129	1.1%	Salud mental / causa externa
12	Sepsis	115	1.0%	Infecciosa / hospitalaria
13	Agresiones (homicidios)	96	0.9%	Violencia
14	Malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas	75	0.7%	Infantil/congénita
15	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	70	0.6%	Infecciosa
16	Íleo paralítico y obstrucción intestinal	70	0.6%	Digestiva
17	Úlceras gástrica y duodenal	67	0.6%	Digestiva
18	Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	55	0.5%	Transmisible
19	Colelitiasis y colecistitis	49	0.4%	Digestiva
20	Enfermedades infecciosas intestinales	49	0.4%	Transmisible
-	Otras causas definidas	958	8.5%	Agrupación residual
-	Causas mal definidas y no especificadas	1,136	10.1%	Calidad de registro
TOTAL	Gran total de defunciones 2025	11,255	100.0%	Total

Fuente: Secretaría de Salud / Dirección General de Información en Salud (DGIS), Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED), cierre 2025.

Tabla A7. Enfermedades transmisibles prioritarias y señales de vigilancia. Durango, 2022-2025

Evento / enfermedad	2022	2023	2024	2025	Unidad	Lectura
Infecciones respiratorias agudas				271,513	Casos	Alta carga ambulatoria
Infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas				67,134	Casos	Relacionadas con saneamiento/agua segura
Influenza				1,056	Casos	Vigilancia respiratoria estacional
COVID-19				659	Casos	Circulación posterior a fase crítica
Dengue	68	15	1280	15	Casos	Comportamiento epidémico reciente; mantener vigilancia vectorial
Otras rickettsiosis			202	37	Casos	Relevancia por gravedad potencial y sospecha clínica
Fiebre manchada				2	Casos	Evento de baja frecuencia y alta severidad
Tuberculosis respiratoria	143	167	184	220	Casos	Tendencia ascendente; fortalecer detección y contactos
Otras formas de tuberculosis				48	Casos	Complementa carga total de tuberculosis
VIH	134	166	178	231	Casos	Incremento sostenido y concentración urbana
Varicela				963	Casos	Evento prevenible/vigilancia
Hepatitis A				144	Casos	Transmisión fecal-oral; saneamiento

Evento / enfermedad	2022	2023	2024	2025	Unidad	Lectura
Sarampión				16	Casos	Señal de alerta para vacunación/vigilancia
Tos ferina				12	Casos	Prevenible por vacunación
Síndrome coqueluchoide				39	Casos	Vigilancia respiratoria infantil
Parotiditis infecciosa				70	Casos	Prevenible por vacunación

Fuente: Secretaría de Salud / Dirección General de Epidemiología (DGE), Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), cierres anuales 2022-2025 y boletín acumulado a la semana epidemiológica 53 de 2025.

Tabla A8. Enfermedades crónicas no transmisibles y complicaciones seleccionadas. Durango, 2025

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Nota de interpretación
Diabetes mellitus	Pacientes en tratamiento activo	46,613	Personas	Base operativa de seguimiento
Diabetes mellitus	Pacientes en tratamiento de 20 a 59 años	57.20%	Porcentaje	Concentración en población económicamente activa
Hipertensión arterial	Pacientes en tratamiento activo	59,545	Personas	Base operativa de seguimiento
Hipertensión arterial	Pacientes en tratamiento de 20 a 59 años	50.70%	Porcentaje	Requiere control prolongado desde adultez temprana
Tamizaje	Detecciones para diabetes	58,355	Tamizajes	
Tamizaje	Detecciones para hipertensión	66,706	Tamizajes	
Complicaciones de diabetes	Egresos hospitalarios relacionados con diabetes	2,834	Egresos	Indicador de control tardío
Complicaciones de diabetes	Egresos por cetoacidosis	175	Egresos	
Complicaciones de diabetes	Egresos por complicaciones circulatorias y pie diabético	357	Egresos	Riesgo de discapacidad

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Nota de interpretación
Insuficiencia renal crónica	Egresos hospitalarios por IRC	10,982	Egresos	Principal presión hospitalaria asociada a cronicidad
Insuficiencia renal crónica	Egresos por IRC en etapa 5	5,224	Egresos	47.5% de egresos por IRC
Insuficiencia renal crónica	Pacientes en etapa 5	47.50%	Porcentaje	Ingreso en estadio terminal
Eventos cerebrovasculares	Egresos por EVC/isquemias	1,261	Egresos	Complicación asociada a hipertensión no controlada
Cáncer de mama	Nuevos diagnósticos registrados	33	Casos	Referidos a tratamiento oncológico
Cáncer cervicouterino	Nuevos diagnósticos confirmados	10	Casos	Resultado de tamizaje VPH/citología

Fuente: Secretaría de Salud / DGIS, Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) 2025 y Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) 2025.

Tabla A9. Salud materna: control prenatal, embarazo adolescente, alto riesgo y complicaciones. Durango, 2025

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Porcentaje / relación	Lectura
Control prenatal	Consultas prenatales de primera vez	6,158	Consultas	100.0%	Universo de captación inicial
Control prenatal	Primera vez en 1er trimestre	2,738	Consultas	44.5%	Captación oportuna
Control prenatal	Primera vez en 2do trimestre	2,206	Consultas	35.8%	Captación tardía
Control prenatal	Primera vez en 3er trimestre	1,214	Consultas	19.7%	Captación muy tardía
Control prenatal	Consultas subsecuentes	18,634	Consultas		Seguimiento prenatal
Control prenatal	Consultas prenatales totales	25,012	Consultas		Primera vez + subsecuentes
Control prenatal	Promedio aproximado de consultas por gestante captada	4.06	Relación		Consultas totales / primera vez

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Porcentaje / relación	Lectura
Embarazo adolescente	Adolescentes captadas en control prenatal	1,923	Personas	31.2%	Proporción sobre primeras veces
Embarazo adolescente	Menores de 15 años, primera vez	95	Personas		Alta prioridad social e institucional
Embarazo adolescente	15 a 19 años, primera vez	1,828	Personas		
Alto riesgo	Gestantes con criterios de alto riesgo desde inicio	1,601	Personas		
Alto riesgo	Alto riesgo detectado en 3er trimestre	510	Personas	31.8%	Reduce margen preventivo
Complicaciones	Infección de vías urinarias en embarazadas	2,697	Casos		Principal morbilidad gestante
Complicaciones	Diabetes gestacional	739	Casos		Control metabólico materno
Complicaciones	Preeclampsia/eclampsia	105	Casos		Emergencia obstétrica
Complicaciones	Hemorragia en embarazadas	76	Casos		Emergencia obstétrica
Referencia/traslado	Traslados obstétricos de emergencia	397	Traslados		Más de un traslado diario
Referencia/traslado	Referencias por embarazo de alto riesgo	1,376	Referencias		
Referencia/traslado	Referencias por emergencias obstétricas específicas	203	Referencias		Preeclampsia, hemorragia y otras causas agudas

Fuente: Secretaría de Salud / DGIS, Subsistema de Prestación de Servicios (SIS), cierre 2025.

Tabla A10. Resultados perinatales e intervenciones neonatales inmediatas. Durango, 2025

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Porcentaje / relación	Nota metodológica
Nacimientos	Nacimientos registrados	20,694	Nacimientos	100.0%	Universo sectorial
Peso	Bajo peso al nacer (<2,500 g)	1,968	Nacimientos	9.5%	Sobre nacimientos registrados

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Porcentaje / relación	Nota metodológica
Edad gestacional	Nacimientos pretérmino	1,947	Nacimientos	9.4%	Sobre nacimientos registrados
Edad gestacional	Prematurez extrema (<28 semanas)	84	Nacimientos	0.4%	Sobre nacimientos registrados
Talla	Talla menor de 49 cm	5,063	Nacimientos	24.5%	Sobre nacimientos registrados
Peso	4,000 g o más	806	Nacimientos	3.9%	Componente de macrosomía
Adaptación neonatal	Apgar 0 a 6 a los 5 minutos	205	Nacimientos	1.0%	Subgrupo con necesidad de reanimación/vigilancia
Respiratorio	Silverman con algún grado de dificultad respiratoria	744	Nacimientos	3.6%	Sobre nacimientos registrados
Respiratorio	Silverman moderado o severo	202	Nacimientos	1.0%	Necesidad de soporte/vigilancia
Tamizaje	Tamiz metabólico	10,548	Recién nacidos		Universo institucional SSD, no comparable con total sectorial
Vacunación neonatal	Hepatitis B recién nacido 0 a 7 días	6,836	Dosis		Universo institucional SSD
Vacunación neonatal	BCG primeras 24 horas	2,433	Dosis		Universo institucional SSD
Vacunación neonatal	BCG de 2 a 28 días	6,020	Dosis		Universo institucional SSD
Vacunación neonatal	BCG en primer mes de vida	8,453	Dosis		Suma de primeras 24 h y 2 a 28 días

Fuente: Secretaría de Salud / DGIS, SINBA-Nacimientos 2025 y Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) 2025.

Tabla A11. Salud infantil: prevención, morbilidad, urgencias, egresos y mortalidad.

Durango, 2025

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Grupo de edad / universo	Lectura
Vacunación	BCG dentro del primer mes	8,453	Dosis	Recién nacidos	Actividad operativa del programa
Vacunación	Hepatitis B 0 a 7 días	6,836	Dosis	Recién nacidos	
Vacunación	Neumocócica conjugada primera dosis	12,788	Dosis	2 a 11 meses	

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Grupo de edad / universo	Lectura
Vacunación	Neumocócica conjugada segunda dosis	11,640	Dosis	4 a 11 meses	
Vacunación	Neumocócica conjugada tercera dosis	10,548	Dosis	12 a 23 meses	
Vacunación	SRP primera dosis	13,287	Dosis	12 meses	
Vacunación	SRP segunda dosis	10,293	Dosis	18 meses	
Vacunación	DPT	9,021	Dosis	4 años	
Nutrición/ lactancia	Lactancia materna exclusiva	4,748	Atenciones	Menores de 6 meses	
Nutrición/ lactancia	Lactancia materna 6 meses a <3 años	13,347	Atenciones	6 meses a <3 años	
Capacitación	Acciones de capacitación a madres	107,881	Acciones	Madres/cuidadores	Prevención y reconocimiento de signos de alarma
Capacitación	Capacitación sobre IRA	24,912	Acciones		
Capacitación	Capacitación sobre lactancia materna	22,830	Acciones		
Capacitación	Capacitación sobre EDAS	20,757	Acciones		
Capacitación	Estimulación temprana inicial	14,984	Acciones		
Morbilidad	Infecciones respiratorias agudas	21,539	Casos	Menores de 5 años	
Morbilidad	Infecciones intestinales	3,725	Casos	Menores de 5 años	
Morbilidad	Otitis media aguda	1,539	Casos	Menores de 5 años	
Morbilidad	Neumonías y bronconeumonías	152	Casos	Menores de 5 años	
Urgencias	Atenciones de urgencias	20,078	Atenciones	Menores de 5 años	
Urgencias	Atenciones de urgencias en menores de 1 año	7,366	Atenciones	Menores de 1 año	
Urgencias	Atenciones de urgencias en 1 a 4 años	12,712	Atenciones	1 a 4 años	
Egresos	Egresos hospitalarios	4,242	Egresos	Menores de 5 años	
Egresos	Egresos en menores de 1 año	2,555	Egresos	Menores de 1 año	

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Grupo de edad / universo	Lectura
Egresos	Egresos en 1 a 4 años	1,687	Egresos	1 a 4 años	
Mortalidad	Defunciones por malformaciones congénitas	41	Defunciones	Menores de 1 año	
Mortalidad	Defunciones por accidentes	13	Defunciones	1 a 4 años	Principal causa en el grupo

Fuente: Secretaría de Salud / DGIS, Subsistema de Prestación de Servicios (SIS) 2025, Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) 2025 y Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED) 2025; Secretaría de Salud / DGE, SUIVE, semana epidemiológica 53 de 2025.

Tabla A12. Lesiones, violencias y otras causas externas. Durango, 2025

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Porcentaje / relación	Lectura
Carga total	Lesiones registradas	15,763	Eventos	100.0%	Casos atendidos y registrados
Intencionalidad	Lesiones accidentales	14,849	Eventos	94.2%	Componente dominante
Intencionalidad	Violencia familiar	326	Eventos	2.1%	
Intencionalidad	Violencia no familiar	389	Eventos	2.5%	
Intencionalidad	Eventos autoinfligidos	196	Eventos	1.2%	Conexión con salud mental
Intencionalidad	Trata de personas	3	Eventos	0.0%	
Mecanismo	Caídas	5,234	Eventos		Principal mecanismo accidental
Mecanismo	Piquetes o mordeduras de animal	4,908	Eventos		
Mecanismo	Eventos por vehículo de motor	1,470	Eventos		Seguridad vial
Tránsito	Lesionados por vehículo bajo influjo de alcohol/drogas	31.6%	Porcentaje		Factor modificable
Tránsito	Lesionados por vehículo sin equipo de seguridad	48.7%	Porcentaje		Casco/cinturón
Primera infancia	Caídas en menores de 5 años	781	Eventos		Prevención en el hogar
Primera infancia	Fuego, flama o sustancias calientes en menores de 5 años	24	Eventos		

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Porcentaje / relación	Lectura
Violencia	Violencia familiar en mujeres	262	Casos	80.4%	80.4% de violencia familiar
Violencia	Violencia no familiar en hombres	272	Casos	69.9%	69.9% de violencia no familiar
Violencia	Violencia familiar ocurrida en vivienda	282	Casos	86.5%	Ámbito privado
Violencia	Violencia no familiar ocurrida en vía pública	181	Casos	46.5%	Ámbito público
Autolesión	Eventos autoinfligidos ocurridos en vivienda	170	Casos	86.7%	Ámbito privado
Violencia sexual	Casos positivos de violencia sexual	36	Casos		Alta severidad clínica/legal
Violencia sexual	Casos positivos en mujeres	34	Casos	94.4%	94.4%
Servicios	Lesiones atendidas en urgencias	13,244	Atenciones	84.0%	84% del total
Consecuencia	Contusión o mallugamiento	3,290	Casos		
Consecuencia	Laceración o abrasión	3,031	Casos		
Consecuencia	Heridas	2,039	Casos		
Consecuencia	Fracturas	1,732	Casos		
Mortalidad	Defunciones por accidentes	675	Defunciones		Muerte prematura
Mortalidad	Defunciones por lesiones autoinfligidas	129	Defunciones		Suicidio
Mortalidad	Defunciones por agresiones	96	Defunciones		Homicidio

Fuente: Secretaría de Salud / DGIS, Cubo de Lesiones 2025 y SEED 2025; INEGI, Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2025.

Tabla A13. Salud mental, conducta suicida y consumo de sustancias. Durango, 2025

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Grupo / universo	Lectura
Malestar emocional	Población con al menos un síntoma en últimos 12 meses	68.0%	Porcentaje	12 a 65 años	Carga amplia no siempre diagnosticada

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Grupo / universo	Lectura
Malestar emocional	Malestar persistente	14.8%	Porcentaje	12 a 65 años	
Malestar emocional	Días de incapacidad total por causa emocional	13.7%	Porcentaje	Personas con alteración emocional	
Malestar emocional	Reducción de actividades	19.0%	Porcentaje	Personas con alteración emocional	
Malestar emocional	Consultó profesional de salud	10.5%	Porcentaje	Personas con alteración emocional	Brecha necesidad-atención
Conducta suicida	Pensó que era mejor morir que vivir	7.1%	Porcentaje	12 a 65 años	
Conducta suicida	Sintió que no valía la pena seguir viviendo	6.6%	Porcentaje	12 a 65 años	
Conducta suicida	Ideación suicida activa	1.6%	Porcentaje	12 a 65 años	
Conducta suicida	Plan suicida	0.9%	Porcentaje	12 a 65 años	
Conducta suicida	Intento suicida	0.45%	Porcentaje	12 a 65 años	
Conducta suicida	Autolesión alguna vez sin intención de morir	2.5%	Porcentaje	12 a 65 años	
Alcohol	Consumo alguna vez en la vida	72.70%	Porcentaje	12 a 65 años	
Alcohol	Consumo en últimos 12 meses	44.40%	Porcentaje	12 a 65 años	
Alcohol	Consumo en últimos 30 días	29.70%	Porcentaje	12 a 65 años	
Alcohol	Consumo semanal o más frecuente	12.60%	Porcentaje	12 a 65 años	Exposición repetida
Alcohol	Consumo diario	2.45%	Porcentaje	12 a 65 años	
Alcohol	Uso problemático de alcohol	26.10%	Porcentaje	Bebedores último año	Componente sintomático compatible
Otras sustancias	Drogas ilegales alguna vez	15.40%	Porcentaje	12 a 65 años	
Otras sustancias	Drogas ilegales últimos 12 meses	2.39%	Porcentaje	12 a 65 años	

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Grupo / universo	Lectura
Otras sustancias	Drogas médicas fuera de prescripción alguna vez	20.40%	Porcentaje	12 a 65 años	

Fuente: Encuesta nacional 2025 aplicada a población de 12 a 65 años; Instituto de Salud Mental del Estado de Durango, registros de suicidio 2025; Servicios de Salud de Durango, registros de atención en salud mental y adicciones 2025.

Tabla A14. Infraestructura y capacidad instalada hospitalaria de Servicios de Salud de Durango. 2025

Jurisdicción sanitaria	Camas censables habilitadas	Camas censables inhabilitadas	Camas no censables habilitadas	Camas no censables inhabilitadas	Salas expulsión hab.	Salas operación hab.	UCIN	UCIA	Urgencias con choque	Urgencias sin choque	Ambulancias hab.	Ambulancias intensivas hab.
Jurisdicción Sanitaria 1 - Durango	475	117	221	15	13	21	1	2	2	11	30	5
Jurisdicción Sanitaria 2 - Gómez Palacio	178	74	137	20	9	7	2	1	2	7	24	2
Jurisdicción Sanitaria 3 - Santiago Papasquiaro	52	0	41	2	3	5	0	0	1	3	12	1
Jurisdicción Sanitaria 4 - Rodeo	45	2	18	0	3	1	0	0	2	3	13	0
Total estatal	750	193	417	37	28	34	3	3	7	24	79	8

Fuente: Secretaría de Salud / DGIS, Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) y SINERHIAS, corte al 31 de diciembre de 2025.

Tabla A15. Recursos humanos en contacto directo con el paciente por jurisdicción sanitaria. 2025

Jurisdicción sanitaria	Médico general	Médico especialista	Enfermería	Odontólogo	Médico general por 1,000 hab.	Médico especialista por 1,000 hab.	Enfermería por 1,000 hab.	Odontólogo por 1,000 hab.
Jurisdicción Sanitaria 1	376	388	1368	108	0.93	0.96	3.38	0.27
Jurisdicción Sanitaria 2	129	156	661	23	0.52	0.63	2.66	0.09
Jurisdicción Sanitaria 3	56	14	112	10	0.77	0.19	1.53	0.14
Jurisdicción Sanitaria 4	32	9	87	8	1.31	0.37	3.57	0.33
Total / promedio estatal	593	567	2228	149				

Fuente: Secretaría de Salud / DGIS, SINERHIAS, corte al 31 de diciembre de 2025; SGCONAPO, proyecciones de población municipal 2026 para el cálculo de tasas por 1,000 habitantes.

Tabla A16. Productividad, operación hospitalaria y calidad de la atención. Durango, 2025

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Jurisdicción / unidad	Lectura
Primer nivel	Consultas de primer nivel por 1,000 hab.	573.2	Tasa	Total estatal	
Primer nivel	Consulta médica por 1,000 hab.	448.1	Tasa	Total estatal	
Primer nivel	Consulta odontológica por 1,000 hab.	58.6	Tasa	Total estatal	
Primer nivel	Referencias por 1,000 hab.	26.1	Tasa	Total estatal	
Primer nivel	Contrarreferencias por 1,000 hab.	1.1	Tasa	Total estatal	
Urgencias	Atenciones de urgencias	145,344.	Atenciones	Total estatal	
Urgencias	Urgencias calificadas	36,806.	Atenciones	Total estatal	
Urgencias	Urgencias no calificadas	108,538.	Atenciones	Total estatal	
Urgencias	Permanencia en urgencias >12 horas	3,318.	Atenciones	Total estatal	2.3% del total
Cirugía	Procedimientos quirúrgicos	15,652.	Procedimientos	Total estatal	

Componente	Indicador	Valor	Unidad	Jurisdicción / unidad	Lectura
Cirugía	Diferimiento quirúrgico promedio	10.50%	Porcentaje	Promedio estatal	
Cirugía	Diferimiento quirúrgico promedio J1	11.48%	Porcentaje	Jurisdicción 1	
Cirugía	Diferimiento quirúrgico promedio J2	19.19%	Porcentaje	Jurisdicción 2	Mayor diferimiento promedio
Hospitalización	Egresos hospitalarios analizados	27,297.	Egresos	Red sin HSM	
Hospitalización	Días estancia	111,599.	Días	Red sin HSM	
Hospitalización	Camas censables funcionales	586.	Camas	Red sin HSM	
Hospitalización	Estancia media global	4.1	Días	Red sin HSM	
Hospitalización	Ocupación hospitalaria	52.20%	Porcentaje	Red sin HSM	
Hospitalización	Índice de rotación	46.6	Egresos/cama	Red sin HSM	
Hospitalización	Intervalo de sustitución	3.7	Días	Red sin HSM	
Hospital General de Durango	Egresos	10,419.	Egresos	Unidad	38.2% del total analizado
Hospital General de Durango	Ocupación	71.10%	Porcentaje	Unidad	Alta producción
Hospital General 450	Egresos	5,319.	Egresos	Unidad	19.5% del total analizado
Hospital General 450	Ocupación	108.40%	Porcentaje	Unidad	Presión asistencial crítica
Calidad	Satisfacción, trato adecuado y digno	91.40%	Porcentaje	Total estatal	
Calidad	Tasa de infecciones nosocomiales	2.01	Tasa	Total estatal	
Calidad	Surtimiento completo de medicamentos	69.77%	Porcentaje	Total estatal	
Calidad	Espera en consulta externa	12.94	Minutos	Total estatal	
Calidad	Espera en urgencias	12.91	Minutos	Total estatal	

Fuente: Secretaría de Salud / DGIS, SIS 2025, SAEH 2025 e INDICAS 2025; Servicios de Salud de Durango, registros institucionales de urgencias y cirugía, 2025.

12.2. Anexo B. Glosario de siglas y términos operativos

El presente glosario tiene como propósito facilitar la lectura técnica del Diagnóstico de Salud 2026 y homologar el uso de siglas, conceptos e indicadores empleados en el documento. Las definiciones se presentan con enfoque operativo para fines de análisis, planeación y seguimiento institucional. Cuando existe una definición normativa o técnica establecida por fuentes oficiales, ésta se toma como referencia; cuando el término se utiliza como categoría de análisis propia del diagnóstico, se precisa su uso dentro del documento.

Tabla B.1. Siglas institucionales, fuentes de información y componentes técnicos

Sigla / término	Definición operativa para este diagnóstico	Base de referencia
AGEB	Área Geoestadística Básica. Unidad territorial del Marco Geoestadístico utilizada para organizar, integrar y presentar información estadística a escala submunicipal.	INEGI
AGEE	Área Geoestadística Estatal. Unidad territorial que identifica a cada entidad federativa dentro del Marco Geoestadístico Nacional.	INEGI
BCG	Vacuna Bacilo de Calmette y Guérin, utilizada para la prevención de formas graves de tuberculosis, particularmente en población infantil.	Programa de Vacunación / NOM-036
BPN	Bajo peso al nacer. Condición del recién nacido con peso inferior a 2,500 gramos al momento del nacimiento.	NOM-007 / OMS
CAPA	Centro de Atención Primaria en Adicciones. Unidad orientada a la prevención, detección temprana, consejería y atención ambulatoria de problemas relacionados con consumo de sustancias.	Secretaría de Salud / NOM-028
CAPASITS	Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual. Unidad especializada en prevención, diagnóstico, atención y seguimiento de VIH e ITS.	Secretaría de Salud
CECAN	Centro Estatal de Cancerología. Unidad especializada en diagnóstico, tratamiento y seguimiento de padecimientos oncológicos.	Uso institucional
CECOSAMA	Centro Comunitario de Salud Mental y Adicciones. Unidad orientada a la atención ambulatoria, prevención, detección, referencia y seguimiento de problemas de salud mental y consumo de sustancias.	Secretaría de Salud
CEREDI	Centro Regional de Desarrollo Infantil. Unidad orientada a la detección y atención de alteraciones en el desarrollo infantil.	Uso institucional

Sigla / término	Definición operativa para este diagnóstico	Base de referencia
CESSA	Centro de Salud con Servicios Ampliados. Unidad de primer nivel con mayor capacidad resolutoria que un centro de salud convencional, al incorporar servicios ampliados de atención.	Secretaría de Salud
CIJ	Centros de Integración Juvenil. Institución especializada en prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación sobre consumo de sustancias.	Uso institucional
CLUES	Clave Única de Establecimientos de Salud. Identificador oficial asignado a establecimientos del sector salud, utilizado para su registro, ubicación, clasificación y seguimiento.	DGIS / Lineamientos CLUES
CONAPO	Consejo Nacional de Población. Fuente oficial utilizada para proyecciones de población y estimaciones demográficas.	CONAPO
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Fuente de referencia para mediciones históricas y metodología de pobreza multidimensional.	CONEVAL / INEGI
DGIS	Dirección General de Información en Salud. Instancia federal responsable del acopio, integración y difusión de información en salud para planeación, programación, presupuestación y evaluación.	Secretaría de Salud
DPT	Vacuna contra difteria, tos ferina y tétanos, utilizada como parte del esquema de vacunación infantil.	NOM-036
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles. Grupo de padecimientos no infecciosos de evolución prolongada, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedad renal crónica y enfermedades respiratorias crónicas.	OMS / Secretaría de Salud
EDA / EDAS	Enfermedad diarreica aguda. Cuadro caracterizado por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia, generalmente de inicio agudo, asociado a causas infecciosas, alimentarias o ambientales.	Vigilancia epidemiológica
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. Fuente utilizada para analizar ingreso, gasto, condiciones de vivienda, equipamiento del hogar y variables socioeconómicas.	INEGI
ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Fuente utilizada para analizar población económicamente activa, ocupación, desocupación, informalidad, sectores de actividad e ingreso laboral.	INEGI
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Fuente nacional para estimar condiciones de salud, nutrición, factores de riesgo, uso de servicios y determinantes sociales.	INSP / Secretaría de Salud

Sigla / término	Definición operativa para este diagnóstico	Base de referencia
ENVIPE	Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública. Fuente utilizada como referencia contextual para analizar victimización, percepción de inseguridad, cifra oculta e impacto económico del delito.	INEGI
FGE	Fiscalía General del Estado. Institución estatal vinculada con información y atención de hechos posiblemente constitutivos de delito.	Uso institucional
HG450	Hospital General 450. Unidad hospitalaria de referencia ubicada en la ciudad de Durango, con capacidad resolutive para atención especializada y de urgencias.	Uso institucional
HGGP	Hospital General de Gómez Palacio. Unidad hospitalaria de referencia en la región Laguna.	Uso institucional
HMI	Hospital Materno Infantil. Unidad hospitalaria especializada en atención obstétrica, perinatal, neonatal y pediátrica.	Uso institucional
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social. Institución de seguridad social que brinda servicios médicos y prestaciones a población derechohabiente.	Marco institucional federal
IMSS-Bienestar	Organismo público descentralizado que presta servicios de salud a población sin seguridad social, bajo el modelo de atención aplicable.	Marco institucional federal
INDICAS	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud. Herramienta para registrar, monitorear y comparar indicadores de calidad en unidades de atención médica.	DGCES / Secretaría de Salud
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Fuente oficial de información estadística, geográfica, demográfica, económica y social.	INEGI
IRA	Infección respiratoria aguda. Grupo de padecimientos infecciosos de vías respiratorias de inicio agudo, sujetos a vigilancia por su frecuencia, estacionalidad e impacto en la demanda de servicios.	Vigilancia epidemiológica
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Institución de seguridad social para población trabajadora del sector público y sus derechohabientes.	Marco institucional federal
MAS-Bienestar	Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar. Modelo de organización de servicios orientado a fortalecer el acceso, la atención primaria, la continuidad y la integración de la atención.	Secretaría de Salud / IMSS-Bienestar
NOM	Norma Oficial Mexicana. Regulación técnica de observancia obligatoria expedida por autoridad competente, aplicable a procesos, servicios, productos o actividades que pueden incidir en la salud o seguridad de las personas.	Secretaría de Salud / DOF

Sigla / término	Definición operativa para este diagnóstico	Base de referencia
OMS	Organización Mundial de la Salud. Organismo internacional especializado en salud pública.	OMS
OPS	Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la OMS para las Américas.	OPS
PEA	Población Económicamente Activa. Personas de 15 años y más que durante el periodo de referencia trabajaron o buscaron activamente empleo.	INEGI/ ENOE
PFAM	Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica. Estrategia operativa para acercar servicios de salud a localidades sin unidad médica fija o con barreras de acceso.	Secretaría de Salud
RMM	Razón de mortalidad materna. Indicador que expresa las defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos, conforme a criterios de clasificación aplicables.	Secretaría de Salud / OMS
SAEH	Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. Sistema utilizado para registrar información de la atención brindada durante la estancia hospitalaria del paciente.	DGIS
SEED	Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones. Subsistema utilizado para integrar información de mortalidad con oportunidad y consistencia estadística.	DGIS
SESA	Servicios Estatales de Salud. Instancias estatales responsables de la prestación y operación de servicios de salud en la entidad.	Secretaría de Salud
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Conjunto de estrategias, métodos y procesos estandarizados para generar información epidemiológica oportuna y confiable.	NOM-017 / DGE
SINBA	Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud. Plataforma nacional que integra información básica en salud para distintos subsistemas y componentes de análisis.	DGIS
SINERHIAS	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud. Fuente para registrar y analizar recursos humanos, infraestructura y equipamiento en salud.	DGIS
SIS	Subsistema de Prestación de Servicios. Componente de SINBA que registra servicios otorgados en unidades médicas, particularmente consulta externa, detecciones, acciones preventivas y atenciones programáticas.	DGIS
SSA	Secretaría de Salud. Dependencia federal rectora del Sistema Nacional de Salud; en tabulados institucionales también puede utilizarse como referencia a servicios estatales de salud según el origen del registro.	Secretaría de Salud

Sigla / término	Definición operativa para este diagnóstico	Base de referencia
SSD	Servicios de Salud de Durango. Institución responsable de organizar y prestar servicios de salud en el ámbito estatal para la población bajo su responsabilidad.	Uso institucional
SUIVE	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Instrumento de notificación utilizado para registrar casos nuevos de enfermedades sujetas a vigilancia.	DGE / SINAVE
TB	Tuberculosis. Enfermedad infecciosa causada por bacterias del complejo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , con mayor frecuencia de presentación pulmonar o respiratoria.	Vigilancia epidemiológica
UCIA	Unidad de Cuidados Intensivos Adultos. Área hospitalaria destinada a la atención de pacientes adultos en estado crítico que requieren vigilancia y soporte especializado.	Uso hospitalario
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Área hospitalaria destinada a la atención de recién nacidos en estado crítico o con necesidad de soporte especializado.	Uso hospitalario
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Agente viral que afecta el sistema inmunológico y requiere diagnóstico, tratamiento antirretroviral y seguimiento continuo.	Secretaría de Salud
VPH	Virus del Papiloma Humano. Grupo de virus asociados con infecciones de transmisión sexual y con lesiones precursoras de cáncer cervicouterino, entre otros padecimientos.	Secretaría de Salud
SRP	Vacuna triple viral contra sarampión, rubéola y parotiditis.	NOM-036

Tabla B.2. Términos operativos utilizados en el diagnóstico

Término	Definición operativa para este diagnóstico	Base de referencia
Accesibilidad a carretera pavimentada	Condición que aproxima la facilidad o dificultad de una localidad para conectarse con vías pavimentadas y, por tanto, con servicios, mercados y unidades de atención.	CONEVAL / análisis territorial
Adscripción institucional	Asignación o vinculación de la población a una institución responsable de otorgar servicios de salud, conforme a derechohabiencia, afiliación, responsabilidad operativa o registro administrativo.	Uso operativo

Término	Definición operativa para este diagnóstico	Base de referencia
Aseguramiento / derechohabencia	Condición mediante la cual una persona tiene derecho a recibir servicios de salud y/o prestaciones conforme a la institución o esquema al que está vinculada.	Marco institucional
Atención de primer nivel	Puerta de entrada al sistema de salud. Incluye promoción, prevención, vacunación, consulta general, detección, control de padecimientos frecuentes y referencia oportuna.	Modelo de atención
Atención de segundo nivel	Atención hospitalaria de mediana complejidad, con servicios de urgencias, hospitalización, cirugía, especialidades básicas y apoyo diagnóstico.	Modelo de atención
Atención de tercer nivel	Atención de alta especialidad para padecimientos de mayor complejidad, baja frecuencia relativa o alta necesidad tecnológica y subespecializada.	Modelo de atención
Bajo peso al nacer	Peso del recién nacido menor de 2,500 gramos, independientemente de la edad gestacional.	NOM-007 / OMS
Cama censable	Cama instalada en el área de hospitalización, controlada por admisión, cuya ocupación genera días estancia y puede producir un egreso hospitalario.	NOM-040 / DGIS
Cama no censable	Cama destinada a atención transitoria o provisional, como observación, urgencias, recuperación, terapia o procedimientos de corta estancia; no genera egreso hospitalario convencional.	NOM-040 / DGIS
Carencia social	Privación identificada en dimensiones de derechos sociales, como rezago educativo, acceso a servicios de salud, seguridad social, alimentación, vivienda o servicios básicos.	INEGI / metodología CONEVAL
Causa básica de defunción	Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte, o circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal.	NOM-035 / CIE

Término	Definición operativa para este diagnóstico	Base de referencia
Consulta de primera vez	Atención otorgada por primera ocasión a una persona por un motivo, programa, padecimiento o condición específica dentro del periodo de registro correspondiente.	SIS / uso operativo
Consulta subsecuente	Atención otorgada a una persona que ya había sido incorporada previamente a seguimiento por el mismo motivo, programa, padecimiento o condición.	SIS / uso operativo
Contrarreferencia	Proceso mediante el cual una unidad de mayor capacidad resolutoria devuelve al paciente, con información clínica suficiente, a la unidad de origen o de seguimiento para continuar la atención.	Lineamientos de referencia/contrarreferencia
Corte de información	Fecha o periodo hasta el cual se consideran consolidados los registros utilizados en el diagnóstico. Sirve para delimitar qué información entra al análisis y evitar mezclas de periodos.	Uso metodológico
Defunción	Fallecimiento de una persona registrado conforme a los procedimientos y certificados oficiales aplicables.	SEED / INEGI
Determinantes sociales de la salud	Condiciones sociales, económicas, culturales, ambientales y territoriales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que influyen en su salud.	OMS / OPS
Egreso hospitalario	Salida del paciente del servicio de hospitalización que implica desocupación de una cama censable. Incluye alta por mejoría, curación, traslado, defunción, alta voluntaria o fuga.	DGIS / SAEH
Embarazo adolescente	Embarazo en mujeres menores de 20 años. Para el análisis sanitario se distingue especialmente el grupo de 10 a 14 años por su alta prioridad clínica, social y de protección.	Salud sexual y reproductiva
Enfermedad transmisible	Padecimiento causado por agentes infecciosos o sus productos, capaz de transmitirse directa o indirectamente de una persona, animal, vector o ambiente a otra persona.	Vigilancia epidemiológica

Término	Definición operativa para este diagnóstico	Base de referencia
Enfermedad crónica no transmisible	Padecimiento de larga duración, generalmente de progresión lenta, no causado por transmisión infecciosa directa y asociado a factores biológicos, conductuales, ambientales y sociales.	OMS / Secretaría de Salud
Evento sindromático	Agrupación de signos y síntomas que permite identificar tempranamente un posible riesgo o brote antes de contar necesariamente con confirmación diagnóstica definitiva.	Vigilancia epidemiológica
Factor de riesgo	Condición, conducta, exposición o característica que aumenta la probabilidad de presentar enfermedad, complicación, discapacidad o muerte.	Epidemiología
Jurisdicción sanitaria	Unidad territorial técnico-administrativa utilizada para organizar, coordinar y supervisar acciones de salud pública, vigilancia epidemiológica y prestación de servicios en un conjunto de municipios.	Secretaría de Salud / SESA
Localidad habitada	Asentamiento registrado en el catálogo geoestadístico que cuenta con al menos una persona residente, usado para fines de análisis territorial del diagnóstico.	INEGI / criterio operativo
Localidad rural	Localidad con menos de 2,500 habitantes, conforme al criterio estadístico usado por INEGI.	INEGI
Localidad urbana	Localidad con 2,500 habitantes o más; en algunos criterios estadísticos se incluyen también cabeceras municipales aunque no alcancen ese umbral.	INEGI
Morbilidad	Frecuencia o volumen de enfermedades, daños o motivos de atención registrados en una población y periodo determinados.	Epidemiología
Mortalidad general	Número o tasa de defunciones ocurridas en una población durante un periodo determinado, independientemente de la causa específica.	Epidemiología / SEED

Término	Definición operativa para este diagnóstico	Base de referencia
Nacido vivo	Producto de la concepción que, después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, presenta signos de vida, independientemente de la duración del embarazo.	NOM-007 / criterios vitales
Población con seguridad social	Población que cuenta con derecho a recibir servicios de salud y prestaciones por medio de instituciones de seguridad social, como IMSS o ISSSTE.	Marco institucional
Población sin seguridad social	Población que no cuenta con derechohabencia en instituciones de seguridad social y cuya atención depende principalmente de servicios públicos no contributivos o esquemas estatales/federales de atención.	Marco institucional
Población de responsabilidad	Población asignada o considerada bajo responsabilidad operativa de una institución o red de servicios para fines de planeación, programación y seguimiento.	Uso operativo
Pobreza multidimensional	Condición en la que una persona presenta insuficiencia de ingreso y al menos una carencia social, conforme a la metodología oficial de medición de pobreza.	INEGI / metodología CONEVAL
Pobreza extrema	Condición en la que una persona tiene ingreso inferior a la línea de pobreza extrema por ingresos y presenta tres o más carencias sociales.	INEGI / metodología CONEVAL
Referencia	Proceso clínico-administrativo mediante el cual una unidad envía a una persona a otra unidad con mayor capacidad resolutoria para valoración, diagnóstico o tratamiento.	Lineamientos de referencia/contrarreferencia
Región operativa / región de análisis	Agrupación territorial de municipios utilizada para facilitar la lectura del contexto demográfico, social, geográfico o sanitario. No sustituye la organización jurisdiccional.	Uso operativo del diagnóstico
Riesgo obstétrico	Probabilidad aumentada de que el embarazo, parto o puerperio presente complicaciones para la mujer gestante o el producto, por condiciones clínicas, antecedentes o factores sociales/territoriales.	NOM-007 / salud materna

Término	Definición operativa para este diagnóstico	Base de referencia
Subregistro	Diferencia entre los eventos que realmente ocurren y los que son captados, notificados o registrados por los sistemas de información.	Uso epidemiológico
Tamizaje / detección	Aplicación de pruebas, cuestionarios o procedimientos para identificar oportunamente riesgo, enfermedad probable o condición prioritaria en personas aparentemente sanas o sin diagnóstico previo.	Programas preventivos
Tasa	Medida que expresa la frecuencia de ocurrencia de un evento en una población durante un periodo determinado, generalmente con un denominador poblacional.	Epidemiología
Razón	Relación entre dos cantidades en la que el numerador no necesariamente forma parte del denominador; se usa, por ejemplo, en la razón de mortalidad materna.	Epidemiología
Porcentaje	Proporción expresada por cada cien unidades, utilizada para describir distribución, cobertura o participación relativa.	Estadística
Tasa de incidencia	Frecuencia de casos nuevos de una enfermedad o evento en una población durante un periodo determinado.	Epidemiología
Urgencia obstétrica	Complicación durante el embarazo, parto o puerperio que requiere atención inmediata para prevenir muerte o daño grave en la mujer gestante o el producto.	NOM-007 / atención obstétrica
Vigilancia epidemiológica	Recolección, análisis, interpretación y difusión sistemática de información sobre eventos de salud, con el propósito de orientar acciones de prevención, control y toma de decisiones.	NOM-017 / SINAVE
Vigilancia convencional	Modalidad de vigilancia basada en la notificación regular de casos nuevos de enfermedades sujetas a vigilancia, generalmente mediante formatos establecidos.	DGE / SUIVE
Vigilancia especial	Seguimiento específico de padecimientos, riesgos o eventos que por su magnitud, trascendencia, gravedad o vulnerabilidad requieren información adicional o procedimientos particulares.	NOM-017

Término	Definición operativa para este diagnóstico	Base de referencia
Brote	Ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí, o incremento inusual de casos en un lugar y periodo determinados, según el padecimiento de que se trate.	Vigilancia epidemiológica
Cobertura de vacunación	Proporción de la población objetivo que recibió una vacuna o esquema correspondiente en un periodo determinado.	Programa de Vacunación
Esquema de vacunación	Conjunto de vacunas, dosis, edades e intervalos establecidos para proteger a la población contra enfermedades prevenibles por vacunación.	NOM-036
Atención ambulatoria	Atención médica que no requiere hospitalización y se otorga en consulta externa, urgencias no hospitalizadas, unidades móviles o servicios programáticos.	Uso operativo
Hospitalización	Ingreso de una persona a una unidad hospitalaria para observación, diagnóstico, tratamiento o cuidado, con ocupación de cama censable.	DGIS / SAEH
Diferimiento quirúrgico	Tiempo de espera o retraso entre la indicación/programación de una cirugía y su realización efectiva.	Uso hospitalario
Ocupación hospitalaria	Grado de utilización de las camas censables disponibles en una unidad hospitalaria durante un periodo determinado.	Indicadores hospitalarios
Promedio de estancia	Promedio de días que los pacientes permanecen hospitalizados durante un periodo determinado.	Indicadores hospitalarios
Índice de rotación de camas	Promedio de pacientes egresados por cama censable disponible en un periodo determinado.	Indicadores hospitalarios
Intervalo de sustitución	Tiempo promedio que una cama censable permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro.	Indicadores hospitalarios
Salud mental	Estado de bienestar psicológico, emocional y social que permite a las personas afrontar tensiones, desarrollar capacidades, trabajar y participar en su comunidad. En el diagnóstico se analiza mediante demanda de atención, malestar	OMS / NOM-025

Término	Definición operativa para este diagnóstico	Base de referencia
Consumo problemático de sustancias	emocional, conducta suicida y consumo de sustancias. Patrón de consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias psicoactivas que genera daño, riesgo, pérdida de control, afectación funcional o necesidad de intervención preventiva o terapéutica.	NOM-028
Lesión accidental	Daño físico ocasionado por un evento no intencional, como caída, quemadura, accidente de tránsito, mordedura, piquete u otro mecanismo externo.	Cubo de lesiones / uso epidemiológico
Violencia familiar	Evento de violencia ocurrido en el ámbito familiar o doméstico, registrado por los servicios de salud conforme a los formatos y criterios aplicables.	Uso epidemiológico / salud pública
Violencia no familiar	Evento de violencia interpersonal ocurrido fuera del ámbito familiar o doméstico, registrado por los servicios de salud conforme a los formatos y criterios aplicables.	Uso epidemiológico / salud pública
Lesión autoinfligida	Daño provocado por la propia persona, con o sin intención suicida declarada, que requiere atención, vigilancia o intervención por riesgo de repetición o agravamiento.	Salud mental / vigilancia
Suicidio	Muerte resultante de una lesión autoinfligida intencionalmente. En el diagnóstico se analiza como causa externa de mortalidad y como evento prioritario de salud mental.	SEED / CIE
Cifra oculta	Proporción de delitos o eventos no denunciados o que no derivan en carpeta de investigación. En el diagnóstico se usa como referencia contextual para interpretar subregistro de violencia.	ENVIPE
Interculturalidad en salud	Enfoque que reconoce diferencias culturales, lingüísticas y comunitarias en la forma de entender, buscar y recibir atención en salud, promoviendo pertinencia cultural y comunicación efectiva.	OPS / uso operativo

Término	Definición operativa para este diagnóstico	Base de referencia
Enlace intercultural	Persona o figura operativa que facilita la comunicación entre personal de salud y población indígena o culturalmente diferenciada, apoyando traducción, orientación y mediación comunitaria.	Uso institucional
Medicina tradicional	Conjunto de conocimientos, prácticas y recursos terapéuticos de base cultural o comunitaria utilizados para prevenir, aliviar o tratar padecimientos, particularmente en comunidades indígenas o rurales.	OMS / uso intercultural
Pertinencia cultural	Adecuación de los servicios, mensajes, trato y estrategias de salud a las características culturales, lingüísticas y sociales de la población atendida.	Interculturalidad
Celdas pequeñas	Valores muy bajos en tabulados que pueden generar inestabilidad estadística o riesgo de identificación indirecta; deben interpretarse con cautela y, cuando proceda, agregarse.	Consideraciones éticas
Dato preliminar	Información sujeta a validación, cierre, ajuste o consolidación posterior por la fuente responsable.	Uso metodológico
Dato consolidado	Información revisada y cerrada por la fuente institucional correspondiente para un periodo determinado.	Uso metodológico



2022 **DURANGO** 2028
GOBIERNO DEL ESTADO

SSD

**SECRETARÍA DE SALUD
DE DURANGO**

