

*Gobierno del Estado  
Libre y Soberano de Chihuahua*



Registrado como  
Artículo  
de segunda Clase de  
fecha 2 de Noviembre  
de 1927

Todas las leyes y demás disposiciones supremas son obligatorias por el sólo hecho de publicarse en este Periódico.

Responsable: La Secretaría General de Gobierno. Se publica los Miércoles y Sábados.

Chihuahua, Chih., sábado 28 de mayo de 2022.

**No. 43**

***Folleto Anexo***

**SECRETARÍA DE SALUD**

**PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD  
DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 2022-2027**

# Contenido

- 1** Introducción
- 2** Metodología de elaboración
- 3** Alineación con otros planes, programas y documentos
- 4** Vinculación interinstitucional y con otros sectores
- 5** Situación del estado de salud de la población
  - 5.1 Perfil demográfico ¿Cómo está compuesta nuestra población?
  - 5.2 Perfil de morbilidad ¿De qué enferma nuestra población?
  - 5.3 Perfil de mortalidad ¿De qué muere nuestra población?
  - 5.4 Coyuntura COVID-19 y su impacto inmediato
  - 5.5 Identificación de brechas entre necesidades y capacidades
- 6** Construyendo una mejor salud para nuestra población
  - 6.1 Misión
  - 6.2 Visión
  - 6.3 Salud y Desarrollo 2030
  - 6.4 Objetivos, estrategias y líneas de acción
- 7** Seguimiento y evaluación

## Introducción

La salud es prioridad y compromiso fundamental del actual Gobierno del Estado con los chihuahuenses.

El Programa Sectorial de Salud es el instrumento motor para dar respuesta a ese compromiso, donde se establecen de manera sistemática y metódica las acciones a emprender en el periodo 2022-2027, en el que los propósitos fundamentales son: garantizar la atención médica para todo aquel que la requiera y mejorar la calidad de vida de los habitantes en el Estado, además de fincar una estructura médica y hospitalaria sólida, con visión de futuro, que asegure la salud a las próximas generaciones.

Es importante dar lugar a una participación incluyente, que permita al sector social y privado estar en posibilidad de colaborar y aportar, pues al contrario de documentos de este tipo que ortodoxamente se abocan a considerar únicamente el quehacer de las instituciones de salud, se pone de relevancia la elaboración de políticas públicas donde las estrategias y las líneas de acción se propicien y ejecuten mediante la conjunción de esfuerzos intra e intersectoriales, en que la contribución de las partes de resultados unificados, sólidos y trascendentes en el alcance de los objetivos propuestos.

La presencia de políticas públicas, como otras herramientas que presenta el programa, habrán de propiciar el cumplimiento de esta prioridad de Gobierno, con claridad, precisión y eficiencia en el desempeño operativo y la consecuente obtención de resultados.

El programa se integra por seis objetivos específicos, cuya operatividad se dará mediante 17 estrategias que se concretan a través de 128 líneas de acción. En su conjunto esta estructura programática considera todas las atribuciones y funciones que le corresponden al sector salud estatal y que está dirigida en lo fundamental a mejorar y sostener los niveles de salud a través de:

- **Brindar el acceso oportuno y ágil a los servicios de salud a la población que los demande;**
- **Hacer más profusa y con mayor cobertura la prevención y promoción de la salud;**
- **Ofrecer atención médica y hospitalaria de calidad y trato digno a los pacientes;**
- **Fortalecer la medicina orientada a la prevención y tratamiento de adicciones y/o problemas de salud mental.**

Para dar lugar a lo anterior, entre otras funciones, la Secretaría de Salud en el Estado cuenta con cinco órganos desconcentrados y dos organismos descentralizados.

El contenido del **Programa Sectorial de Salud 2022-2027**, presenta en primer término un marco normativo, el cual ordena de manera separada para mejor identificación, las regulaciones de alcance federal y estatal en las que se enmarcan tanto las atribuciones y responsabilidades en materia de salud, su administración y atención, como las obligaciones en materia de planeación, planes y programas.

Lo anterior, se acompaña de una explicación referente a la razón de ser de la normativa expuesta, con respecto al programa de mediano plazo, al sector salud y al alcance jurídico administrativo de la institución en su conjunto.

Por otra parte, la metodología de trabajo que se siguió en la integración del citado programa, inició con la elaboración de lo correspondiente al Plan Estatal de Desarrollo 2022-2027, donde foros como el del Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de Chihuahua (COPLADE) y el de Salud, fueron importantes en su promoción e inclusión para la conformación de un diagnóstico de la problemática en que se encuentra la salud en el Estado y sus posibles vías de solución.

Considerado el citado plan como el instrumento rector de las directrices y políticas que en materia de salud habrán de aplicar, es tarea a través del presente programa, la construcción de acciones concretas que en el mediano plazo permitan el alcance de los objetivos propuestos, mediante una gestión orientada a resultados.

El Programa Sectorial de Salud 2022-2027, tiene su expresión en el conjunto de acciones que en diversas materias se obliga el Gobierno Estatal, por lo que en su contenido se presenta la homogeneidad en los criterios de actuación gubernamental que permite la integración transversal, a través de la inclusión de cuatro pilares que expresan la visión de Gobierno, por lo que en sus objetivos, estrategias y líneas de acción, el programa tiene por principio de actuación, la dignidad, el bien común, la solidaridad y subsidiaridad, pilares que tratándose de la administración y atención en materia de salud resultan fundamentales por su vinculación estrecha y directa con la población.

Este programa es congruente y consecuente con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y el Plan Estatal de Desarrollo antes mencionado, en el propósito y la acción, donde las estrategias y políticas tienen un trazado transversal y de atención respecto de lo contenido en los planes enunciados.

Las acciones propuestas están alineadas al orden de prioridades, la metodología y principios de actuación de ambos planes, así como a la visión planteada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas.

El presente documento considera, como ya se mencionó, la conjunción de esfuerzos como una parte importante en la operación del programa sectorial de salud.

Por ello, la participación de las instituciones y actores vinculados a la salud resulta fundamental para buscar el éxito de las políticas públicas que se emprendan, donde mediante acuerdos y convenios en apego al marco regulatorio vigente, las instancias del orden federal, estatal, social, privado y académico colaboren activamente en la ejecución de aquellas estrategias y líneas de acción que, por sus características y su contribución, genere las aportaciones necesarias para su realización. El diagnóstico que aquí se presenta es un tema nodal en la integración del programa, el cual identifica una problemática diversa en materia de salud que se enfrenta en el Estado, tal como:

- **Índices de morbilidad y mortalidad;**
- **Insuficiente cobertura de acceso a los servicios médicos;**
- **Bajo rendimiento de la capacidad instalada;**
- **Limitada atención médica y hospitalaria;**
- **Necesidad de fortalecer programas preventivos de salud pública e intersectoriales en el ámbito de lesiones intencionales y no intencionales;**
- **Insuficiencia en el abasto y existencia del cuadro básico de medicamentos;**
- **Atención coyuntural con enfoque a situaciones críticas;**
- **Insuficiente atención en zonas de alta y muy alta marginación;**
- **Limitada operación de los servicios de salud mental;**
- **Limitados servicios de atención a problemas de adicción;**
- **Carencia de indicadores de rendimiento, esquemas de evaluación, control y seguimiento al desempeño institucional;**
- **Estructura orgánico-funcional anacrónica.**

Para dar respuesta a lo anterior, se formula una estructura programática mediante la cual se determinan prioridades, donde resulta fundamental optimizar los recursos, establecer tiempos de respuesta y ofrecer soluciones integrales. En su conjunto esta estructura programática considera todas las atribuciones y funciones que le corresponden al sector salud estatal y que está dirigida en lo fundamental a procurar soluciones para:

- **Elevar y sostener los niveles de eficiencia.**
- **Mejorar la capacidad de respuesta.**
- **Ampliar el acceso a los servicios de salud.**
- **Fortalecer la prevención y promoción de la salud.**
- **Optimizar la atención médica y hospitalaria.**
- **Diseñar programas operativos que permitan anticipar, proyectar y ordenar sistémicamente, las acciones de atención médica y hospitalaria.**
- **Revisar y actualizar los procesos y procedimientos para asegurar el abasto oportuno de medicamentos e insumos referidos al cuadro básico.**
- **Incrementar las brigadas médicas en zonas de alta y muy alta marginación;**
- **Impulsar la atención a la salud mental.**
- **Impulsar la atención a los problemas de adicciones.**

- **Reestructuración orgánico-funcional para:**
  - Delimitar ámbitos de autoridad, responsabilidad y funciones;
  - Evitar duplicidades;
  - Optimizar la fuerza de trabajo;
  - Elaborar manuales de organización y procedimientos;
  - Describir y perfilar puestos.
- **Diseñar y aplicar indicadores de rendimiento, los esquemas de evaluación y seguimiento al desempeño institucional.**
- **Elaborar controles internos para aplicación en los diversos procesos de trabajo.**

Si bien, los tres últimos puntos se expresan dentro del conjunto de soluciones, también son los elementos que permitirán establecer los indicadores de gestión al desempeño institucional y al alcance de metas en su vinculación con el ejercicio presupuestal, mediante la supervisión, seguimiento y control permanente, que conlleven a la evaluación que permita identificar si el rendimiento institucional logrado, es el esperado y garantice el alcance de los objetivos propuestos.

En suma, el Programa Sectorial de Salud 2022-2027, establece las directrices, estrategias y acciones específicas, mediante las cuales se habrá de determinar la operación, sus procesos y procedimientos en la obtención de resultados, orientados al logro de los objetivos institucionales.

# 1. Marco normativo

Corresponde al Estado como un compromiso Constitucional, la rectoría del desarrollo nacional que lleva implícita la sustentabilidad del crecimiento en el país, lo que involucra a la salud como parte de un desarrollo integral.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consigna el derecho que toda persona tiene a la protección de la salud, determinando en consecuencia la presencia del marco legal específico mediante el cual se garanticen cuantitativa y cualitativamente los servicios de salud a la sociedad.

Lo anterior, se integra mediante una planeación democrática donde se consideran las aspiraciones y demandas sociales para que sean plasmadas en Planes de Desarrollo y Programas Sectoriales.

En este sentido, el proyecto social que se pretende se encuentra enmarcado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y será a través del entorno de las leyes que, de manera general y específica, se articulen las bases, sustentos y modos de acción pertinentes, que respalden jurídicamente la planeación y sus correspondientes Programas Sectoriales.

En el ámbito Federal como el Estatal, dicho marco regulatorio contiene, sostiene y respalda la planeación, los planes de desarrollo y los programas sectoriales, de tal forma que la congruencia entre los mismos es imperativa para la mejor consecución de los objetivos trazados en los distintos niveles de gobierno.

La administración y operación de la salud en el Estado de Chihuahua se encuadra dentro de ese marco normativo que le da dirección, atribución y funcionamiento para determinar y ejecutar en consecuencia con el Plan Estatal de Desarrollo 2022-2027, su Programa Sectorial de Salud 2022-2027.

En suma, lo anterior le da al citado Programa Sectorial 2022-2027, el peso específico necesario para ser el instrumento indicativo en la consecución de los objetivos y metas que, mediante el trazado de estrategias y líneas de acción, permitan la ejecución priorizada de medidas encaminadas a dar solución a la problemática que en materia de salud presenta el Estado.

## Ámbito Federal

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 4: Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud...

Artículo 25: Al estado corresponde la rectoría desarrollo nacional... El Estado velará por la estabilidad de las finanzas públicas y del sistema financiero para coadyuvar a generar condiciones favorables para el crecimiento económico... El Plan Nacional de Desarrollo y los planes estatales y municipales deberán observar dicho principio.

Artículo 26: El Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional...

- Ley de Planeación
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria:

Artículo 25, Frac. VI... convenios de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas.

Artículo 44... gasto federalizado para contribuir a mejorar la planeación del gasto de las entidades federativas y de los municipios.

Artículo 82... transferir recursos presupuestarios a las entidades federativas con el propósito de descentralizar o reasignar la ejecución de funciones, programas...

Artículo 84 Todos los programas y proyectos... deberán señalar la distribución de los recursos asignados entre entidades federativas en adición a las participaciones y aportaciones federales.

Artículo 85 Los recursos federales aprobados en el Presupuesto de Egresos para ser transferidos a las entidades federativas.

- Reglamento Ley Federal de Presupuesto: Artículos 21, 25 Frac. II

Artículo 21 Los programas presupuestarios anuales se registrarán por los objetivos nacionales, estrategias y prioridades contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo

- Ley General de Salud: Artículo 13 inciso B, Frac. II, III y IV

Artículo 13 La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general

- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024: Numeral 1 Política y Gobierno, Fracción II Garantizar empleo, educación, salud y bienestar, Numeral 2 Política Social, Salud para toda la población, Instituto Nacional de Salud para el Bienestar.

- Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

- Ley de Contabilidad Gubernamental

Artículo 54 La información presupuestaria y programática... deberá relacionarse con los objetivos y prioridades de la planeación del desarrollo.

Artículo 61 Frac. II

## Ámbito Estatal

- Ley de Planeación del Estado de Chihuahua
- Ley Estatal de Salud

Artículo 11... elaborará el Programa Estatal de Salud...

Artículo 12, Frac. I a VI Facultades que corresponden a la Secretaría para dar lugar a la formulación del Programa Sectorial de Salud

- Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Chihuahua

Artículo 7... políticas que, para el logro de los objetivos y prioridades de la planeación estatal del desarrollo, establezca el Ejecutivo.

Artículo 27 Bis. Frac. I, II, III, IV y V Atribuciones referidas a la planeación Estatal en materia de salud.

- Plan Estatal de Desarrollo 2022-2027

## 2. Metodología de elaboración

Una de las primeras estrategias que emprendió el actual Gobierno para dar lugar al Plan Estatal de Desarrollo 2022 - 2027, fue la instalación del Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de Chihuahua (COPLADE), donde tiene su inclusión uno de sus temas prioritarios, que es la salud. Es en este foro, que se expone el diagnóstico situacional del Sistema de Salud en el Estado, lo cual, es a su vez uno de los primeros pasos en la Metodología de Elaboración del Programa Sectorial de Salud 2022-2027 que emprende la presente Administración.

Los trabajos realizados en el pleno del COPLADE, dan lugar a la conjunción de los esfuerzos realizados por el Gobierno del Estado para integrar las visiones institucionales, sus diagnósticos ante problemáticas específicas, así como sus propuestas de solución. Ello con el objeto de realizar acciones homogéneas para integrar en un solo documento denominado Plan Estatal de Desarrollo 2022-2027 las problemáticas y soluciones dentro del marco de la planeación estratégica.

Para tal efecto, se generó un Foro por medio del cual, se realizó un ejercicio de consulta ciudadana que permitiera identificar la problemática que aqueja la salud en el Estado, sus causas y propuestas de solución, resultantes del conocimiento y experiencia en la materia de los participantes al mismo. Esta participación, puso de manifiesto el compromiso solidario que las personas presentan ante la búsqueda de soluciones que beneficien como sociedad, y que permitan un equilibrio adecuado de los derechos individuales y los deberes sociales.

Como resultado de la información generada en el citado Foro, se dio lugar a la realización de trabajos para integrar un diagnóstico, así como la determinación de objetivos, estrategias y líneas de acción para su inclusión en el Plan Estatal de Desarrollo 2022-2027.

El citado Plan, es el instrumento rector de las políticas públicas que habrán de generarse en materia de salud, entre otros aspectos. Como parte de esta metodología, se elabora el Programa Sectorial de Salud 2022-2027, el cual debe de encontrarse debidamente alineado en la especificidad de sus objetivos, estrategias y líneas de acción con respecto al Plan antes mencionado, por cuanto que será a través del Programa que se dé lugar a la implementación técnica de lo contenido en el mismo.

El Programa Sectorial será entonces, en su diseño, contenido y metodología de trabajo la concreción de los propósitos determinados en el Plan Estatal, donde se precisen las prioridades que en materia de morbilidad y mortalidad afecten a la población en el Estado, debiendo trazarse en consecuencia acciones encaminadas a la atención médica

y de prevención con toda oportunidad, mediante la infraestructura hospitalaria y de recursos humanos con que cuenta la estructura de salud del Gobierno del Estado.

El compromiso de la salud pública e integral que ofrece el Gobierno del Estado a la población, se realiza en atención al beneficio y derecho que la misma tiene para recibirla, por lo que no da cabida a intereses particulares por encima de la sociedad en su conjunto, de ese modo el Sistema de Salud es copartícipe en procurar el bien común que tiene por objeto mejorar la calidad de vida de sus habitantes.

En consecuencia, el Programa para que esté en posibilidad de concretar sus objetivos y metas, debe ser llevado hacia el ámbito de lo programático-presupuestal mediante el Anteproyecto de Presupuesto a efecto de que cuente con los recursos financieros necesarios para su debida aplicación.

El alcance de los objetivos y metas que se contengan en el Programa Sectorial de Salud 2022-2027, no solamente se soporta en los recursos aplicables, sino también en la calidad de sus servicios y en la calidez con la que los mismos se otorguen, donde el respeto a la dignidad de las personas debe ser el principio de actuación permanente, toda vez que el trato humano debe prevalecer como parte del fin principal y último en materia de salud sin importar su condición, edad, sexo, raza, cultura, o creencia religiosa.

A lo anterior, es de resaltar que la presente metodología considera la participación de la sociedad civil para que el programa logre el alcance de los objetivos que se propone, parte fundamental de ello es la colaboración de aquellos sectores económicos, que cuentan con mayores recursos para dar apoyo en las acciones encaminadas a la atención de la población con alto margen de necesidad, es decir, de algún modo, lograr un efecto de subsidiaridad hacia los grupos con alta y muy alta marginación.

Esta inclusión metodológica, propicia el encuentro y sincronía con otras acciones de Gobierno, que sumadas a las de salud, participen en fortalecer la calidad de vida de la ciudadanía.

### **3. Alineación con otros planes, programas y documentos**

En congruencia con el Sistema Nacional de Planeación Democrática, la Ley de Planeación del Estado de Chihuahua, establece en su artículo 6 frac. I que un elemento integrante del Sistema Estatal de Planeación Democrática será el proceso que permita, a través de la formulación de planes y programas, articular las demandas sociales y traducirlas en decisiones y acciones de gobierno.

En este sentido, el Programa Sectorial de Salud del Estado 2022-2027 del Estado de Chihuahua presenta una visión de mediano plazo alineada a nivel internacional con los Objetivos de Desarrollo Sostenible; a nivel nacional, con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y el Programa Sectorial de Salud 2020-2024, y a nivel estatal, con el Plan Estatal de Desarrollo 2022-2027.

En el 2015 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoció que el desarrollo que se pretenda debe de equilibrar la sostenibilidad social, económica y ambiental. Para ello, estableció 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que tienen como finalidad acabar con la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas disfruten de paz y prosperidad. Hay un compromiso entre los países para lograr el cumplimiento de estos objetivos para el 2030.

De acuerdo con los ODS, garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades es esencial para el desarrollo sostenible. Por ello, el Objetivo 3 de los ODS está dedicado a salud y bienestar. Si bien, la ONU reconoce que en los últimos años han habido avances significativos en materia de salud, con incrementos en la esperanza de vida y reducciones en la mortalidad materna e infantil, así como en el control de algunas enfermedades, también considera que el avance es desigual, habiendo poblaciones, grupos o comunidades que aún presentan rezagos muy importantes.

En este sentido, el Programa Sectorial de Salud 2022-2027 del Estado de Chihuahua identifica y reconoce esta problemática y establece estrategias y líneas de acción que contribuyan al logro de las metas planteadas en el ODS 3, buscando también que los beneficios de esto se dispersen entre todos los grupos poblacionales y entre todas las zonas geográficas.

El Objetivo 3 de los ODS establece 13 metas, varias de ellas muy importantes para la población del Estado de Chihuahua. Las metas 3.1 y 3.2 hacen referencia a la reducción de la mortalidad materna e infantil, respectivamente, mientras que la meta 3.3 se concentra en la erradicación y control de enfermedades transmisibles.

La marginación de algunas zonas del Estado hace que estas primeras metas sean particularmente relevantes por lo que se promoverán programas específicos para abatir los rezagos en salud de las poblaciones más vulnerables.

La meta 3.4 se enfoca en la reducción de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y en la promoción de la salud mental. En Chihuahua las enfermedades crónico-degenerativas son cada vez más relevantes y ameritan particular atención, en este sentido se fortalecerá la promoción, prevención y atención oportuna de estos padecimientos. Las metas 3.5 y 3.a se refiere al control del uso de sustancias adictivas, alcohol y tabaco, mientras que la meta 3.6 establece la reducción de muertes y lesiones por accidentes de tránsito. Para lograr estas metas se buscarán acciones intersectoriales coordinadas.

La meta 3.7 se refiere al acceso universal de la salud sexual y reproductiva. Esta meta es relevante por el impacto que tiene en la mortalidad materna por ello se fortalecerán los programas en esta materia. La meta 3.8 busca lograr la cobertura universal en servicios de salud. Que toda la población de Chihuahua tenga acceso a servicios de salud será una prioridad para esta administración. La meta 3.9 se refiere a reducir el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo. Para ello, se promoverán los entornos saludables y el control de riesgos sanitarios.

La meta 3.b se refiere a la investigación y desarrollo de medicamentos y vacunas. En el Estado de Chihuahua se promoverá toda actividad científica que contribuya al logro de este objetivo. La meta 3.c hace referencia a la capacitación de personal sanitarios. En este rubro el Estado de Chihuahua promoverá activamente la formación de recursos humanos destinados a la salud. Finalmente, la meta 3.d considera el fortalecimiento de la alerta temprana, reducción y gestión de riesgos para la salud. Para ello, se van a fortalecer la vigilancia epidemiológica en el Estado.

En cuanto a la alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, así como al Programa Sectorial de Salud 2020-2024 que se deriva de él, no sólo no se contradicen los propósitos, principios y valores contenidos en dichos planes, sino que, en la consecuencia lógica de los mismos, se refuerzan a través de las precisiones a las que por método debe de llegar el Programa Sectorial de Salud 2022-2027 del Estado de Chihuahua.

El Plan Nacional de Desarrollo enmarca en su numeral 1, Política y Gobierno, a la salud como un principio a garantizar y al Instituto Nacional de Salud para el Bienestar como un principio de política social, que permita el acceso a los servicios de salud de manera gratuita a la población no asegurada.

El garantizar la salud en el ofrecimiento de sus servicios por medio de programas regionales y/o sectoriales es entonces una estrategia nacional.

Finalmente, el Plan Estatal de Desarrollo plantea, como parte del Eje 1, Salud, Desarrollo Humano e Igualdad de Oportunidades, la atención oportuna y de calidad de los servicios de salud a cargo del Gobierno Estado, el fortalecimiento de la disponibilidad y acceso a dichos servicios con oportunidad y calidad, donde la capacitación del personal resulta fundamental para la adecuada atención a la población.

En tal sentido, la prevención y promoción de la salud son un propósito fundamental en la búsqueda de disminuir los índices de morbilidad y mortalidad que padece la población del Estado.

## **4. Vinculación intersectorial y con otros sectores**

El Programa Sectorial de Salud, se habrá de desarrollar dentro del entorno económico y social del Estado, es por ello que el trabajo coordinado de instituciones representativas del sector social y privado dirigido a la solución de problemas vinculados con la salud promoverá que estas trabajen simultáneamente por el desarrollo humano en acciones presentes y con proyecciones a futuro.

Así mismo, favorecerá la incorporación de temas de salud en sus agendas y fomentarán alianzas positivas para desarrollar procesos encaminados a lograr cambios necesarios a favor de la salud.

En este sentido, con el fin de alcanzar el cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan Estatal de Desarrollo 2022-2027, y de fortalecer las acciones en materia de salud para beneficio de los chihuahuenses, la Secretaría de Salud realizará alianzas con diferentes organismos tanto de salud como empresarial y académico, así como los distintos poderes y niveles gubernamentales.

Entre estas vinculaciones, se dará lugar a la colaboración con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Pensiones Civiles del Estado y el Desarrollo Integral de la Familia Estatal (DIF), por medio de la cual la Secretaría de Salud del Estado de Chihuahua preste servicios quirúrgicos, estudios clínicos de laboratorio y hospitalización a los derechohabientes o beneficiarios de dichas instituciones.

Mediante alianzas con organizaciones de la sociedad civil, se contribuirá al acercamiento de los servicios médicos especializados a la población de escasos recursos, principalmente en los municipios de la región serrana.

Por otro lado, para lograr un mayor alcance e impacto en las acciones de prevención, promoción a la salud y políticas públicas en materia de salud, se llevarán a efecto acuerdos mediante el Consejo Estatal de Salud, Red Chihuahuense de Municipios por la Salud, la Secretaría de Salud Federal, así como empresas del sector privado y la Comisión Estatal de Pueblos Indígenas (COEPI), procurando una pertinencia cultural.

Es importante reconocer que existen temas que de manera directa o indirecta inciden en el otorgamiento de los servicios de salud, por lo que el programa en ese sentido se recibe abierto a la relación con otras instituciones a efecto de actuar con oportunidad y apertura para prevenir y atender temas a los que haya lugar, manteniendo en ese sentido una colaboración activa con el Instituto Chihuahuense de las Mujeres (ICHMUJERES) y la Fiscalía General del Estado (FGE), para una mejor respuesta y seguimiento a la población que enfrente una problemática relacionada con estas instituciones y vinculada a la salud.

## 5. Situación del Estado de Salud de la Población

Para saber lo que queremos lograr, primero debemos entender la situación en la que nos encontramos. Por ello, en este capítulo se presenta un recuento de datos relevantes que describen el perfil demográfico y de salud de la población del Estado de Chihuahua.

Chihuahua es una de las 32 entidades federativas de la República Mexicana, la cual se caracteriza por su extenso territorio (247 455 km<sup>2</sup>) y la diversidad que tiene entre municipios y personas. Partiendo de esta particularidad de condiciones heterogéneas en las que vive la población, es indispensable conocer las diferentes regiones, municipios y áreas vulnerables para lograr los objetivos de mejorar y mantener la salud de la población.

El Estado se divide en 67 municipios, los cuales se agrupan en siete regiones sanitarias y cuatro subregiones de la Red Chihuahuense de Municipios por la Salud. Como se muestra en el Cuadro 1, el 40 por ciento de la población no cuenta con ninguna derechohabiencia a instituciones de seguridad social. La población derechohabiente se concentra en las regiones Chihuahua y Juárez, donde alrededor de dos terceras partes de la población es derechohabiente.

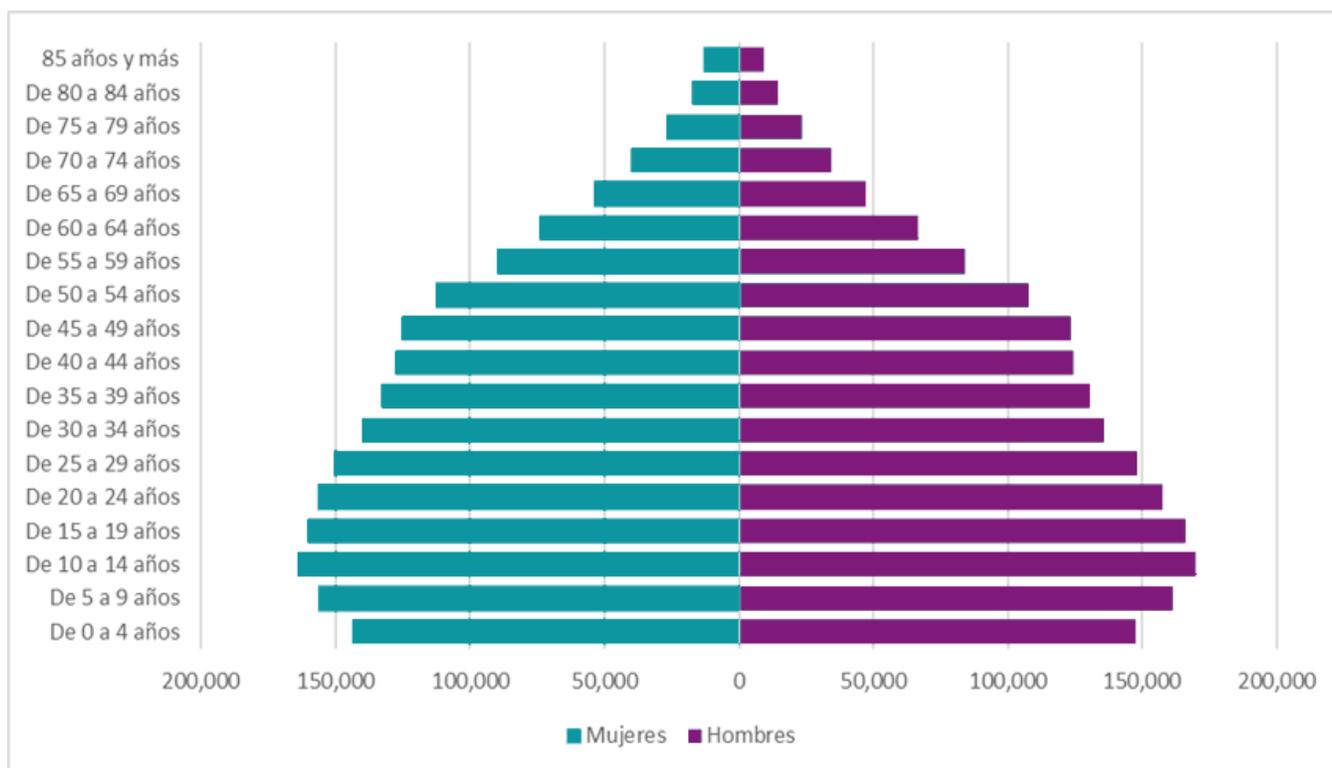
*Cuadro 1. Población con derechohabiencia y sin derechohabiencia a alguna institución de seguridad social en el estado de Chihuahua, 2020*

Región/Red	Con derechohabiencia Porcentaje	Sin derechohabiencia Porcentaje
Chihuahua	65.91	34.09
Juárez	66.04	33.96
Parral	46.79	53.21
Cuauhtémoc	52.57	47.43
Nuevo Casas Grandes	50.48	49.52
Camargo	53.64	43.36
Creel	36.83	63.17
Témoris	12.54	87.46
Ojinaga	44.62	53.38
Gómez Farías	38.2	61.8
Guachochi	8.7	91.30
Estatal	59.75	40.25

## 5.1 Perfil Demográfico ¿Cómo está compuesta nuestra población?

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2020, el Estado de Chihuahua cuenta con una población de 3,741,869 personas, de las cuales el 49.5 por ciento son hombres y el restante 50.5 por ciento son mujeres (Figura 1).

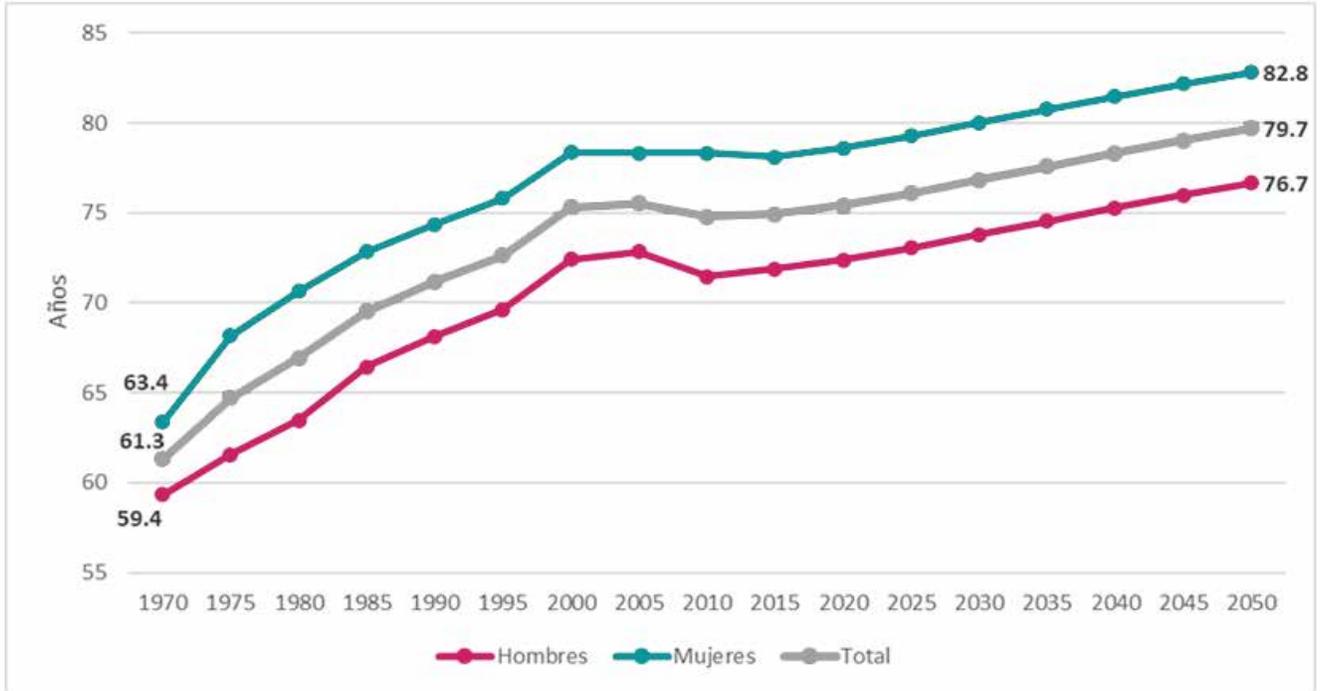
*Figura 1. Pirámide poblacional del Estado de Chihuahua, 2020*



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2020. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

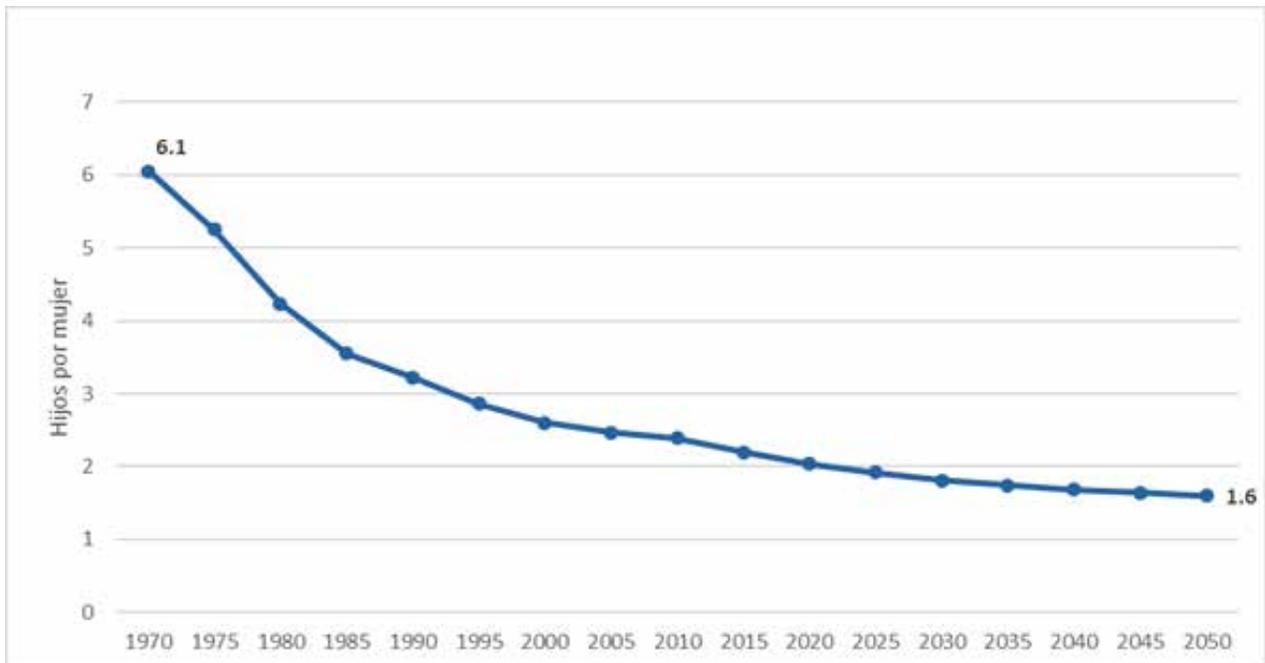
En cuanto a su estructura por edad, la mitad de la población es menor de 30 años (50.3 por ciento). Sin embargo, al igual que en el resto del país, el incremento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad han traído como consecuencia que cada vez una mayor proporción de la población sea adulta mayor (7.5 por ciento de la población tiene más de 65 años). De acuerdo con las Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 y de la Conciliación Demográfica de México, 1950-2015 que elaboró el Consejo Nacional de Población (CONAPO), esta tendencia se va a mantener en los próximos años (Figuras 2 y 3). Es relevante tener esto presente, porque conforme la población envejece su perfil epidemiológico cambia y por lo tanto las necesidades de salud de la población son diferentes.

**Figura 2. Esperanza de vida al nacer en Chihuahua (1970-2050)**



Fuente: Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 y de la Conciliación Demográfica de México, 1950-2015, Consejo Nacional de Población (CONAPO).

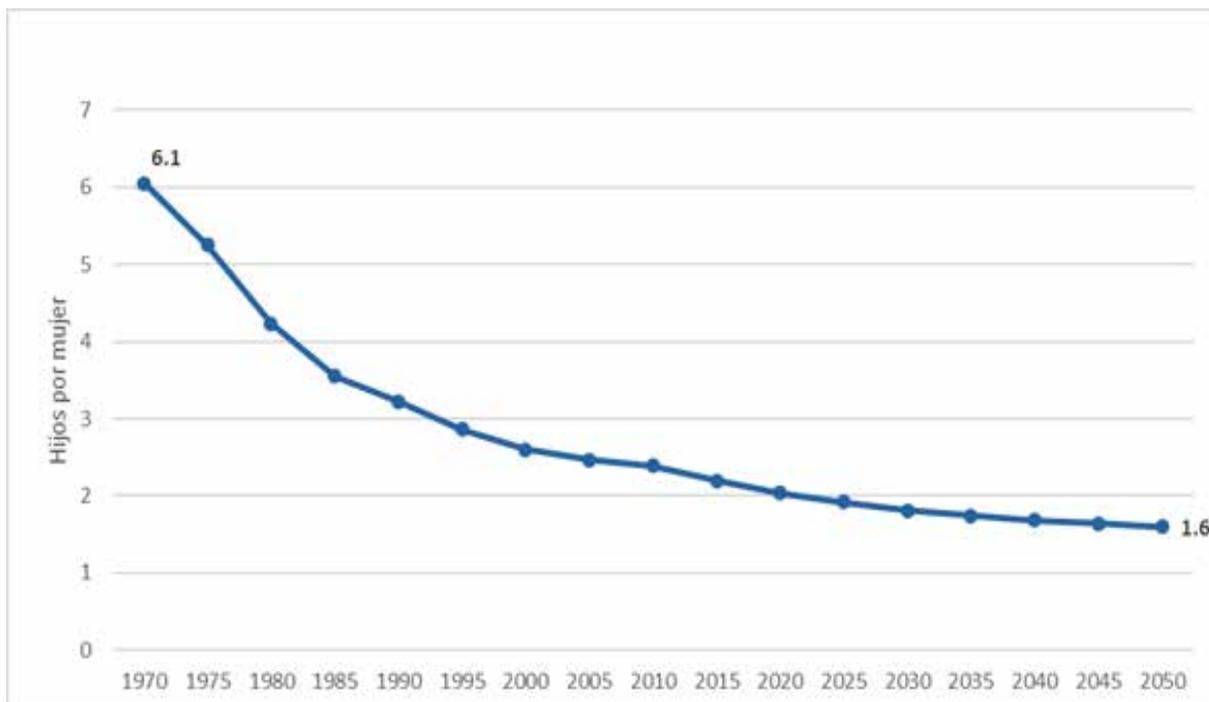
**Figura 3. Tasa global de fecundidad en Chihuahua (1970-2050)**



Fuente: Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 y de la Conciliación Demográfica de México, 1950-2015, Consejo Nacional de Población (CONAPO).

En 2020, la esperanza de vida al nacer en el Estado era de 75.4 años en promedio, siendo superior en mujeres que en hombres (78.6 años vs. 72.4 años, respectivamente). Al comparar a Chihuahua con el resto de las entidades federativas del país, el Estado ocupa la posición 12. Considerando que Chihuahua ocupa la décima posición en términos de Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, el indicador es consistente con nivel de desarrollo (Figura 4).

*Figura 4. Esperanza de vida al nacer y PIB per cápita 2020*



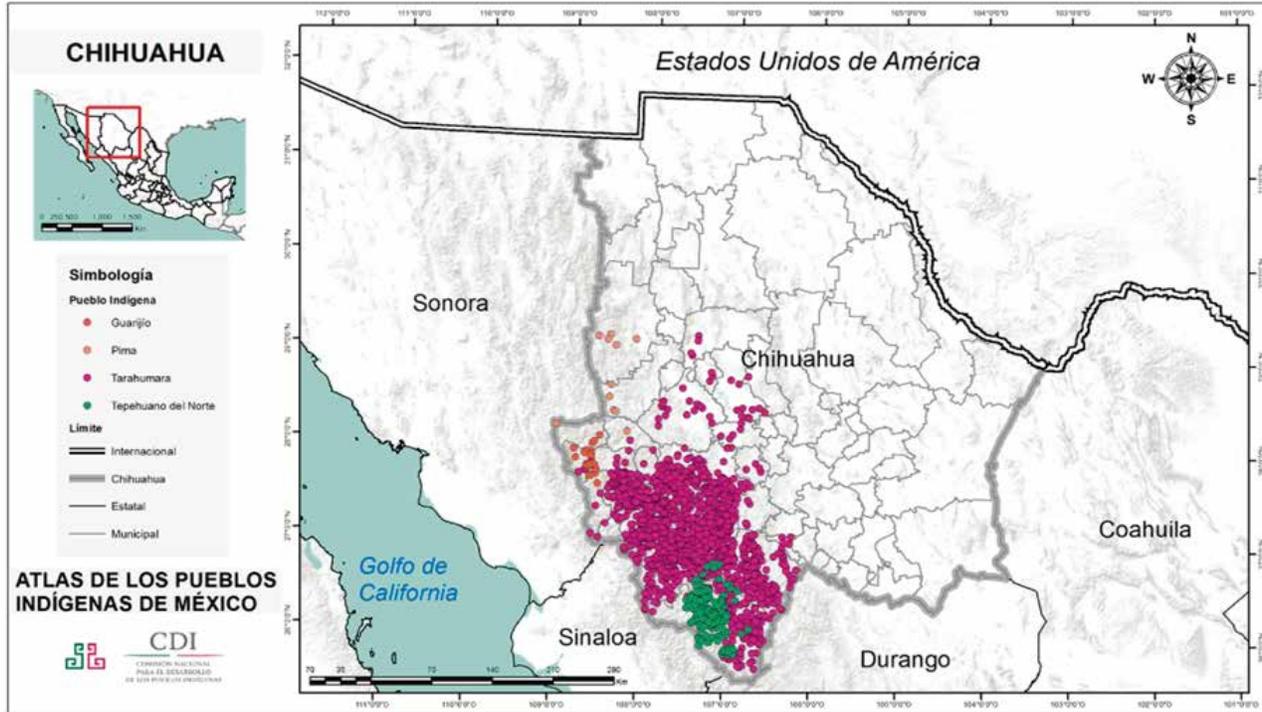
Fuente: Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 y de la Conciliación Demográfica de México, 1950-2015, Consejo Nacional de Población (CONAPO), Censo de Población y Vivienda 2020, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y Producto Interno Bruto por entidad federativa 2020, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Sin embargo, hay que tener presente que dentro del Estado de Chihuahua hay una gran heterogeneidad. Chihuahua es un estado con una gran diversidad cultural y según el Censo de Población y Vivienda 2020, alrededor del 4.2 por ciento de su población es indígena (157,671 personas), la cual con frecuencia es la población más vulnerable.

Según el reporte de la Comisión Estatal para los pueblos Indígenas (COEPI), el 80 por ciento de la población indígena cuenta con algún servicio de salud. Sin embargo, en la región serrana el acceso a los servicios es difícil por las condiciones del terreno y de violencia.

Los municipios de Guachochi, Batopilas de Manuel Gómez Morín y Balleza se consideran indígenas dado que más del 50 por ciento de sus habitantes son indígenas (Figura 5).

**Figura 5. Mapa de distribución de población indígena en el estado de Chihuahua, 2015**



Fuente: Tomado de Atlas de los Pueblos Indígenas de México 2015, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).

Por sus características, el Estado de Chihuahua atrae una gran cantidad de jornaleros migrantes en la temporada de siembra, cuidado y cosechas de la producción agrícola. Debido a sus condiciones de trabajo, de tránsito y que en su mayoría provienen de pueblos indígenas, este grupo se enfrenta a una doble situación de vulnerabilidad. Se estima que la población migrante que se espera en el estado por año son aproximadamente 90 mil personas, distribuyéndose en cuatro grandes polígonos como se muestra en la figura 6.

**Figura 6. Polígonos y municipios ocupados por población jornalera agrícola migrante**



Fuente: Tomado del Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas Migrantes 2017, Secretaría de Trabajo y Previsión Social

**Figura 7. Rutas de tránsito de la población migrante de las caravanas sudamericanas 2019**

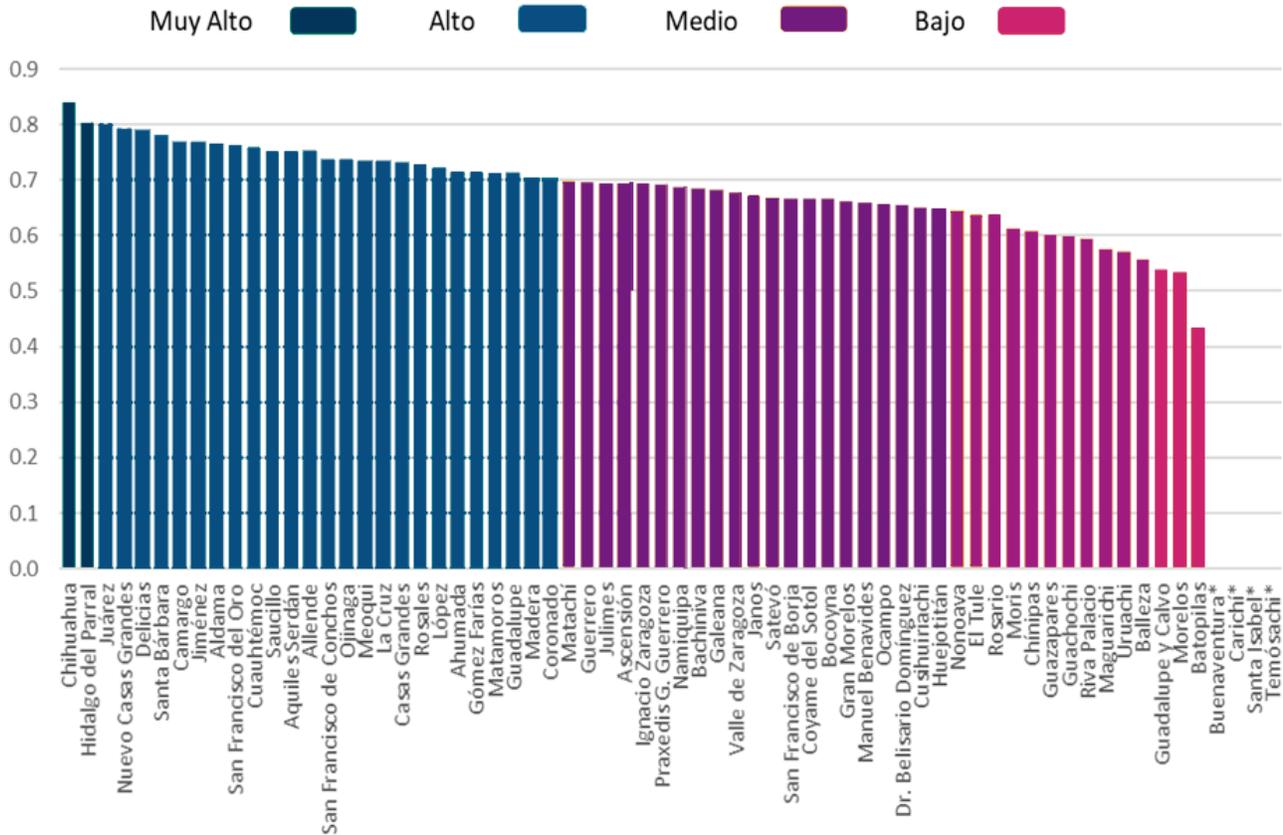
A partir de octubre de 2018 se comenzó a reportar un flujo de población en situación migrante proveniente de caravanas sudamericanas que van en busca de puntos fronterizos. Las rutas de tránsito identificadas se muestran en la figura 7. Debido a las circunstancias en las que transitan, estas poblaciones se consideran muy vulnerables.



Fuente: Subdirección de Epidemiología, Servicios de Salud de Chihuahua, año 2019.

De acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano Municipal 2010-2015. Transformando México desde lo local, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en Chihuahua hay dos municipios (Chihuahua e Hidalgo del Parral) clasificados dentro de los más altos del país en términos del Índice de Desarrollo Humano (IDH). Por otro lado, también se encuentran tres de los municipios con mayor rezago (Guadalupe y Calvo, Morelos y Batopilas), los tres municipios se encuentran localizados en la región de la Sierra Tarahumara (Figura 8).

Figura 8. Índice de Desarrollo Humano Municipal 2015



\*Información no disponible. Fuente: Informe de Desarrollo Humano Municipal 2010-2015. Transformando México desde lo local, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El lunes 13 de noviembre de 2020 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se formula la Declaratoria de las Zonas de Atención Prioritaria para el año 2021, con base en los Criterios Generales para la Determinación de las Zonas de Atención Prioritaria 2021, emitidos en julio de 2020 por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en los cuales se establecen:

- Zonas de Atención Prioritaria Rurales: municipios que se encuentran en una o más de las siguientes condiciones: Muy Alta o Alta Marginación, Muy Alto o Alto Grado de Rezago Social, porcentaje de personas en pobreza extrema es mayor o igual al 50 por ciento, municipios indígenas o de Alto nivel delictivo y con una densidad media urbana menor a 110 habitantes por hectárea. El estado de Chihuahua tiene 26 municipios con estas condiciones (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Zonas de atención prioritaria rurales del estado de Chihuahua**

<b>Municipio</b>	<b>Grado de marginación 2015</b>	<b>Grado de rezago social 2015</b>	<b>Porcentaje de población en pobreza extrema 2015</b>	<b>Descripción de categoría indígena</b>	<b>Nivel delictivo 2020</b>
Aldama	Muy bajo	Muy bajo	1.00%	Presencia indígena dispersa	Alto
Balleza	Muy alto	Muy alto	21.00%	Municipio indígena	Medio
Batopilas	Muy alto	Muy alto	41.00%	Municipio indígena	Bajo
Bocoyna	Alto	Alto	11.00%	Presencia indígena	Alto
Camargo	Muy bajo	Muy bajo	1.10%	Presencia indígena dispersa	Alto
Carichi	Muy alto	ND	0.00%	Municipio indígena	Bajo
Cuauhtémoc	Muy bajo	Muy bajo	1.60%	Presencia indígena	Alto
Chihuahua	Muy bajo	Muy bajo	0.60%	Presencia indígena	Alto
Chínipas	Alto	Alto	36.28%	Presencia indígena	Bajo
Delicias	Muy bajo	Muy bajo	0.75%	Presencia indígena dispersa	Alto
Santa Isabel	Bajo	ND	0.00%	Sin dato	Alto
Guachochi	Muy alto	Muy alto	18.42%	Municipio indígena	Medio
Guadalupe y Calvo	Muy alto	Muy alto	22.14%	Presencia indígena	Medio
Guazaparez	Alto	Alto	23.69%	Presencia indígena dispersa	Bajo
Hidalgo del Parral	Muy bajo	Muy bajo	1.07%	Presencia indígena dispersa	Alto
Juárez	Muy bajo	Muy bajo	1.07%	Presencia indígena	Alto
Maguarichi	Muy alto	Muy alto	33.68%	Presencia indígena dispersa	Medio
Morelos	Muy alto	Muy alto	45.78%	Presencia indígena dispersa	Bajo
Moris	Alto	Alto	16.27%	Presencia indígena	Bajo
Nonoava	Alto	Medio	11.41%	Presencia indígena dispersa	Bajo
Nuevo Casas Grandes	Muy bajo	Muy bajo	0.94%	Presencia indígena dispersa	Alto
San Francisco del Oro	Muy bajo	Muy bajo	3.40%	Presencia indígena dispersa	Alto
Santa Bárbara	Muy bajo	Muy bajo	0.80%	Presencia indígena dispersa	Alto
Satevó	Bajo	Bajo	2.23%	Presencia indígena dispersa	Alto
Temósachi	Alto	ND	0.00%	Sin dato	Medio
Urique	Muy alto	ND	0.00%	Municipio indígena	Bajo
Uruachi	Muy alto	Muy alto	42.57%	Presencia indígena	Medio

ND: No disponible. Fuente: Decreto por el que se formula la Declaratoria de las Zonas de Atención Prioritaria para el año 2021

- Zonas de Atención Prioritaria Urbanas: Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEBS) urbanas en municipios que cumplen con las siguientes condiciones: AGEBS urbanas con Muy Alto o Alto Grado de Marginación o Grado de Rezago Social Alto, AGEBS urbanas ubicadas en Zonas de Atención Prioritaria Rurales o en municipios con Muy Alta o Alta Marginación o tienen Muy Alto o Alto Grado de Rezago Social, el porcentaje de personas en pobreza extrema es mayor o igual al 50% o son municipios indígenas o de Alto nivel delictivo y con una densidad media urbana de al menos 110 habitantes por hectárea. En Chihuahua son 27 municipios los que cuentan con algunas de las características mencionadas.

**Cuadro 3. Comunidades certificadas de 2018 a 2021**

2018	2019	2020	2021
San Guillermo	Las Puentes	Miguel Ahumada	El Millón
Praxedis G. Guerrero	Ejido Ocampo	Nonoava	Col. Juárez
El Tule	Dr. Porfirio Parra Cafeta	La Regina	Altavista
Matachí	Colonia Esperanza	San Francisco de Borja	Sisoguichi
San Andrés	Ojo Caliente	Gran Morelos	Nicolás Bravo
Buena Fe	Dolores	La Mesa de Aldama	Manuel Benavides
Manuel Benavidez	Colonia Fernández Leal	Santa Eulalia	Colonia Terrazas
Nuevo Delicias	Maguarichi	Santa Isabel	El Molino
Independencia	Santiago de Coyame	Santa María de Cuevas	Témoris
	San José Babicora	Satevó	Huejotitán
	Cieneguita	Julimes	
	Milpillas	Mariano Balleza	Presencia indígena dispersa
	San Francisco de	La Cruz	Presencia indígena dispersa
	Conchos	Puerto del Toro	Presencia indígena dispersa
		Uruachi	Sin dato
		Abdegano C. García	Municipio indígena
		(Lagunitas)	Presencia indígena
		Casas Grandes	
		Bachíniva	
		Temósachic	
		Cuítico	
		Hormigueros	
		Peña Blanca	

Fuente: Información de la Subdirección de Promoción a la Salud de los Servicios de Salud de Chihuahua, 2021.

**Cuadro 4. Municipios saludables certificados del 2018 a 2021**

Región/Red	Municipios Saludables Certificados	Región/Red	Municipios Saludables Certificados
<b>Chihuahua</b>	Chihuahua, Julimes, Nonoava, Mecoqui, Rosales, Delicias, San Francisco De Borja, Aldama, Aquiles Serdán, Satevó, Gran Morelos, Dr. Belisario Domínguez, Santa Isabel	<b>Camargo</b>	La Cruz, Saucillo, San Francisco de Conchos y Camargo
<b>Juárez</b>	Juárez, Ahumada, Guadalupe y Praxedis G. Guerrero	<b>Creel</b>	Bocoyna, Uruachi y Maguarichi
<b>Parral</b>	Balleza y Guadalupe y Calvo	<b>Témoris</b>	Chínipas y Guazaparez
<b>Cauhtémoc</b>	Bachíniva, Temósachic y Madera	<b>Ojinaga</b>	Coyame del Sotol y Manuel Benavides
<b>Nuevo Casas Grandes</b>	Casas Grandes, Galeana y Janos	<b>Gómez Farías</b>	Gómez Farías

Fuente: Información de la Subdirección de Promoción a la Salud de los Servicios de Salud de Chihuahua, 2021

## 5.2. Perfil de morbilidad: ¿De qué enferma nuestra población?

En este apartado se presentan algunas estadísticas sobre los principales padecimientos que aquejan a la población del Estado de Chihuahua. Esta información ayuda a comprender mejor las necesidades de la población en materia de salud y a determinar a dónde se deben concentrar los esfuerzos.

### Principales causas de morbilidad

De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud, los principales padecimientos entre la población de Chihuahua en 2019 y 2020 fueron los relacionados con las infecciones respiratorias agudas, con una participación de más del 50 por ciento de los casos. Como veremos más adelante, esta información es parcial y no necesariamente refleja el perfil epidemiológico de la población.

*Cuadro 5. Principales causas de morbilidad 2019-2020*

No.	Padecimiento	Participación (%)	No.	Padecimiento	Participación (%)
	Infecciones respiratorias agudas	50.7%	1	Infecciones respiratorias agudas	50.8%
	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	11.6%	2	Infección de vías urinarias	9.8%
	Infección de vías urinarias	9.6%	3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	7.7%
	Gingivitis y enfermedad periodontal	3.2%	4	COVID-19	4.6%
	Úlceras, gastritis y duodenitis	3.2%	5	Úlceras, gastritis y duodenitis	3.1%
	Conjuntivitis	2.7%	6	Hipertensión arterial	2.7%
	Obesidad	2.3%	7	Conjuntivitis	2.3%
	Otitis media aguda	2.0%	8	Obesidad	2.0%
	Hipertensión arterial	1.8%	9	Gingivitis y enfermedad periodontal	2.0%
	Vulvovaginitis	1.3%	10	Otitis media aguda	1.8%
	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	1.1%	11	Vulvovaginitis	1.6%
	Insuficiencia venosa periférica	1.0%	12	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	1.5%
	Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	1.0%	13	Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	1.2%
	Asma	1.0%	14	Insuficiencia venosa periférica	0.9%
	Depresión	0.8%	15	Neumonías y bronconeumonías	0.9%
	Accidentes de transporte en vehículos con motor	0.7%	16	Accidentes de transporte en vehículos con motor	0.8%
	Neumonías y bronconeumonías	0.5%	17	Depresión	0.7%
	Enfermedad isquémica del corazón	0.5%	18	Asma	0.6%
	Hiperplasia de la próstata	0.4%	19	Enfermedad isquémica del corazón	0.4%
	Intoxicación alimentaria bacteriana	0.4%	20	Hiperplasia de la próstata	0.4%
	Los demás	4.0%		Los demás	4.2%

## Años de vida ajustados por discapacidad

Una forma de medir el impacto de la enfermedad en la población es a través de indicadores como los años de vida ajustados por discapacidad, la cual es una medida de carga de la enfermedad global, expresada como el número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura. Una ventaja de este indicador es que permite medir los daños generados por problemas de salud que no conducen necesariamente a la muerte.

De acuerdo con información publicada por el Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME por sus siglas en inglés), un centro de investigación independiente de la Universidad de Washington, en Chihuahua las principales causas de años de vida perdidos por discapacidad son la violencia interpersonal, seguida de las enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes mellitus. Si comparamos esta información con las principales causas de morbilidad del apartado anterior vemos que esta medición es más acorde al impacto real de los padecimientos en la población. Mientras que las infecciones respiratorias ocupan la primera posición por causa de morbilidad, las cifras ajustadas por años perdidos por discapacidad aparecen en la décima posición.

Por el contrario, enfermedades como las isquémicas del corazón y la diabetes mellitus parecen tener una mayor relevancia en términos de años perdidos por discapacidad, que si las observamos simplemente como casos presentados en el año. Al comparar a Chihuahua con los resultados a nivel nacional y con otros estados, sobresale que la primera causa, violencia interpersonal, solamente es compartida con otros tres estados (Baja California, Colima y Sinaloa). Además, destaca el hecho de que la diabetes mellitus, posicionada en primer lugar, tanto a nivel nacional, como en la mayoría de los estados, en Chihuahua ocupa la tercera posición.

**Cuadro 6. Las 10 principales causas de años perdidos por discapacidad en Chihuahua, comparativo nacional y por estado, 2019**

Padecimiento	Chihuahua	Nacional	Aguascalientes	Baja California	Baja California Sur	Campeche	Chiapas	Coahuila	Colima	Durango	Guanajuato	Guerrero	Hidalgo	Jalisco	Edo. de México	CDMX	Michoacán	Morelos	Nayarit	Nuevo León	Oaxaca	Puebla	Querétaro	Quintana Roo	San Luis Potosí	Sinaloa	Sonora	Tabasco	Tamaulipas	Tlaxcala	Veracruz	Yucatán	Zacatecas
Violencia interpersonal	1	4	16	1	5	13	6	12	1	7	2	2	7	4	7	7	2	3	5	5	3	7	12	2	7	1	3	6	4	10	6	34	2
Enfermedades isquémicas del corazón	2	3	3	3	1	2	3	2	3	1	4	4	3	3	4	2	4	4	2	1	5	5	3	4	2	2	1	3	2	5	3	1	4
Diabetes mellitus	3	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1
Desordenes neonatales	4	5	4	6	6	3	4	4	6	3	5	5	5	5	3	4	7	6	6	4	6	4	5	5	5	6	5	4	5	3	5	5	6
Enfermedades crónicas del riñón	5	2	2	4	3	4	2	3	4	4	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	5	4	2	3	2	2	4	3
Accidentes de tránsito	6	7	5	8	4	6	8	5	7	5	7	9	6	7	9	11	6	8	4	8	7	8	6	9	4	4	6	5	6	6	9	7	5
Cirrosis	7	6	8	5	7	5	5	8	5	9	6	6	4	6	6	5	5	5	7	9	4	3	4	6	6	12	7	8	7	4	4	3	9
Defectos congénicos del nacimiento	8	8	7	10	8	7	9	7	8	6	8	7	11	8	8	6	9	7	8	6	8	6	7	7	8	7	8	7	8	7	7	6	7
Accidente cerebrovascular	9	10	11	7	9	11	11	6	10	11	10	8	9	13	12	10	11	11	11	7	10	9	8	8	10	10	9	9	9	12	8	8	10
Infecciones respiratorias bajas	10	13	18	13	14	17	7	16	17	16	15	17	17	12	11	8	16	17	16	13	15	11	13	15	16	16	13	16	16	11	16	10	15

Nota: Años de vida ajustados por discapacidad. Tasa ajustada por edad por 100,000 habitantes. Fuente: Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME por sus siglas en inglés).

## Riesgos para la salud

La salud de las personas depende de diversos factores. Más allá de las cuestiones biológicas del ser humano como la edad y la genética, hay otros elementos que influyen directamente en la salud de las personas. Tal es el caso del entorno en el que se desenvuelven los individuos, los servicios de salud a los que tienen acceso o los estilos de vida que adoptan.

De acuerdo con datos del IHME los tres principales factores de riesgo para la salud de la población de Chihuahua son la alta glucosa en sangre en ayunas, el alto índice de masa corporal y la alta presión sistólica en sangre.

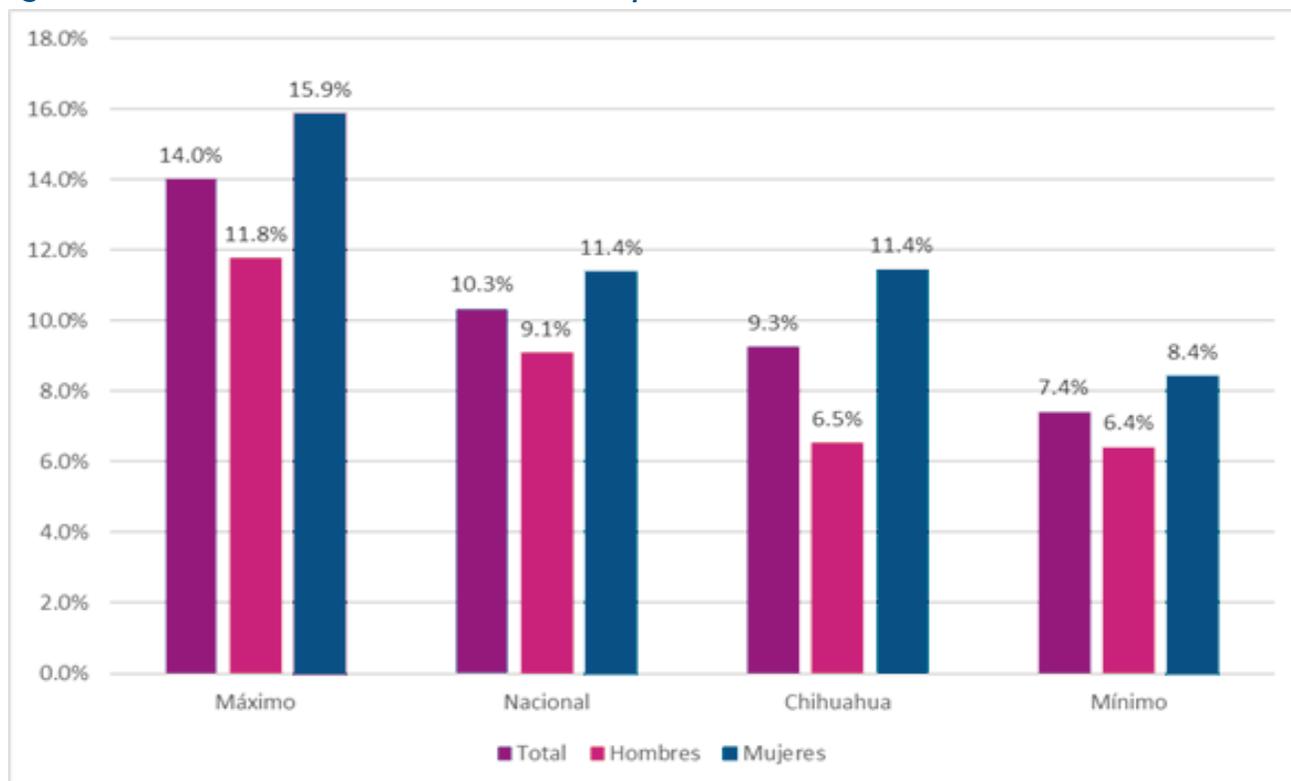
**Cuadro 7. Principales factores de riesgo para la salud en Chihuahua, 2019**

No.	Padecimiento	Participación (%)	
1	Alta glucosa en sangre en ayunas	1	1
2	Alto índice de masa corporal	2	2
3	Alta presión sistólica en sangre	3	3
4	Malfuncionamiento renal	4	4
5	Riesgos alimenticios	5	5
6	Tabaco	6	7
7	Uso de alcohol	7	12
8	Desnutrición materna e infantil	8	6
9	Alto colesterol LDL	9	9
10	Contaminación del aire	10	8
11	Riesgos ocupacionales	11	13
12	Temperatura no óptima	12	10
13	Uso de drogas	13	18
14	Prácticas sexuales inseguras	14	11
15	Baja actividad física	15	14
16	Baja densidad mineral ósea	16	17
17	Otros riesgos ambientales	17	19
18	Agua, saneamiento y lavado de manos	18	16
19	Violencia interfamiliar	19	15
20	Abuso sexual y psicológico infantil	20	20

Fuente: Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME por sus siglas en inglés).

Para comprender mejor la importancia y magnitud de algunos de estos factores de riesgo, a continuación, se presentan algunas cifras relacionadas con los mismos. La alta glucosa en sangre en ayunas está directamente relacionada con la diabetes mellitus. De acuerdo con la Encuesta de Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2018, elaborada conjuntamente por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el 9.3 por ciento de la población de 20 años o más de Chihuahua reportó haber sido diagnosticada con diabetes, porcentaje por debajo del promedio nacional (10.3 por ciento) y ocupando uno de los lugares más bajos comparado con otros estados (lugar 24). Sin embargo, se debe de tomar en cuenta que un gran número de personas pueden desconocer que padecen la enfermedad.

**Figura 9. Prevalencia de diabetes mellitus en población de 20 años o más en Chihuahua, 2018**



Fuente: Encuesta de Nacional de Salud y Nutrición de 2018. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

El segundo factor de riesgo más importante de acuerdo con el IHME es el alto índice de masa corporal que se refiere básicamente al sobrepeso y obesidad. Las personas que presentan este riesgo son más propensas a padecer enfermedades como la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, entre otras. Contrastando esta información con la ENSANUT 2018 vemos que Chihuahua presenta un problema muy importante tanto en hombres como en mujeres en todas las edades; sin embargo, destaca el porcentaje de menores de 5 años que registra sobrepeso u obesidad.

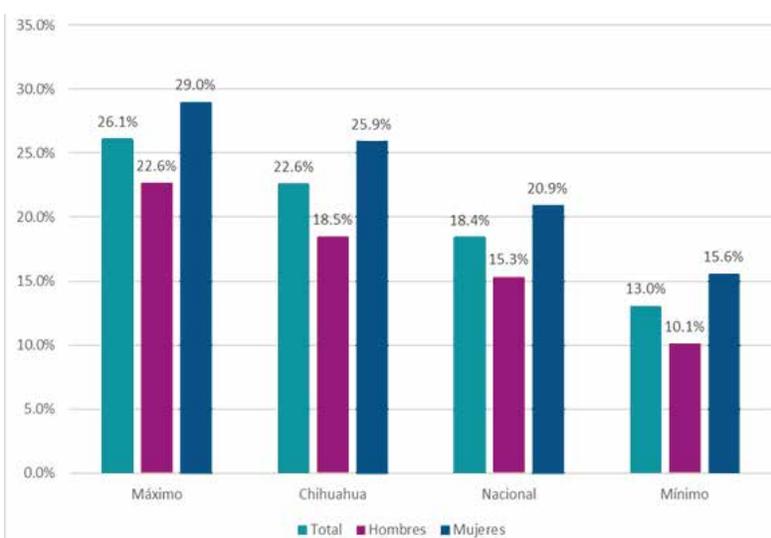
**Cuadro 8. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en Chihuahua, 2018**

	TOTAL			HOMBRES			MUJERES		
	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso + Obesidad	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso + Obesidad	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso + Obesidad
<b>Menor de 5 años</b>									
Nacional	—	—	6.8 %	—	—	—	—	—	—
Chihuahua	—	—	10.0 %	—	—	—	—	—	—
<b>Escolar (5-11 años)</b>									
Nacional	18.0 %	17.5 %	35.5 %	17.7 %	20.1 %	37.8 %	18.4 %	15.0 %	33.4 %
Chihuahua	17.1 %	21.0 %	38.1 %	23.5 %	32.1 %	55.5 %	13.2 %	14.2 %	27.4 %
<b>Escolar (12-19 años)</b>									
Nacional	23.8 %	14.6 %	38.4 %	20.6 %	15.1 %	37.7 %	26.9 %	14.1 %	40.0 %
Chihuahua	22.5 %	13.9 %	36.4 %	12.5 %	17.7 %	30.3 %	32.5 %	10.0 %	42.5 %
<b>Adultos (20 años y más)</b>									
Nacional	39.1%	36.1%	75.2%	42.5%	30.5%	73%	40.2%		
Chihuahua	38.3%	38.7%	77.0%	48.9%	31.2%	55.5%	45.4%		

Prevalencia conforme a la medición del índice de masa corporal. Fuente: Encuesta de Nacional de Salud y Nutrición de 2018. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

El tercer factor de riesgo de acuerdo con el IHME es la alta presión sistólica en sangre, comúnmente conocida como hipertensión arterial y la cual está asociada con padecimientos como las enfermedades isquémicas de corazón y otras enfermedades cerebrovasculares. De acuerdo con la ENSANUT 2018, en Chihuahua el 22.6 por ciento de la población de 20 años o más reportó haber sido diagnosticada con esta enfermedad. Es un porcentaje que está por arriba del promedio nacional y uno de los más alto del país. Cabe recordar que la hipertensión arterial es frecuentemente asintomática y por lo tanto un gran número de personas puede padecerla sin darse cuenta.

**Figura 10. Prevalencia de hipertensión arterial en población de 20 años o más en Chihuahua, 2018**



Fuente: Encuesta de Nacional de Salud y Nutrición de 2018. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

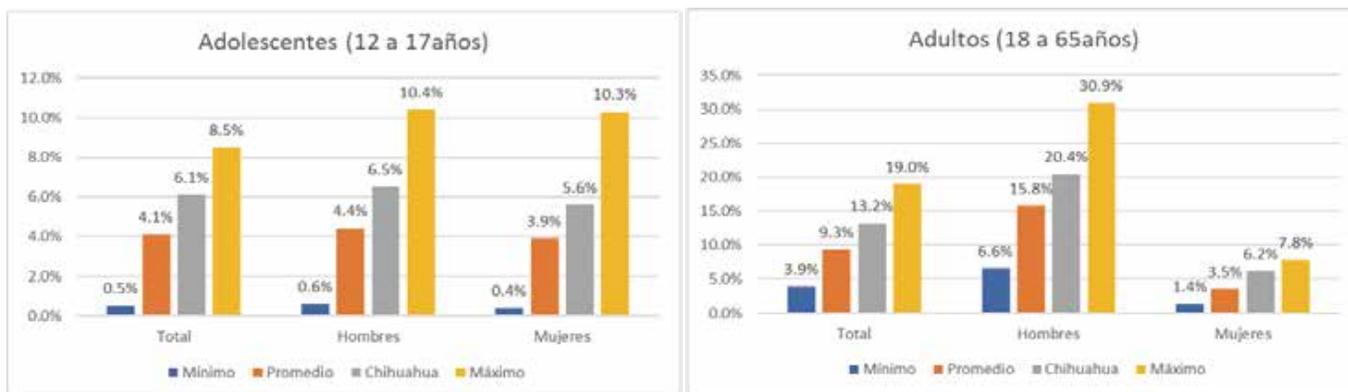
Además, hay otros factores de riesgo para la salud de importancia significativa que merecen una particular atención, como son los relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas. Conforme al listado de riesgos del IHME, en Chihuahua estos ocupan las posiciones 6, 7 y 13 respectivamente. Las consecuencias de estos factores de riesgo son muy variadas. El consumo de tabaco está directamente relacionado con diversos padecimientos entre los que destaca la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diversos cánceres. Por otra parte, el consumo de alcohol genera problemas importantes en el sistema digestivo y en el hígado. Además, tanto el consumo de alcohol y las drogas, tienen afectaciones en la salud mental y su consumo está involucrado en muchos accidentes de tránsito y actos de violencia física. La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017, coordinada por la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), proporciona datos relevantes que permiten dimensionar el problema. De acuerdo con los resultados de la ENCODAT 2016-2017, Chihuahua ocupa el primer lugar a nivel nacional en consumo diario de tabaco. El problema se extiende a toda la población del estado. El mal aqueja tanto a hombres como a mujeres, así como a adolescentes y adultos.

**Figura 11. Consumo diario de tabaco, 2016-2017**



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017. Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Secretaría de Salud.

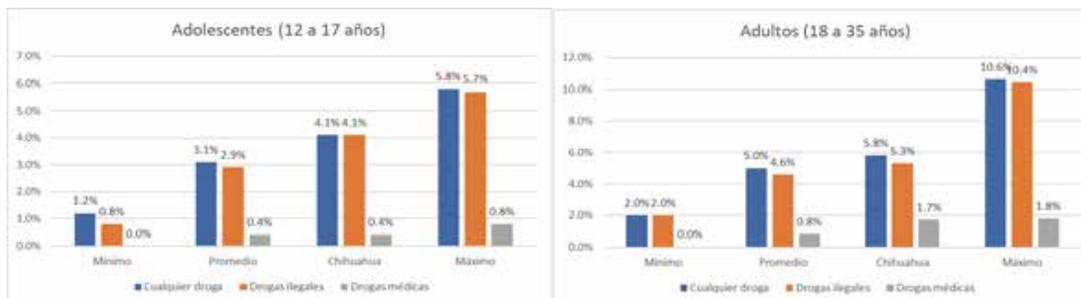
**Figura 12. Consumo consuetudinario de alcohol, 2016-2017**



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017. Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Secretaría de Salud.

En cuanto al consumo de alcohol, el patrón se repite al del tabaco. Según la ENCODAT 2016-2017, en Chihuahua el porcentaje de personas que respondieron que consumen de alcohol de forma consuetudinaria es considerablemente superior al promedio nacional. De igual manera, el problema es generalizado, sin distinción de edad o sexo.

**Figura 13. Consumo alguna vez en la vida de drogas, 2016-2017**



Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017. Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Secretaría de Salud.

Finalmente, un problema que está creciendo significativamente a nivel mundial y que representa un reto para todos los gobiernos es el consumo de drogas. Tradicionalmente a México se le consideraba un país de tránsito de drogas, sin embargo, cada vez es más frecuente su consumo interno. Los resultados de la ENCODAT 2016-2017 señalan que en Chihuahua las personas que han reportado consumir alguna vez en su vida alguna droga está por arriba del promedio nacional.

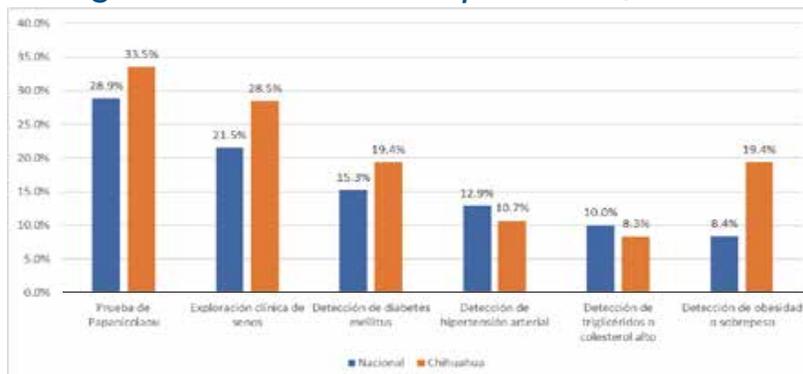
### Medicina preventiva

La medicina preventiva juega un rol muy importante en la detección de factores de riesgos y enfermedades de manera oportuna para evitar daños y complicaciones que afecten la salud de las personas. Además, la medicina preventiva tiene la ventaja de que la mayoría de las intervenciones son de bajo costo y alta efectividad.

La ENSANUT 2018 proporciona algunos datos sobre el uso de algunas intervenciones preventivas. En general, los porcentajes de utilización son relativamente bajos en todo el país. La prueba de Papanicolau y la exploración clínica de senos son intervenciones que tienen como fin la detección oportuna de cáncer cervicouterino y cáncer de mama, respectivamente.

En ambas intervenciones el porcentaje de mujeres que se practicó estos exámenes es superior en Chihuahua al promedio nacional (33.5 vs. 28.9 por ciento en prueba Papanicolau y 28.5 vs. 21.5 por ciento en exploración clínica de senos). En cuanto a las pruebas para la detección diabetes mellitus, hipertensión arterial, triglicéridos o colesterol alto, y obesidad y sobrepeso, destaca el que el porcentaje de personas que se han realizado detección de sobrepeso y obesidad es más del doble que el promedio nacional (19.4 vs. 8.4 por ciento). En el resto de las pruebas las diferencias no son significativas.

**Figura 14. Usos de servicios preventivos, 2018**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2018. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

## 5.3 Perfil de Mortalidad ¿De qué muere nuestra población?

Esta sección presenta el análisis del perfil de mortalidad prematura (0-69 años)<sup>1</sup> para Chihuahua. El Cuadro 9 muestra el perfil agregado de mortalidad y las brechas estimadas con respecto a las metas de reducción al 2030 planteadas en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3), en particular, la meta 3.4 relativa a reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT).

Esta meta de reducción en la mortalidad prematura se ha traducido en este ejercicio como una reducción de 40% en la mortalidad prematura al 2030 (escenario objetivo) con respecto a la mortalidad prematura que se esperaría para dicho año en caso de que prevaleciera la misma tasa que en 2010 (escenario base). Se utiliza el año 2010 para la construcción de este escenario base porque en los trabajos preparatorios para la definición de los ODS y en el seguimiento de los países, este año ha sido tomado como el año base o de referencia.

<sup>1</sup> A nivel internacional se considera que las muertes ocurridas antes de los 70 años son muertes prematuras y, en gran medida evitables (World Health Organization. Global Status Report on non-communicable diseases 2014. Geneva: WHO; 2014).

Es importante considerar que esta meta de reducción es solo como referencia para dar contexto a las metas e indicadores de mortalidad que serán incluidos en la sección siete de este documento.

Considerando la mortalidad prematura por todas las causas y una vez que se estandariza por edad, Chihuahua muestra una tendencia creciente en la tasa de mortalidad prematura. El número total de muertes prematuras pasó de 9 mil 400 muertes en 2000 a 16 mil 900 muertes en 2010, para posteriormente disminuir a 14 mil 200 muertes en 2019. Esto se traduce en un aumento en la tasa estandarizada de mortalidad prematura entre 2000 y 2010 de 386.5 a 551.5 defunciones por cada 100,000 habitantes, respectivamente, y en una reducción en 2019 a una tasa de 394.5 defunciones por cada 100,000. El año 2010 fue un año atípico con un incremento importante en muertes prematuras debido principalmente al incremento en las muertes por lesiones.

Las muertes por ENT representaron en 2019 el mayor porcentaje (62%) de la mortalidad prematura, seguidas por las lesiones (27%) y las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales (12%).

En términos generales, en 2019 la mortalidad en nuestro estado regresó a una tasa cercana a la tasa observada en el año 2000. Excepto por el aumento significativo en la mortalidad en el año 2010, durante los últimos diez años se observó una reducción promedio en la tasa de mortalidad de 3.4% anual, por lo que se deben mantener estos esfuerzos para continuar con una tendencia favorable. La mayor brecha entre la mortalidad estimada al 2030 si se mantiene la misma tasa de mortalidad que en 2010 (escenario base) y el objetivo de referencia de reducir la mortalidad en 40% al 2030 (escenario objetivo), se observa en el grupo de causas relacionadas con ENT. En contraste, para el caso del grupo de causas relacionadas con lesiones, se observa un avance importante, ya que en los últimos años la tasa de disminución anual debida a este grupo de causas se ha acelerado. Es importante considerar que esta marcada reducción en la mortalidad por lesiones intencionales se deriva tanto de una tendencia favorable en la mortalidad por violencia interpersonal durante la última década, como por un nivel extremadamente alto observado en esta tasa alrededor de 2010. Como se verá más adelante, las lesiones intencionales constituyen la principal causa de mortalidad entre la población de 0 a 69 años en el estado.

Finalmente, respecto al grupo de causas relacionadas con enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, aunque el número de muertes prematuras es menor respecto a las ENT y lesiones, se observa un incremento importante en la tasa estandarizada por cada 100,000 habitantes en los últimos 10 años, al pasar de una tasa de 38.4 defunciones por cada 100,000 en el año 2010 a una tasa de 45.7 defunciones por cada 100,000 en el año 2019; esto es, un incremento promedio anual de 2.2% en las defunciones por este conjunto de causas.

## Cuadro 9. Perfil de mortalidad y brechas con respecto al ODS 3, por grandes causas, Chihuahua

2016

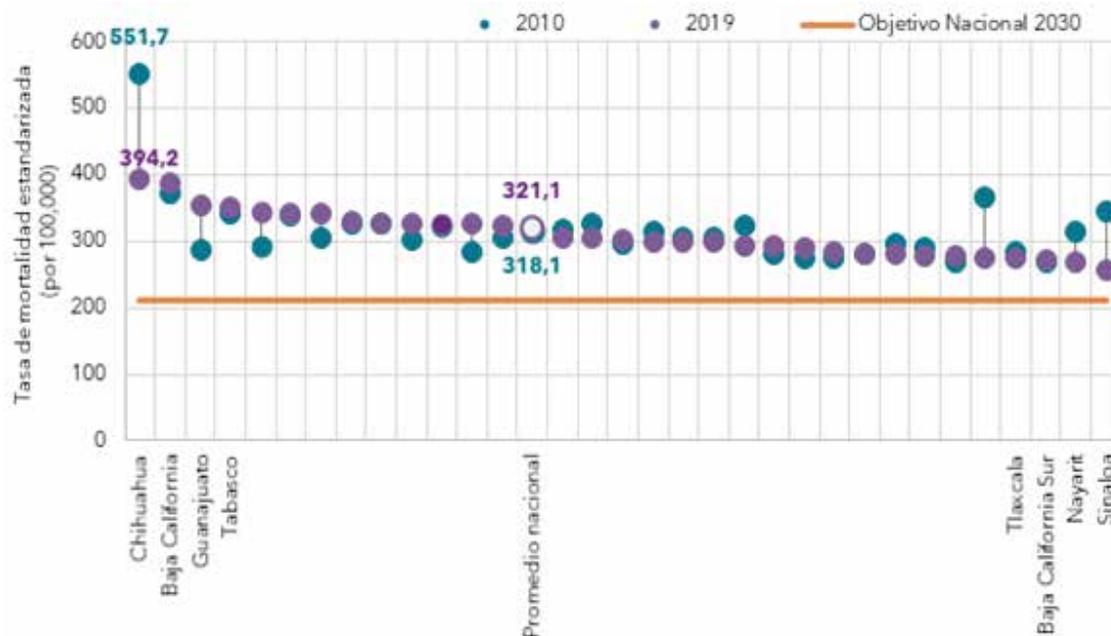
Causa de muerte (Clasificación OMS)	2000			2010		
	Muertes	Tasa cruda por 100 mil	Tasa estandarizada por edad por 100 mil base 2019	Muertes	Tasa cruda por 100 mil	Tasa estandarizada por edad por 100 mil base 2019
<b>Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales</b>	<b>1,490</b>	<b>49.9</b>	<b>47.2</b>	<b>1,298</b>	<b>38.9</b>	<b>38.4</b>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	492	16.5	18.3	479	14.4	15.5
Infecciones respiratorias	233	7.8	8.4	219	6.6	6.9
Condiciones neonatales	636	21.3	16.1	464	13.9	11.8
Deficiencias nutricionales	99	3.3	3.5	92	2.8	2.9
Condiciones maternas	30	1.0	1.0	44	1.3	1.3
<b>Enfermedades no transmisibles</b>	<b>5,793</b>	<b>194.0</b>	<b>264.1</b>	<b>7,266</b>	<b>217.8</b>	<b>257.0</b>
Enfermedades cardiovasculares	1,700	56.9	82.8	2011	60.3	73.2
Neoplasias malignas	1,230	41.2	56.7	1355	40.6	48.1
Enfermedades digestivas	781	26.2	35.1	987	29.6	34.6
Diabetes mellitus	443	14.8	21.9	795	23.9	29.4
Enfermedades genitourinarias	508	17.0	24.8	706	21.2	25.8
Enfermedades respiratorias	285	9.6	12.7	327	9.8	11.4
Anomalías congénitas	286	9.6	7.6	234	7.0	6.2
Trastornos endocrinos, sanguíneos, inmunológicos	125	4.2	5.0	201	6.0	6.9
Enfermedades neurológicas	128	4.3	4.9	221	6.6	7.1
Trastornos mentales y por uso de sustancias	186	6.2	7.5	168	5.0	5.5
Enfermedades musculoesqueléticas	39	1.3	1.7	93	2.8	3.1
Enfermedades de la piel	9	0.3	0.4	25	0.8	0.9
Síndrome de muerte súbita infantil	4	0.1	0.1	22	0.7	0.6
Condiciones orales	2	0.1	0.1	5	0.2	0.2
Otras neoplasias	68	2.3	2.9	1114	3.4	4.0
<b>Lesiones</b>	<b>2,096</b>	<b>70.2</b>	<b>75.2</b>	<b>8372</b>	<b>251.0</b>	<b>256.1</b>
Lesiones intencionales	778	26.1	27.8	6676	200.2	203.5
Lesiones no intencionales	1,318	44.1	47.4	1,695	50.8	52.6
<b>Tota 0-69 años</b>	<b>9,379</b>	<b>314.1</b>	<b>386.5</b>	<b>16,935</b>	<b>507.7</b>	<b>551.5</b>

Notas: Causas ordenadas de mayor a menor conforme a las muertes de 2019. Fuente: Elaboración propia con estadísticas de mortalidad del INEGI y de población del CONAPO.

2016			2019		2030			Tasa de disminución anual (%)		
Muertes	Tasa cruda por 100 mil	Tasa estandarizada por edad por 100 mil base 2019	Muertes	Tasa cruda por 100 mil	Muertes	Tasa cruda por 100 mil	Tasa estandarizada por edad por 100 mil base 2019	Objetivo 2010-2030	Tasa observada 2000-2019	Tasa observada 2010-2019
1,299	37.1	37.1	1,643	45.7	1,484	890	23.2	0.0	-2.2	2.5
457	13.0	13.3	610	17.0	649	389	10.2	0.3	-0.9	2.5
317	9.0	9.3	502	14.0	282	169	4.4	-3.0	-8.7	2.5
412	11.8	11.2	415	11.5	387	232	6.1	1.7	0.2	2.5
83	2.4	2.4	77	2.1	117	70	1.8	2.7	3.5	2.5
30	.9	0.9	38	1.1	49	29	0.8	-0.2	2.0	2.5
<b>8,401</b>	<b>239.9</b>	<b>253.3</b>	<b>8,787</b>	<b>244.2</b>	<b>11,475</b>	<b>6,885</b>	<b>179.7</b>	<b>0.5</b>	<b>0.6</b>	<b>2.5</b>
2131	60.8	64.8	2,404	66.8	3,340	2,004	52.3	1.2	1.1	2.5
1689	48.2	51.0	1,739	48.3	2,152	1,291	33.7	0.9	-0.1	2.5
1264	36.1	38.1	1,348	37.5	1,537	922	24.1	-0.4	-0.9	2.5
874	24.9	26.7	1,006	27.9	1,355	813	21.2	-1.3	0.6	2.5
772	22.0	23.5	677	18.8	1,180	708	18.5	1.5	3.5	2.5
362	10.3	10.9	339	9.4	503	302	7.9	1.6	2.1	2.5
279	8.0	7.7	254	7.1	212	127	3.3	0.3	-1.5	2.5
269	7.7	8.0	240	6.7	297	178	4.6	-1.7	0.3	2.5
248	7.1	7.3	233	6.5	293	176	4.6	-1.5	1.0	2.5
208	6.0	6.2	220	6.1	229	138	3.6	1.1	-1.3	2.5
89	2.5	2.6	81	2.2	135	81	2.1	-1.1	3.7	2.5
38	1.1	1.2	54	1.5	40	24	0.6	-8.4	-6.0	2.5
17	0.74	0.4	12	0.3	18	11	0.3	-6.4	5.6	2.5
8	0.2	0.2	8	0.2	7	4	0.1	-6.9	-3.5	2.5
154	4.4	4.7	171	4.8	176	106	2.8	-2.7	-2.0	2.5
<b>8372</b>	<b>98.1</b>	<b>99.0</b>	<b>3,768</b>	<b>104.7</b>	<b>10,054</b>	<b>6,033</b>	<b>157.4</b>	<b>-1.7</b>	<b>9.4</b>	<b>2.5</b>
3435	60.9	61.4	2,658	73.9	7,957	4,774	124.6	-5.2	10.6	2.5
1302	37.2	37.6	1,110	30.8	2,097	1,258	32.8	2.2	5.7	2.5
<b>13,135</b>	<b>375.1</b>	<b>389.4</b>	<b>14,198</b>	<b>394.5</b>	<b>23,014</b>	<b>13,808</b>	<b>360.4</b>	<b>0.0</b>	<b>3.4</b>	<b>2.5</b>

En la figura 15 se presenta la tasa de mortalidad prematura estandarizada por edad considerando todas las causas de muerte y para todos los estados. Chihuahua tiene la tasa estandarizada de muerte prematura más alta a nivel nacional (394.2 defunciones por cada 100,000 habitantes), a pesar de la reducción observada durante el periodo 2010-2019. Esta tasa es superior a la observada en el promedio nacional, estimada en el año 2019 en 321.1 muertes por cada 100 mil habitantes.

**Figura 15. Tasa de mortalidad prematura estandarizada por edad para todas las causas, entre 2010 y 2019, por entidad federativa**



Nota: Las tasas de mortalidad estandarizadas difieren marginalmente con las reportadas en el Cuadro 9 por la redistribución de causas ambiguas por grupo de edad y sexo en la estimación. Fuente: Elaboración propia con estadísticas de mortalidad del INEGI y de población del CONAPO

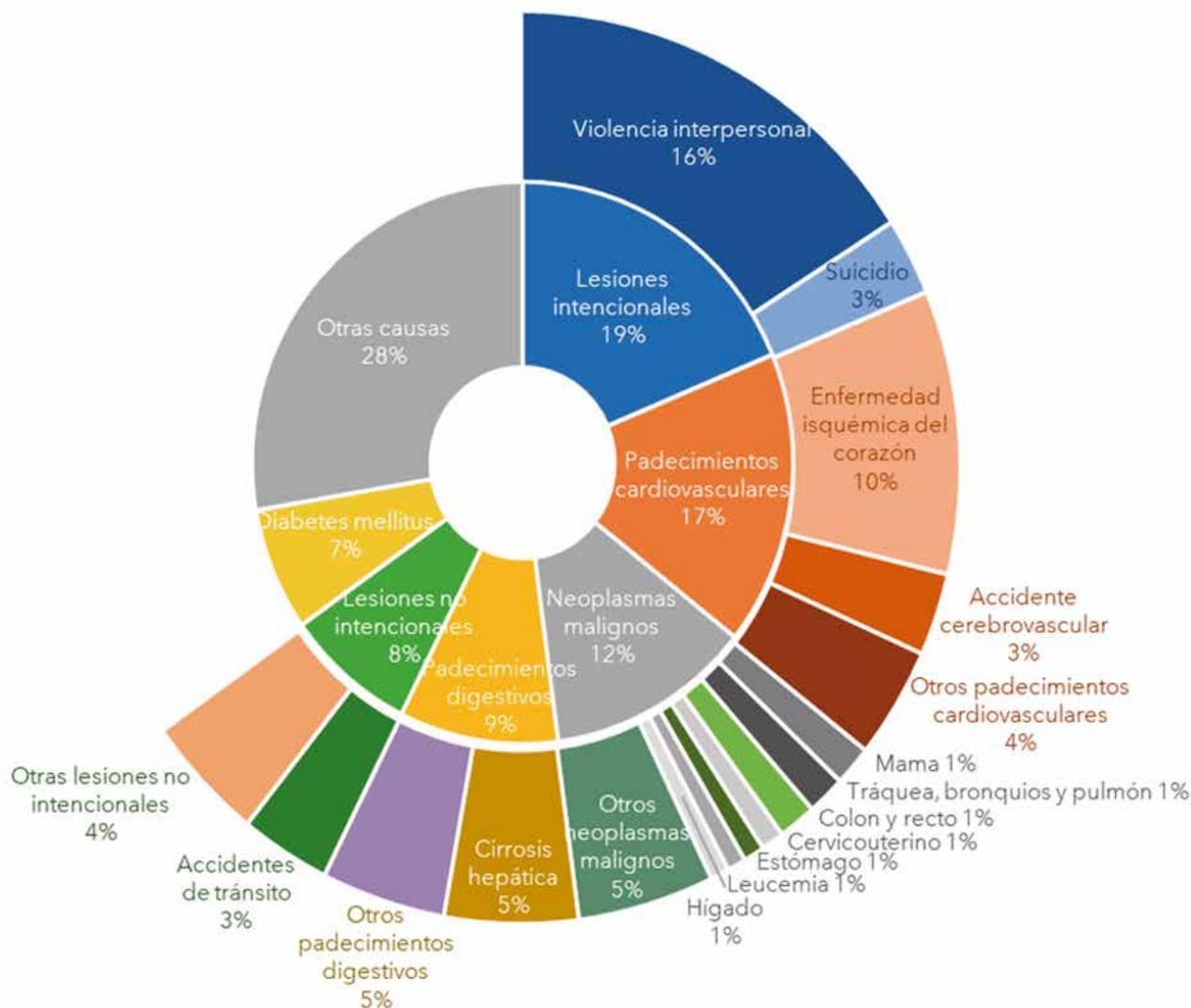
Si bien las necesidades de salud de la población tienen un carácter multidimensional, la mortalidad prematura representa un indicador de gran utilidad para buscar las causas que más aquejan su salud. Distinguir entre la importancia absoluta y la importancia relativa de estas causas de mortalidad apoyará la distinción de los objetivos inmediatos hacia los cuales enfocar las políticas públicas de salud.

En cuanto a la importancia absoluta la pregunta a responder es ¿cuáles son las causas que contribuyen con el mayor número de defunciones en el estado? En cuanto a la importancia relativa el objetivo es preguntarnos ¿cómo se caracteriza la situación de nuestro estado respecto al resto del país? En las siguientes dos subsecciones abordaremos ambas perspectivas.

## I. Mortalidad prematura: importancia absoluta

Como se mencionó previamente, Chihuahua presenta la tasa de mortalidad prematura por todas las causas más alta en el país. En esta sección se presentan los resultados del análisis de mortalidad sobre las principales causas que contribuyen con el mayor número de defunciones en el estado (Figura 16).

**Figura 16. Principales causas de mortalidad prematura en Chihuahua, 2019**



Fuente: Elaboración propia con estadísticas de mortalidad del INEGI.

Las lesiones intencionales constituyen la principal causa de mortalidad entre la población de cero a 69 años, contribuyendo con 19% de las defunciones ocurridas durante 2019. Estas defunciones causadas por lesiones intencionales se desdoblán en dos bloques de distinta naturaleza: las defunciones causadas por violencia interpersonal, con una participación de 16% del total de la mortalidad prematura en el estado, y las defunciones por suicidio, con una participación de 3% del total de la mortalidad prematura.

Que 19 de cada 100 muertes prematuras en el estado provengan de lesiones causadas con intención es una realidad indeseable desde cualquier perspectiva. Sin embargo, la naturaleza misma de las lesiones intencionales hace que las correspondientes defunciones sean consideradas como muertes totalmente evitables y considerablemente sensibles al impacto de las políticas públicas.

Como segunda fuente en importancia de muertes prematuras en el estado aparecen los padecimientos cardiovasculares, con una participación de 17% del total de fallecimientos entre la población menor a 70 años y teniendo a la enfermedad isquémica del corazón y al accidente cerebrovascular como los principales protagonistas, con 10% y 3% de participación, respectivamente, en el total de fallecimientos prematuros en el estado.

Los neoplasmas malignos o cánceres constituyen el tercer aportante de muertes prematuras, teniendo como principales tipos los cánceres de mama, tráquea, bronquios y pulmón, colon y recto, cervicouterino, estómago, leucemia e hígado, ordenados de mayor a menor participación con porcentajes de entre 0.7% a 1.4% entre las muertes ocurridas en población menor a 70 años. Considerando todos los tipos de neoplasmas, el cáncer contribuye con 12 de cada 100 fallecimientos prematuros en el estado.

Es de destacar que para varios de estos tipos de cáncer existen intervenciones concretas y probadas para reducir la mortalidad que generan. Por ejemplo, la mortalidad por cáncer de mama se puede reducir de manera factible mediante la detección y atención tempranas, mientras que la mortalidad por cáncer de pulmón responde positivamente a políticas públicas que logran reducir el uso del tabaco. Asimismo, la detección oportuna del cáncer de colon se ve beneficiada por colonoscopías periódicas y la leucemia más común en niños tiene una muy alta probabilidad de remisión y sobrevivencia cuando se atiende de manera oportuna y adecuada.

Los padecimientos digestivos aparecen como la cuarta mayor causa de mortalidad prematura con 9% de participación dentro del total de muertes, explicado en gran parte por el hecho de que cinco de cada cien muertes prematuras en el estado tienen como causa primaria la cirrosis hepática, típicamente asociada, en partes iguales, al alto y sostenido consumo de alcohol, así como a infecciones por los virus de hepatitis B y de hepatitis C.

Como quinta causa de mortalidad prematura se observa a las lesiones no intencionales, destacando los accidentes de tránsito que constituyen la fuente de tres de cada cien muertes prematuras.

Finalmente, la diabetes mellitus contribuye, por sí sola, con siete de cada cien fallecimientos prematuros en el estado.

El que la diabetes mellitus aparezca como la sexta causa de mortalidad prematura no necesariamente es reflejo de una relevancia reducida, sino el resultado de la forma de agrupar padecimientos para el análisis de la importancia absoluta en la mortalidad prematura. De hecho, si se desagrupan las causas de mortalidad, la diabetes mellitus aparece como la tercera mayor causa de mortalidad prematura en el estado, sólo por debajo de la violencia interpersonal y de la enfermedad isquémica del corazón.

En resumen, bajo criterios de importancia absoluta, es razonable afirmar que las políticas de salud dirigidas a prolongar la vida de la población del estado debieran dirigir su atención, de manera particular, hacia estrategias que reduzcan la mortalidad por padecimientos cardiovasculares, cáncer, cirrosis hepática, accidentes de tránsito y diabetes mellitus. En materia de lesiones intencionales, las políticas de salud están más limitadas, excepto en lo relativo a los factores comunes que contribuyen tanto a la prevalencia de depresión y otros trastornos mentales, como a la prevalencia de lesiones autoinfligidas; por lo que, en este caso, las políticas de salud pueden coadyuvar, pero no resuelven por sí solas las causas de la violencia interpersonal. Abordar este problema requiere de políticas públicas que van más allá del sector salud y por lo tanto, de un gran esfuerzo de coordinación con otros sectores de gobierno.

La reducción que se logre obtener en estos grandes rubros tendría un importante impacto en reducir la mortalidad prematura en Chihuahua, con la consecuente mejora en la esperanza de vida para la población del estado en el futuro.

## **II. Mortalidad prematura: importancia relativa**

La importancia relativa de la mortalidad prematura en nuestro estado implica analizar su situación respecto a la del resto del país. Para ello, es necesario profundizar en el análisis de mortalidad y hacer un agrupamiento por causas de muerte con el fin de lograr comparabilidad a nivel nacional. Esta agrupación corresponde a los distintos volúmenes comprendidos en el Proyecto de Prioridades para el Control de Enfermedades 3ª Edición (Disease Control Priorities Project, DCP3):

1. **Cirugía esencial**
2. **Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil**
3. **Cáncer**
4. **Salud mental: Trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias**
5. **Cardiovasculares, respiratorias y otras enfermedades asociadas**
6. **Principales enfermedades infecciosas**
7. **Salud y desarrollo del niño y el adolescente**

Por otra parte, como mencionamos antes, para los fines de este ejercicio y como punto de referencia para las metas e indicadores que se desarrollarán más adelante, el objetivo del ODS 3 al 2030 se calcula de forma simplificada como una reducción del 40% sobre el número de muertes calculado en el escenario base 2010.

Esta meta está alineada con la meta de reducción anual ODS 3.4 que aplica directamente a las enfermedades no transmisibles, pero también con las otras metas de mortalidad asociadas a grupos de edad y sexo (ODS 3.1 muerte materna, ODS 3.2 neonatos e infantes), y a otras causas (ODS 3.3 SIDA, tuberculosis y paludismo, ODS 3.6 accidentes de tráfico).

### Cirugía esencial<sup>2</sup>

Excluyendo el efecto demográfico, la mortalidad prematura por enfermedades relacionadas con la cirugía esencial en Chihuahua se redujo en los últimos 10 años al pasar de una tasa de 292.8 defunciones por 100 mil habitantes en el 2010 a 146.2 defunciones por 100 mil en el 2019.

**Figura 17. Comparativo a nivel subnacional en el tiempo - tasa de mortalidad prematura estandarizada por edad por causas relacionadas con cirugía esencial, 2010 y 2019**



Fuente: Elaboración propia con estadísticas de mortalidad del INEGI y de población del CONAPO.

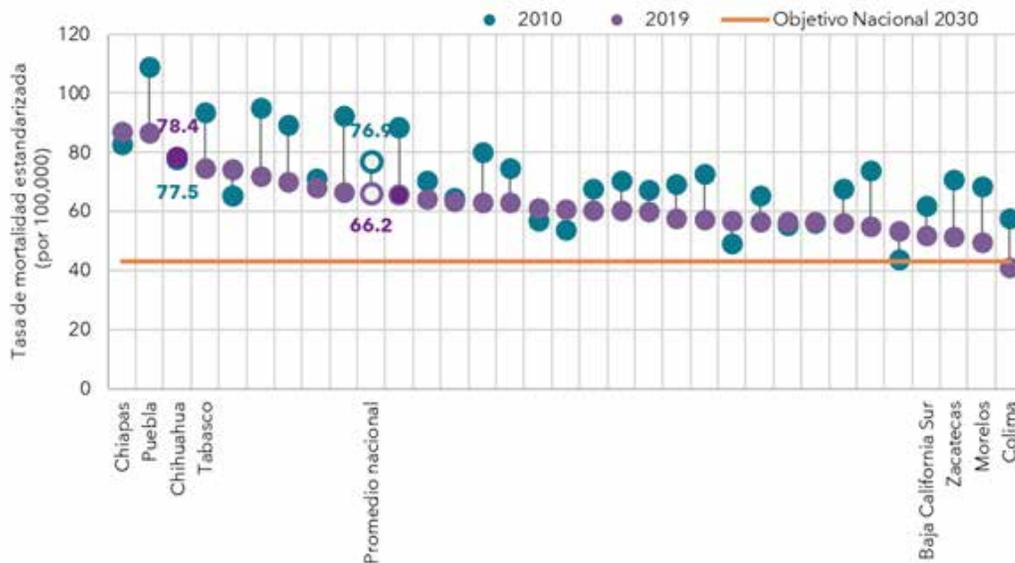
Sin embargo, a pesar de esta significativa reducción, Chihuahua continúa en el primer lugar a nivel nacional en mortalidad prematura por este conjunto de causas y en un nivel superior al promedio nacional (106.2 defunciones por 100 mil habitantes). Estos niveles de mortalidad por causas relacionadas con la cirugía esencial pueden explicarse por la alta participación de las muertes por lesiones intencionales -en particular por violencia interpersonal- entre las muertes prematuras que se observan en nuestro estado.

La cirugía esencial incluye procedimientos sencillos como cirugía general (ej: apendicetomía, hernioplastia, colostomía), procedimientos obstétricos, ginecológicos y de planificación familiar (ej: parto, cesárea, histerectomía, vasectomía), procedimientos para atender lesiones (ej: resucitación con soporte de vida, laparotomía, amputación), procedimientos para atender padecimientos congénitos (ej: labio leporino y paladar hendido, derivación para hidrocefalia), y procedimientos ortopédicos (ej: drenajes y desbridamiento). No se considera la cirugía relacionada con el cáncer y las afecciones cardiovasculares, respiratorias y otras similares (incluida la diabetes y la enfermedad renal crónica).

### Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil

Este conjunto de causas se enfoca en enfermedades que ocurren en niños menores de 5 años y en mujeres en edad reproductiva (15-39 años). En Chihuahua, la mortalidad en niños menores de cinco años y mujeres de 15 a 39 años por causas relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI) continúa siendo un desafío. La mortalidad general para este grupo de población y para este grupo de causas, se incrementó al pasar de 77.5 a 78.4 defunciones por 100 mil niños y mujeres en estos grupos de edad, entre 2010 y 2019, respectivamente.

**Figura 18. Comparativo a nivel subnacional en el tiempo - tasa de mortalidad prematura estandarizada por edad por causas relacionadas con salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, 2010 y 2019**



Fuente: Elaboración propia con estadísticas de mortalidad del INEGI y de población del CONAPO.

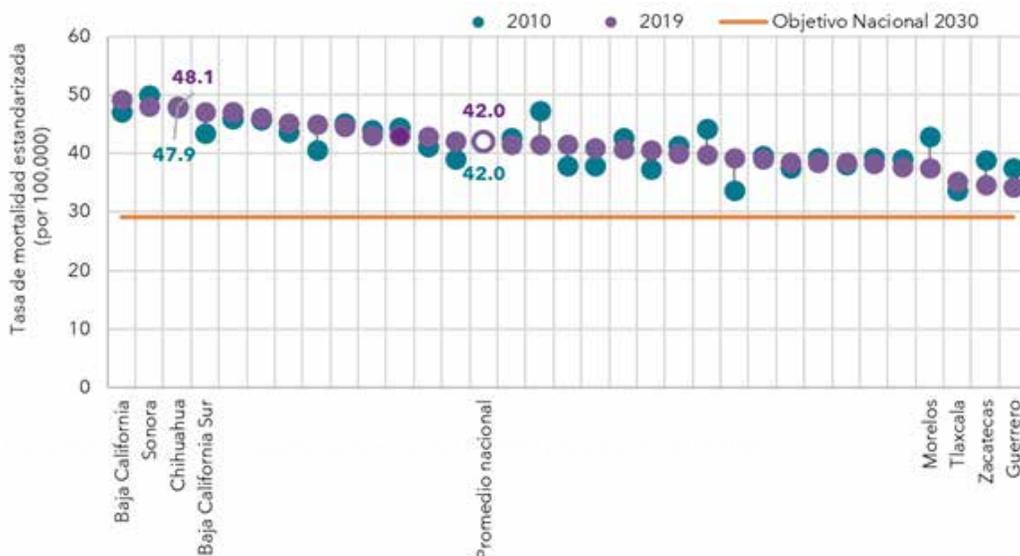
A nivel nacional, nuestro estado tiene la tercera mayor tasa de mortalidad prematura por estas causas, solo por debajo de Chiapas y Puebla, y se encuentra aún por arriba del objetivo nacional de reducción al 2030 de 43.3 muertes por cada 100 mil niños menores de cinco años y mujeres de 15 a 39 años por estas causas.

En resumen, la tendencia más reciente en la mortalidad prematura por causas relacionadas con la SRMNI indica que Chihuahua debe enfocar los esfuerzos en revertir la tasa de mortalidad creciente observada en los últimos diez años. Ésta es un área donde los esfuerzos deben ser sostenidos porque este grupo de enfermedades está altamente correlacionado con la pobreza y la marginalidad, además de estar estrechamente vinculado con las metas ODS que ha planteado la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en cuanto a la reducción en las tasas de mortalidad materna, de mortalidad neonatal y de mortalidad en niños menores de 5 años.

## Cáncer

Como vimos en la sección 5.3.1, el cáncer representó el 12% del total de muertes prematuras (0-69 años) en nuestro estado. Más del 50% de las muertes prematuras relacionadas con el cáncer se concentran en siete tipos: mama, tráquea, bronquios y pulmón, colon y recto, cervicouterino, estómago, leucemia e hígado. No se identifica un sólo tipo de cáncer que explique la mayor parte de la mortalidad por esta causa, sino que son varios tipos de cáncer los que contribuyen al total de defunciones por cáncer.

**Figura 19. Comparativo a nivel subnacional en el tiempo - tasa de mortalidad prematura estandarizada por edad por causas relacionadas con cáncer, 2010 y 2019**



Excluyendo el efecto demográfico, la tasa de mortalidad prematura por cáncer en el año 2019 (48.1 por 100 mil habitantes) se encuentra ligeramente por encima del valor observado en el año 2000 (47.9 por 100 mil habitantes). A nivel nacional, Chihuahua tiene la tercer mayor tasa de muerte prematura por cáncer y se encuentra por encima de la tasa promedio nacional (42.0 por cada 100 mil habitantes) (Figura 19).

En conclusión, nuestro estado enfrenta un desafío en la atención del cáncer: mejorar el desempeño general en la atención del cáncer para revertir la tendencia creciente en la tasa de mortalidad prematura observada por esta causa en los últimos 10 años.

## Trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias

Este conglomerado de causas cubre un conjunto de enfermedades no transmisibles (trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias) y lesiones (suicidios). Además de estar estrechamente vinculado con la meta de la ONU que tiene como propósito fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol (meta 3.5), este volumen está relacionado con la meta que propone reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y promover la salud mental y el bienestar (meta 3.4).

**Figura 20. Comparativo a nivel subnacional en el tiempo - tasa de mortalidad prematura estandarizada por edad por causas relacionadas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, 2010 y 2019**



Fuente: Elaboración propia con estadísticas de mortalidad del INEGI y de población del CONAPO.

Chihuahua tiene la mayor tasa de mortalidad prematura por este grupo de enfermedades a nivel nacional. Excluyendo el efecto demográfico, la mortalidad prematura por estas causas se incrementó en el estado, al pasar de 19.9 muertes por cada 100 mil habitantes en el año 2010 a 23.4 muertes por cada 100 mil habitantes en el 2019, tasa muy superior al promedio nacional (14.5 muertes por cada 100 mil habitantes) (Figura 20).

Este incremento puede explicarse por el incremento en la mortalidad prematura causada por suicidios y por aquellas asociadas a trastornos por consumo de alcohol. Este conjunto de enfermedades representa un área de oportunidad con importante potencial para nuestro estado. Medir el impacto total es difícil ya que muchas condiciones en este grupo no afectan la mortalidad prematura de forma inmediata, pero tienen un gran impacto en la discapacidad.

### Enfermedades cardiovasculares, respiratorias y otras enfermedades asociadas

Esta sección cubre un conjunto de enfermedades no transmisibles: enfermedades cardiovasculares, respiratorias y otras afecciones relacionadas, así como accidente cerebrovascular, diabetes mellitus y enfermedad renal debida a la diabetes. Muchas de estas enfermedades comparten los mismos factores de riesgo y/o están relacionadas entre sí.

En Chihuahua, la tasa de mortalidad prematura estandarizada por este conjunto de causas disminuyó en los últimos diez años, al pasar de 131.2 a 111.2 muertes por cada 100 mil habitantes entre 2010 y 2019, respectivamente. Sin embargo, nuestro estado ocupa el lugar ocho de entre los diez estados con las mayores tasas estandarizadas de muerte prematura por este conjunto de causas a nivel nacional, y los niveles de mortalidad se encuentran por encima del promedio nacional (106.4 defunciones por 100 mil habitantes) (Figura 21).

Aunque en conjunto este conglomerado muestra una reducción en la mortalidad, el desafío para Chihuahua se encuentra en frenar en específico el incremento en la mortalidad prematura por enfermedad isquémica del corazón y por diabetes, las cuales se encuentran entre las tres principales causas de mortalidad prematura en el estado (Sección 5.3.I) y han contribuido en la desaceleración de la reducción de la mortalidad debida a este conjunto de enfermedades en los últimos años.

**Figura 21. Comparativo a nivel subnacional en el tiempo - tasa de mortalidad prematura estandarizada por edad por causas relacionadas con enfermedades cardiovasculares, respiratorias y otras enfermedades asociadas, 2010 y 2019**



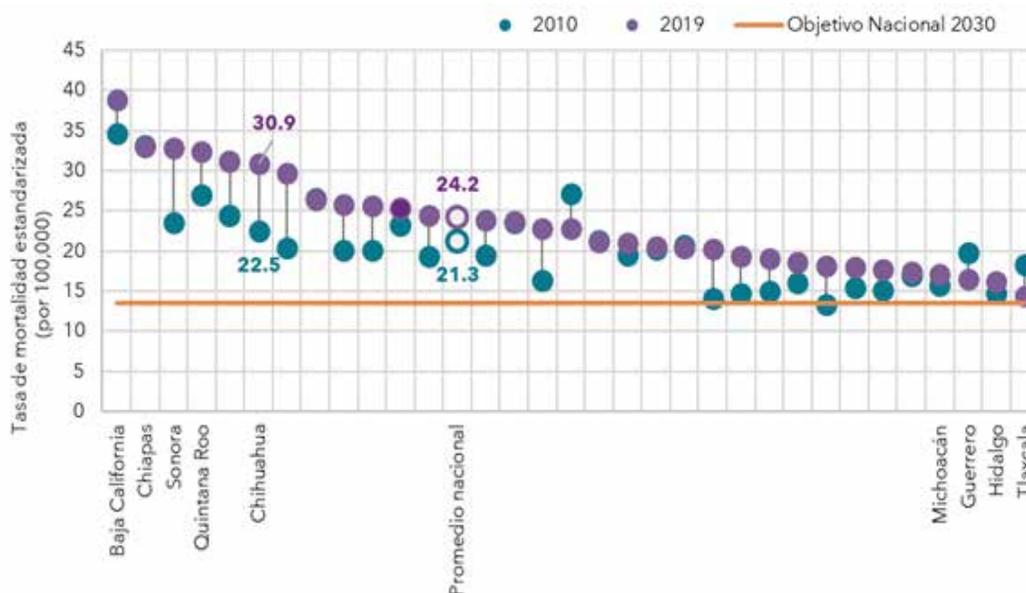
Fuente: Elaboración propia con estadísticas de mortalidad del INEGI y de población del CONAPO.

### Principales enfermedades infecciosas

En general, a nivel nacional se observa una tendencia al alza en la tasa de mortalidad prematura por enfermedades infecciosas en los últimos diez años y nuestro estado no ha sido la excepción. Excluyendo el efecto demográfico, la mortalidad prematura por estas causas se incrementó de 22.5 defunciones por cada 100 mil habitantes en el año 2010 a 30.9 defunciones por cada 100 mil habitantes en el año 2019; tasa superior al promedio nacional de 24.2 defunciones por cada 100 mil habitantes (Figura 22).

De entre las enfermedades infecciosas incluidas en este conjunto de causas, las infecciones del tracto respiratorio inferior, seguidas por el VIH/SIDA y las enfermedades diarreicas, muestran para el caso de Chihuahua una mayor mortalidad.

**Figura 22. Comparativo a nivel subnacional en el tiempo - tasa de mortalidad prematura estandarizada por edad por causas relacionadas con las principales enfermedades infecciosas, 2010 y 2019**



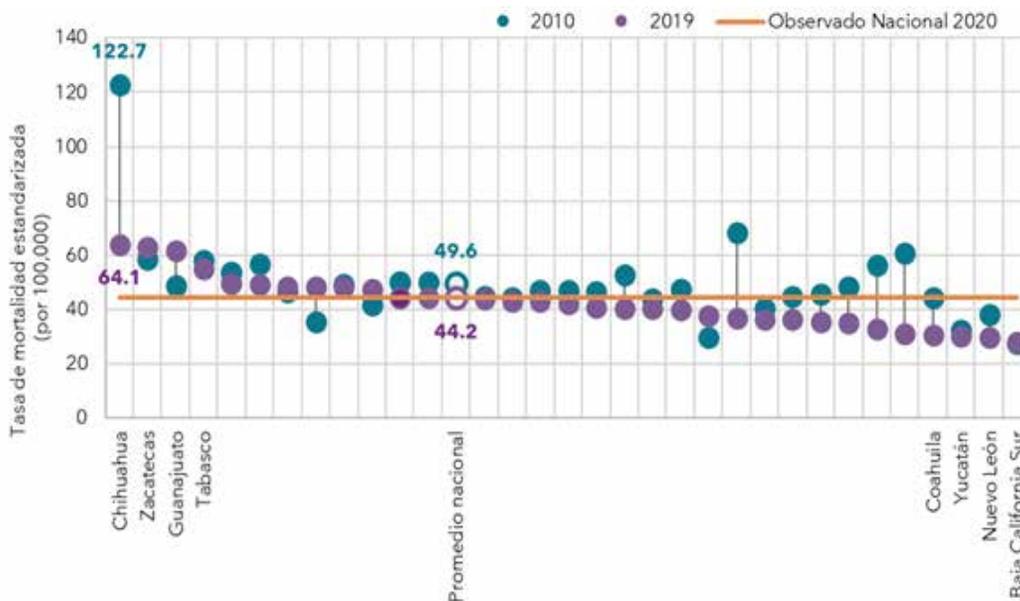
Fuente: Elaboración propia con estadísticas de mortalidad del INEGI y de población del CONAPO.

Este grupo de enfermedades presenta un desafío para Chihuahua. Es necesario revertir la tendencia de aumento en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y acelerar de manera importante el ritmo de las reducciones de mortalidad en los próximos años. De entre las enfermedades infecciosas incluidas en este conjunto de causas, las infecciones del tracto respiratorio inferior, seguidas por el VIH/SIDA y las enfermedades diarreicas, muestran para el caso de Chihuahua una mayor mortalidad.

### Salud y desarrollo del niño y el adolescente

Este conjunto de causas de muerte se centra en la población de 5 a 19 años, que suele tener una mortalidad más baja que los recién nacidos y los menores de cinco años. Aunque la salud y el desarrollo durante los primeros mil días de vida son cruciales, se requiere también de una atención robusta para niños en edad escolar y adolescentes para mantener el acervo de salud establecido en etapas tempranas de la vida. Cuando ha habido un serio retraso en el grado de desarrollo en los primeros mil días de vida, la evidencia disponible sugiere que aún es posible remediarlo sustancialmente. A pesar de que Chihuahua presenta la tasa estandarizada de muerte prematura más alta a nivel nacional para este grupo de población, se observa una tendencia importante a la baja en los últimos diez años, al pasar de 122.7 a 64.1 defunciones por cada 100 mil niños y adolescentes de entre 5 a 19 años entre 2010 y 2019, respectivamente.

**Figura 24. Comparativo a nivel subnacional en el tiempo - tasa de mortalidad prematura estandarizada por edad por causas relacionadas con la salud y desarrollo del niño y el adolescente, 2010 y 2019**



Fuente: Elaboración propia con estadísticas de mortalidad del INEGI y de población del CONAPO.

Aunque en este grupo de edad el número de muertes no es tan grande como en otros grupos de causas de muerte, Chihuahua podría acercarse al promedio nacional si se concentran los esfuerzos en acelerar la tasa de reducción observada en los últimos años en la mortalidad específica para este grupo de edad, particularmente la mortalidad por lesiones intencionales y por enfermedades no transmisibles.

En conclusión, bajo criterios de importancia relativa, los hallazgos indican que las políticas de salud dirigidas a reducir la mortalidad prematura entre la población del estado debieran dirigir su atención particularmente hacia estrategias de reducción de mortalidad por suicidios, -en particular, entre la población de niños y adolescentes de 5 a 19 años, el cáncer, padecimientos cardiovasculares y diabetes, así como las causas relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil que afectan a la población de niños menores de cinco años y mujeres en edad reproductiva (15 a 39 años).

## 5.4. Coyuntura COVID-19 y su impacto inmediato

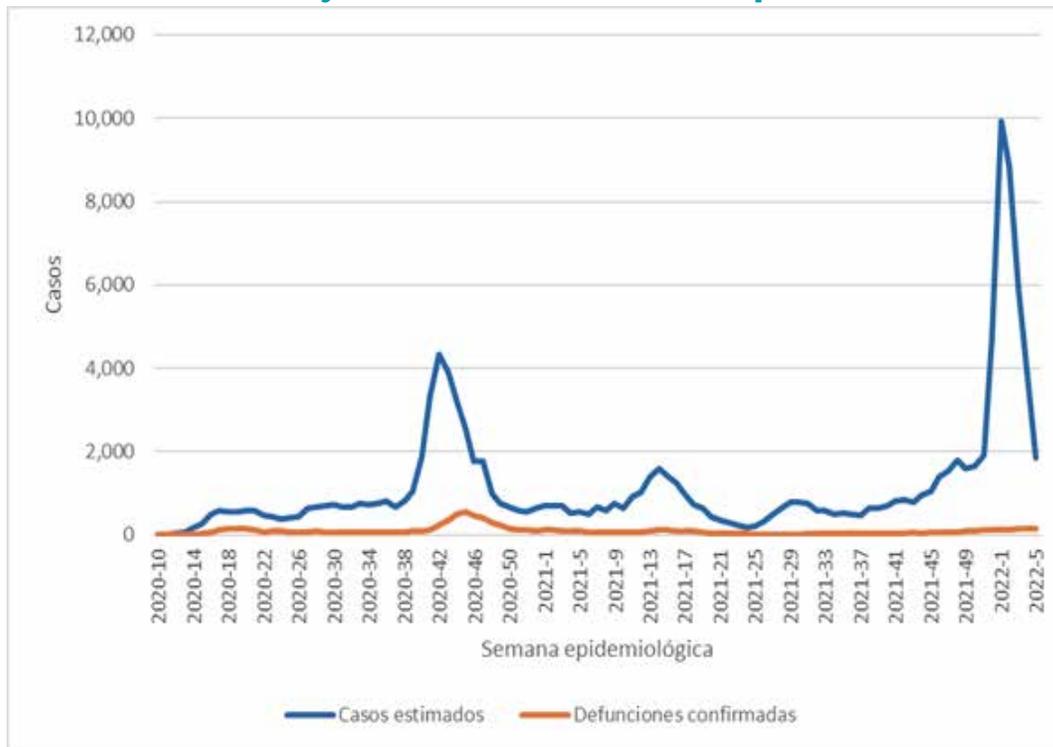
La pandemia de COVID-19, surgida en China a finales de 2019 y que presentó sus primeros casos en México a principios de 2020, es un acontecimiento que está teniendo un gran impacto en el bienestar de las personas. Más allá de la afectación directa por contraer la enfermedad, también se han presentado diversos efectos asociados que repercuten en la salud de las personas.

Tal es el caso de pacientes que tuvieron que postergar cirugías o tratamientos por las limitaciones en algunos centros de salud; además de otras afectaciones como el sedentarismo y la adopción de malos hábitos alimenticios producto de los confinamientos.

Asimismo, hay que considerar posibles afectaciones psicológicas derivadas del estrés por la incertidumbre, el propio confinamiento, el contagio o pérdida de algún familiar o persona cercana por la enfermedad, o por la pérdida del empleo. Estas últimas, en algunos casos, pueden derivar en un aumento de consumo de alcohol y drogas que a su vez pueden provocar casos de violencia o suicidios. Si bien la pandemia de COVID-19 parece que está controlándose como consecuencia de la aplicación de vacunas y el desarrollo de nuevos tratamientos para combatir la enfermedad, es un asunto que se espera siga siendo prioritario en los próximos meses, y muy probablemente en los próximos años.

De ahí la relevancia de abordar este tema en el presente documento. De acuerdo con información de la Secretaría de Salud, con fecha de corte al 15 de febrero de 2021, el acumulado estatal de casos confirmados de COVID-19 desde el inicio de la pandemia fue de 115,832 casos y el número de defunciones ascendió a 9,607 muertes.

Comparado con el resto de las entidades federativas del país, Chihuahua ocupa el lugar 22 de casos confirmados en términos de tasa por 100,000 habitantes. Poco más de la mitad de los casos confirmados fueron hombres (53.4 por ciento hombres vs. 46.2 por ciento mujeres). Además, la gran mayoría solo requirió atención ambulatoria (83.7 por ciento). En cuanto a las comorbilidades de los casos confirmados, 17.0 por ciento presentó hipertensión arterial, 11.4 por ciento tenía problemas de obesidad, 11.1 por ciento padecía de diabetes mellitus y 7.0 por ciento presentaba algún grado de tabaquismo.

**Figura 25. Casos estimados y defunciones confirmadas por COVID-19 en Chihuahua**

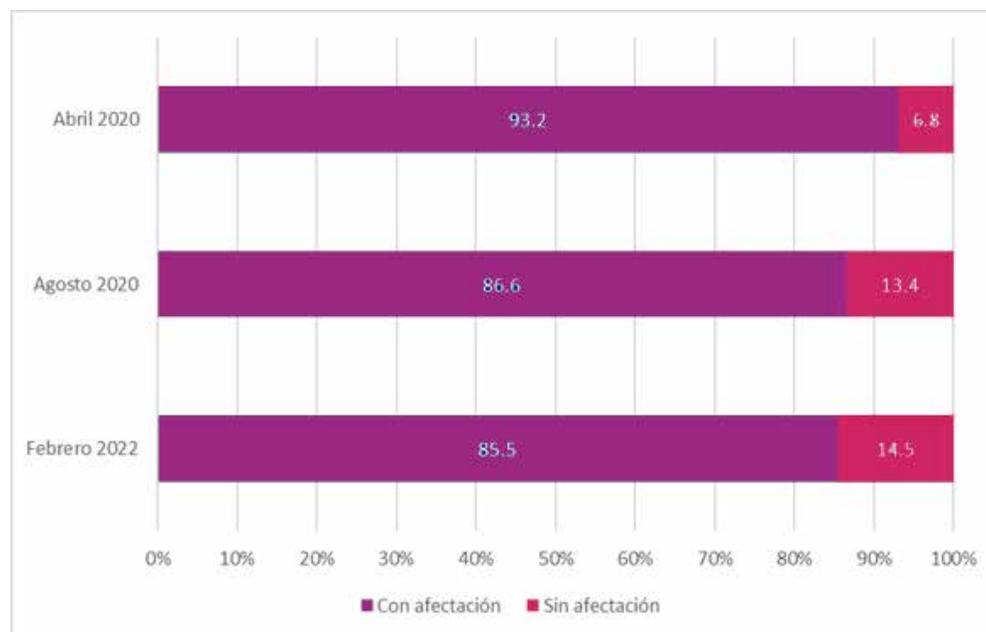
Fuente: Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. Cifras actualizadas al 15 de febrero de 2022.

La contingencia originada por el COVID-19 repercutió en diversos ámbitos de la sociedad. En educación, por ejemplo, las niñas y los niños dejaron de tomar clases presenciales. En lo económico, muchas empresas en el país sufrieron afectaciones por el COVID-19 debido a los cierres de contención y al ausentismo generado por la enfermedad.

De acuerdo con datos de la Encuesta sobre el Impacto Económico Generado por el COVID-19 en las Empresas, elaborada por el INEGI, la cual tuvo tres levantamientos entre 2020 y 2021, reportaba en su primer levantamiento, en abril de 2020, que a nivel nacional el 93.2 por ciento de las empresas encuestadas habían tenido algún tipo de afectación por la contingencia del COVID-19. Para agosto de ese mismo año el porcentaje de empresas que reportaban afectaciones había disminuido a 86.6 por ciento y para abril de 2021 el porcentaje era de 85.5 por ciento. Las afectaciones fueron diversas: disminución de ingresos, baja demanda, escasez de insumos y reducción de personal y remuneraciones.

En abril de 2020, 59.6 por ciento de las empresas reportaron cierres temporales o paros técnicos, porcentaje que disminuyó a 23.1 por ciento para agosto de 2020 y a 16.6 por ciento para abril de 2021. Estas encuestas no permiten obtener resultados a nivel estatal; sin embargo, es de esperarse que en los estados los resultados sean muy similares.

**Figura 26. Porcentaje de empresas que reportaron afectación por COVID-19, Nacional 2020-2021**

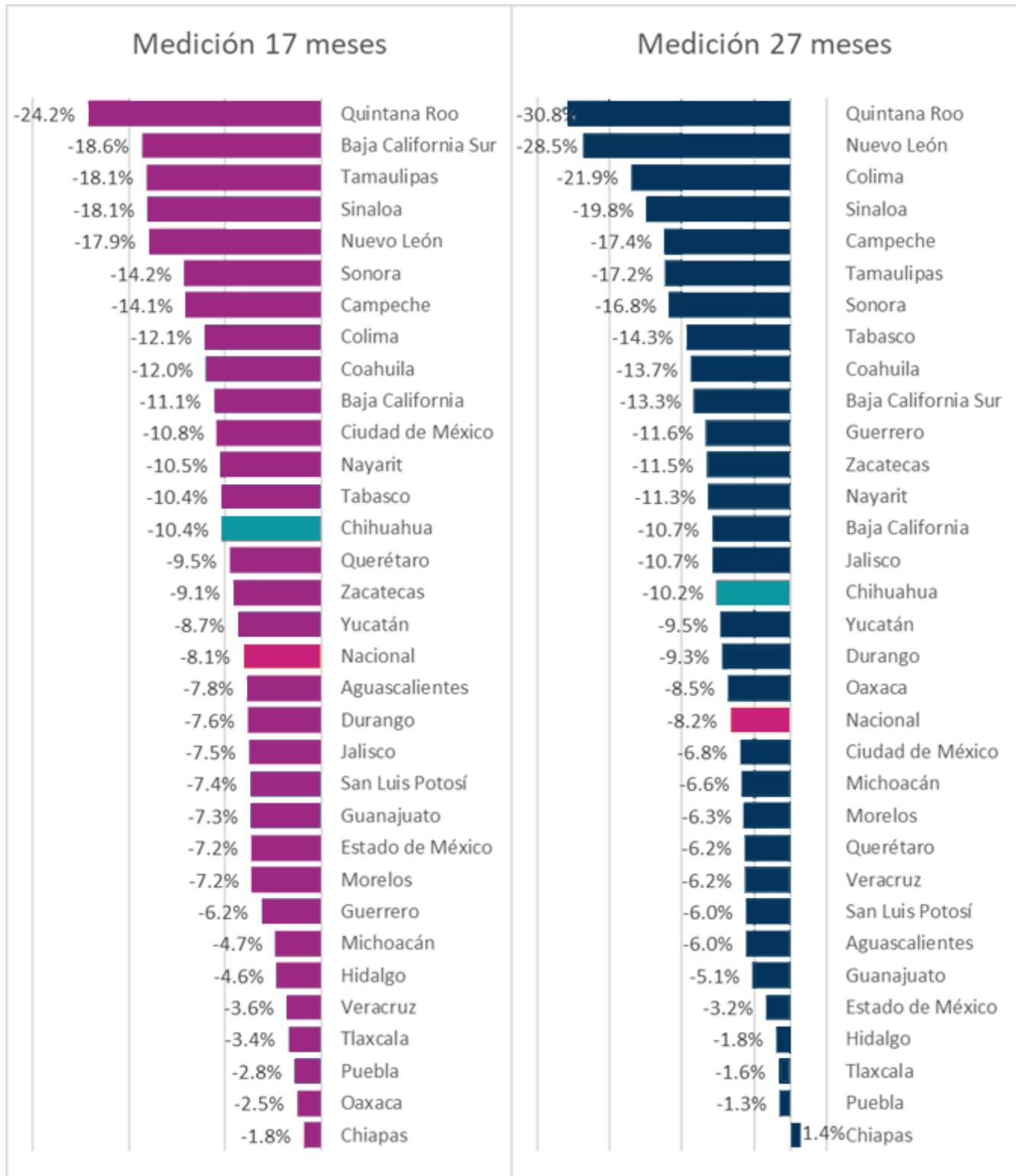


Fuente: Encuesta sobre el impacto económico generado por COVID-19 en las empresas (ECOVID-IE). Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Utilizando como fuente el Estudio sobre la Demografía de los Negocios (EDN) de 2020 y 2021, también elaborado por el INEGI, el cual tiene como propósito identificar los cambios que han sufrido de los establecimientos económicos micro, pequeños y medianos desde los Censos Económicos de 2019, se pueden obtener algunos resultados a nivel estatal. De acuerdo con los Censos Económicos de 2019 en el Estado de Chihuahua había 101,385 establecimientos micro, pequeños y medianos, 17 meses después del levantamiento del Censo (de mayo de 2019 a septiembre de 2020) la cifra había disminuido a 90,854 establecimientos, una reducción del 10.4 por ciento, porcentaje mayor al registrado a nivel nacional (8.1 por ciento). En cuanto al personal ocupado, en el mismo periodo hubo una reducción del 21.6 por ciento, cifra superior a la reducción del 19.7 a nivel nacional. Considerando el periodo de mayo de 2019 a julio de 2021 (27 meses después del levantamiento del Censo), hubo una ligera recuperación, mostrando una reducción en el número de establecimientos que fue de 10.2 por ciento, cifra aún superior al 8.2 por ciento registrado a nivel nacional. La situación respecto al personal ocupado en el Estado mejoró, registrando una caída de 4.7 por ciento, cifra más favorable que la caída del 9.9 a nivel nacional.

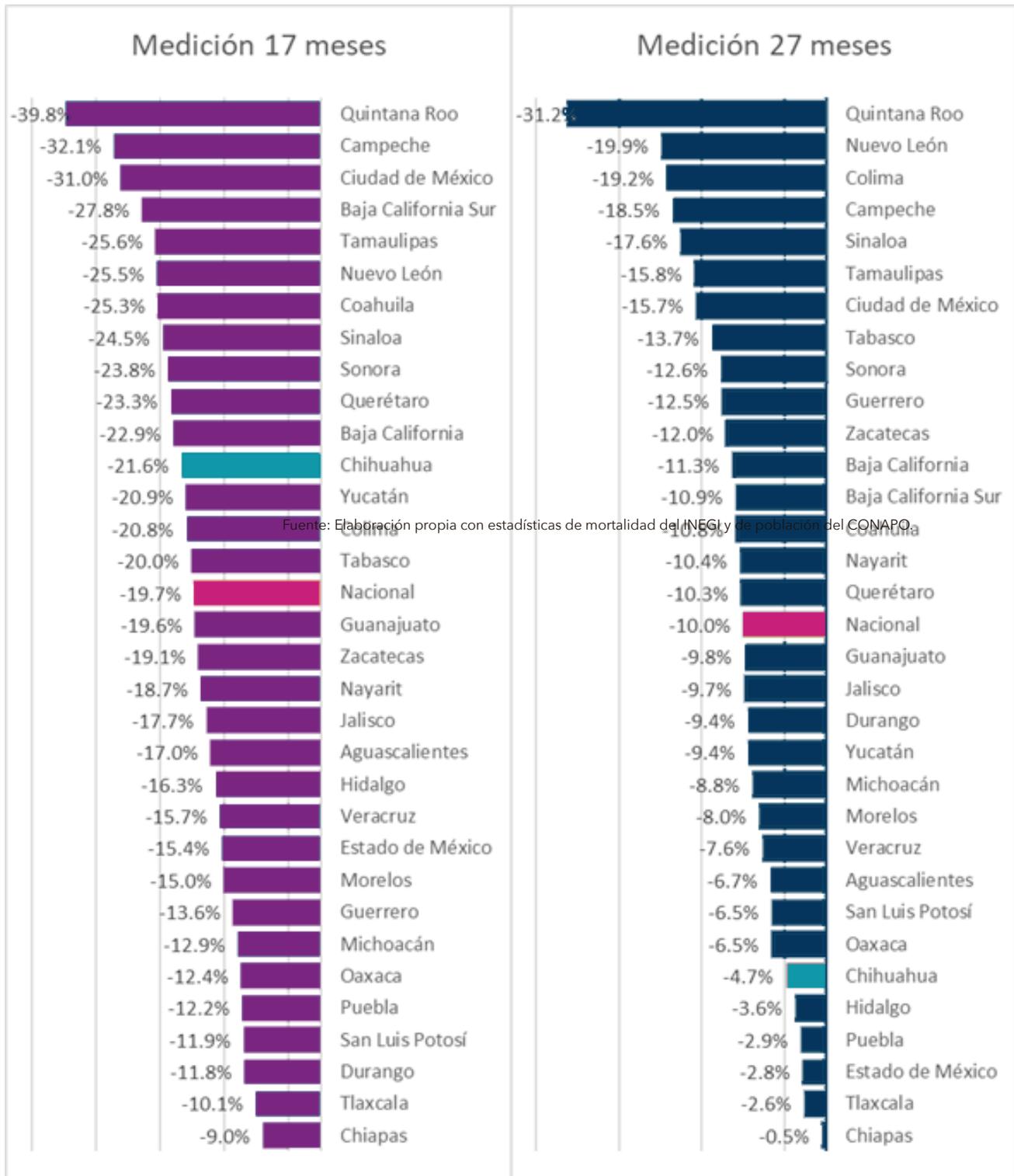
Estas cifras indican que, si bien Chihuahua no fue de las entidades más afectadas en lo económico por la pandemia, presentó un impacto que no es menor y que fue superior al promedio nacional. Para el sistema de salud estatal es importante tener presente las necesidades de salud que resultan en los hogares y en los trabajadores como resultado del impacto en la actividad económica.

**Figura 27. Variación neta de establecimientos micro, pequeños y medianos respecto a los Censos Económicos de 2019**



Fuente: Estudio sobre la Demografía de los Negocios (EDN) 2020 y 2021. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

**Figura 28. Variación neta de establecimientos micro, pequeños y medianos respecto a los Censos Económicos de 2019**



Fuente: Estudio sobre la Demografía de los Negocios (EDN) 2020 y 2021. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

## 5.4. Identificación de brechas entre necesidades y capacidades

Como se observó en el diagnóstico nuestra población tiene muchas y muy diversas necesidades de salud. Por ello, resulta fundamental tener la capacidad de respuesta para la atención de éstas. En este sentido, a continuación, se presentan los recursos financieros, físicos y humanos disponibles en Chihuahua para la atención de las necesidades de salud de la población.

### Recursos financieros

Los recursos financieros disponibles en Chihuahua para la atención de las necesidades de salud de la población se han incrementado significativamente en los últimos años. El gasto público per cápita se incrementó 71.6 por ciento en términos reales de 2000 a 2020. Este crecimiento se explica principalmente por el gasto público en la población sin seguridad social. En el año 2000 el gasto per cápita para la población sin seguridad social era casi la mitad que para población con seguridad social. Esta brecha se cerró de forma significativa en los últimos años.

Al comparar el gasto público per cápita de Chihuahua con el promedio nacional, tenemos que, en 2020, el promedio nacional es 4.5 por ciento superior (6,015 pesos en Chihuahua vs. 6,285 pesos promedio nacional).

**Figura 29. Gasto público per cápita en salud en Chihuahua, 2000-2020**



Notas: 1. El gasto público en salud es la suma del gasto de la población con y sin seguridad social.

2. El gasto de la población sin seguridad social comprende el gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12), IMSS-Bienestar (Ramo 19), FASSA (Ramo 33), Gasto Estatal, SEDENA (Ramo 07) y SEMAR (Ramo 13).

3. El gasto de la población con seguridad social incluye el gasto del IMSS, ISSSTE, PEMEX, y a partir del 2013 se integra la información del ISSEMYM, ISSTECH, ISSSTELEON, ISSSTESON, ISSSTECALI e ISSFAM.

4. El gasto de la Secretaría de Salud (Ramo 12) por entidad federativa se obtiene a partir de las transferencias directas de programas como el Seguro Popular, Bienestar, Seguro Médico para una Nueva Generación, AFASPE y otros programas especiales. El gasto de los Hospitales Federales y los Institutos Nacionales de Salud se distribuyeron en función de los egresos hospitalarios. Por último, el gasto de las Unidades Centrales, Organismos Descentralizados y Órganos Desconcentrados que no cuentan con egresos hospitalarios se distribuye de acuerdo con la participación de los programas y egresos hospitalarios mencionados anteriormente.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) 2020.

## Establecimientos, recursos materiales y equipamiento

En cuanto a los recursos físicos para prestar los servicios de atención médica, Chihuahua presenta rezagos importantes comparado con otros estados. En el caso del número de establecimientos está muy debajo del promedio nacional, aunque se compensa con el número camas (hospitalarias y no hospitalarias), quirófanos y salas de expulsión. Este resultado es indicativo de que los servicios están concentrados en pocas unidades. Considerando que Chihuahua es el estado de mayor extensión territorial del país esto es un problema de acceso para la población alejada de los centros urbanos. Sobre el equipamiento de estas unidades, también se aprecia un rezago, con excepción de los mastógrafos y unidades de radioterapia, el resto del equipo médico es bastante limitado en el estado.

**Cuadro 9. Recursos físicos (tasa por 100,000 habitantes) 2018-2020**

	Nacional	Chihuahua	Posición
<b>Establecimientos</b>			
Asistencia social	0.5	0.1	27
Consulta externa	22.2	19.9	24
Hospitalización	3.8	3.3	19
Apoyo	1.2	1.3	13
<b>Recursos Materiales</b>			
Consultorios	60.7	55.2	24
Camas hospitalarias	70.7	80.1	10
Camas no hospitalarias	39.9	46.0	12
Quirófanos	3.3	3.7	11
Salas expulsión	1.8	3.0	4
<b>Equipamiento</b>			
Aceleradores lineales	0.1	0.0	25
Mastógrafos	0.6	0.8	11
Resonancias magnéticas	0.1	0.0	24
Tomógrafos	0.3	0.3	17
Angiógrafos	0.1	0.1	23
Gamma cámaras	0.0	0.0	16
Unidades de radioterapia	0.1	0.1	15

Fuente: Sistema de Información de la Secretaría de Salud. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 y de la Conciliación Demográfica de México, 1950-2015, Consejo Nacional de Población (CONAPO).

## Recursos humanos

El talento humano es un elemento fundamental para la atención médica. La disponibilidad de este recurso en Chihuahua varía dependiendo del tipo de personal. En lo que se refiere a médicos generales y familiares, hay un rezago en médicos generales que se compensa con médicos familiares. Sin embargo, al analizar especialidades, solamente en el caso de pediatras, cirujanos y traumatólogos, Chihuahua se encuentra por arriba del promedio nacional.

En cuanto al personal de enfermería (enfermeras generales y especialistas, pasantes de enfermería, auxiliares de enfermería y personal de enfermería en otras labores), el estado se encuentra, en términos generales, en una situación más favorable que el promedio nacional.

**Cuadro 10. Recursos humanos (tasa por 100,000 habitantes) 2019**

	Nacional	Chihuahua	Posición
<b>Personal Médico</b>			
Médicos Generales	41.1	34.8	24
Médicos Familiares	15.2	16.9	15
Pediatras	8.9	9.5	12
Ginecoobstetras	8.6	7.9	21
Cirujanos	7.2	7.5	12
Internistas	5.4	5.0	17
Traumatólogos	3.2	3.4	15
Anestesiólogos	10.3	9.7	16
Cardiólogos	1.2	1.1	13
Urgenciólogos	5.2	5.2	13
Otras especialidades	24.2	22.1	15
Odontólogos	9.5	7.0	28
<b>Otro personal</b>			
Personal médico en formación	46.1	40.4	20
Médicos en otras labores	12.4	11.4	18
Enfermeras generales y especialistas	145.5	151.8	13
Pasantes de enfermería	22.7	26.9	14
Auxiliares de enfermería	81.2	98.8	8
Personal de enfermería en otras labores	15.7	17.0	10
Personal profesional	35.7	31.7	18
Personal técnico	92.5	101.9	8

Fuente: Sistema de Información de la Secretaría de Salud. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 y de la Conciliación Demográfica de México, 1950-2015, Consejo Nacional de Población (CONAPO).

## Necesidades en salud

Siempre será bastante complejo evaluar si los recursos disponibles son suficientes o no para brindar la mejor solución a los problemas de salud de una población. Cuando se analizan promedios o agregados considerables se busca obtener una inferencia muy educada sobre en dónde se pueden encontrar las áreas que, de lograr mejoras efectivas en ellas, aportan el mayor beneficio para la población y, a la vez, se busca obtener una correspondencia con los recursos disponibles.

Como generalmente las necesidades de salud de la población crecen a un ritmo mayor que los recursos materiales y humanos disponibles, las soluciones de política pública tienden a enfocarse no sólo a lo más evidente, como sería destinar más recursos para atender la salud de la población, sino que típicamente buscan una alineación más eficiente de los recursos disponibles, y canalizar a las áreas de mayor impacto los recursos que se adicionen como complementarios. ¿Pero cuáles son esas áreas prioritarias en el caso del Estado de Chihuahua?

Del diagnóstico anterior, podemos inferir que los padecimientos no transmisibles y las lesiones han desplazado a los padecimientos transmisibles como principales causas de daño a la salud de los chihuahuenses. Ahora bien, ya sea por su alta contribución al número de individuos que afectan, por presentar una tendencia desfavorable, o por mostrar una magnitud de daño considerablemente superior respecto a otras entidades federativas, se han identificado cinco áreas que requieren de particular atención y que de aquí en adelante mencionaremos como áreas prioritarias. Estas son: i) la mitigación del daño por cáncer, ii) la mitigación del daño por padecimientos cardiovasculares y la diabetes mellitus, iii) la atención de la salud mental, iv) la atención de la salud de niños y adolescentes, y v) la atención a la salud infantil y de mujeres en edad reproductiva.

Las políticas que logren conducir de manera efectiva a una evolución más favorable en estas cinco áreas prioritarias serán políticas públicas de salud que nos conducirán a una menor mortalidad y una mayor calidad de vida para la población. En otras palabras, ayudarán a nuestra población a vivir más y a vivir mejor.

## **6. Construyendo una mejor salud para nuestra población**

### **6.1. Misión**

Coordinar de manera integral de acciones encaminadas a proteger la salud de la población en el Estado de Chihuahua, así como a garantizar su acceso a los servicios de salud, de manera oportuna, con calidad, humanista e incluyente, en apego a la normatividad vigente.

### **6.2. Visión**

Asegurar un Sistema Estatal de Salud eficiente, que permita acercar y fortalecer los servicios de salud, con oportunidad y competencia resolutive, para preservar y mejorar la calidad de vida de la población.

### **6.3. Salud y Desarrollo 2030**

Se han identificado cinco áreas que requieren de atención inmediata: la lucha contra el cáncer, la prevención y atención de los padecimientos cardiovasculares, la diabetes la adecuada atención de la salud mental serán focos prioritarios de esta administración.

Asimismo, particular atención recibirá aquello que está enfermando y matando a nuestros niños y adolescentes, y a nuestras mujeres y sus infantes.

Estas áreas serán prioritarias porque son las que más están contribuyendo a que hoy en día nuestro Estado presente la mayor tasa de mortalidad prematura en el país; situación que esta administración se ha propuesto cambiar mediante la implementación de políticas de salud que contribuyan a que en el mediano plazo nuestra población sea una población más sana.

La situación antes descrita respecto a las necesidades de salud de la población en el estado pone de manifiesto que existen importantes áreas de oportunidad para mejorar el estado de salud de los chihuahuenses. Más aún, el nivel de desarrollo económico de nuestro estado pareciera no sólo hacer factible, sino necesario el traducir este desarrollo en mejoras significativas en uno de los componentes más importantes del bienestar individual y social: la salud.

La salud no es sólo un producto del desarrollo económico, sino que se constituye también en un motor de éste. El vínculo entre salud y desarrollo es una carretera de dos vías. Un mayor desarrollo económico debiera permitir alcanzar un mejor estado de salud para nuestra población, es decir, vivir más y vivir mejor. Pero una población más saludable mejora su productividad y extiende su vida laboral, por lo que una mejor salud es también un motor para el desarrollo.

La salud del individuo es junto a la educación, una de las dos principales formas de capital humano y por lo tanto, su protección desde el nacimiento es un factor que contribuye a una mayor equidad social.

La visión hacia el futuro es representada por una población más sana, con una mayor esperanza de vida y con una mayor calidad de vida, teniendo la salud como una prioridad inaplazable para Chihuahua, en un contexto donde convergen los esfuerzos de los sectores público, social y privado.

Es como parte de este esfuerzo conjunto, que la presente administración plantea una serie de objetivos, estrategias y líneas de acción para conducir la política pública en salud en aras de lograr mejoras no sólo en las áreas de mayor urgencia, sino también en las que tienen el potencial de generar el mayor impacto social.

El presente Programa Sectorial de Salud, si bien se ejecutará durante el periodo 2022-2027 que corresponde a esta administración estatal, se inserta en un horizonte más amplio de objetivos de más largo plazo. Para ello, será de utilidad vincular los resultados del diagnóstico anteriormente descritos con posibles intervenciones de política pública para mejorar tales resultados a la luz de metas objetivas y medibles.

En este sentido, será de particular interés vincular las metas de este Programa con las metas que nuestro país busca cumplir en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que sean de particular relevancia para atender las prioridades actuales del estado.

Como los ODS ocurren en el marco de la coordinación internacional entre países, lo anterior generalmente requiere de una alineación e interpretación para hacer tales objetivos relevantes en un contexto subnacional. Sin embargo, considerando el estado de salud de la población del estado anteriormente descrito, los ODS parecen ser particularmente relevantes como puntos de referencia para el estado de Chihuahua.

Recordemos que una de las metas más relevantes de los ODS es la meta 3.4, referente a reducir en un tercio, entre 2015 y 2030, la mortalidad prematura en padecimientos no transmisibles, además de promover la salud mental y el bienestar. De particular trascendencia es esta meta al considerar, como se describió anteriormente, que Chihuahua es la entidad federativa con la mayor tasa de mortalidad prematura en el país.

## **6.4. Objetivos, estrategias y líneas de acción**

Dentro de los compromisos de esta administración está lograr que la población de Chihuahua tenga una mejor salud y así mejorar su calidad de vida. Como se mencionó en el diagnóstico, existen áreas de oportunidad importantes que implican afrontar diversos retos. Para ello, en este apartado se definen los objetivos, estrategias y líneas de acción más importantes en materia de salud para esta administración.

Se ha definido un objetivo general y 6 objetivos específicos, vinculados a los procesos y funciones de los sistemas de salud, a través de los cuales se busca mejorar las condiciones de salud de la población del Estado, que constituye el objetivo general de las políticas de salud a ser implementadas durante esta administración. Estos objetivos son los siguientes:

### **Objetivo general**

Mejorar las condiciones de salud de la población del Estado reduciendo los factores que afectan su calidad de vida y contribuyen a su mortalidad prematura.

### **Objetivos específicos**

1. Privilegiar la promoción de la salud y prevención de enfermedades como prioridad para disminuir los riesgos de la salud y mejorar la detección y atención oportuna de las enfermedades.
2. Reforzar la calidad y oportunidad en los servicios de atención médica que se prestan a la población para mejorar su salud y calidad vida.
3. Mejorar los servicios de atención relacionados con la promoción, prevención y tratamiento de la salud mental, así como de las adicciones para reducir su impacto entre la población.
4. Fortalecer los servicios de salud para facilitar el acceso de la población más vulnerable.
5. Incrementar las capacidades operativas del sistema para ofrecer a la población servicios de salud de calidad.
6. Fortalecer las acciones de rectoría, regulación, coordinación y planeación para lograr un sistema estatal de salud más eficiente, eficaz y efectivo.

Para la consecución de estos objetivos se ha establecido una serie de 17 estrategias con sus respectivas líneas de acción. Si bien con relativa frecuencia existen traslapes entre estrategias y líneas de acción, a continuación, se presentan clasificadas dentro de los objetivos que cada una de ellas buscan impactar.

**Objetivo 1.** Privilegiar la promoción de la salud y prevención de enfermedades como prioridad para disminuir los riesgos de la salud y mejorar la detección y atención oportuna de las enfermedades.

**Estrategia 1.** Fortalecer los programas estatales de promoción de la salud.

### *Líneas de acción*

1. Promover el desarrollo de entornos que favorezcan hábitos y estilos de vida saludables en la comunidad, así como en los centros laborales, educativos y familiares.
2. Implementar medidas de mercadotecnia y mercadeo social en salud encaminadas a promover conductas y comportamientos saludables mediante mecanismos de comunicación efectiva.
3. Fomentar la participación comunitaria para la difusión de mensajes orientados al cambio de hábitos de salud, higiene y nutrición, así como para la prevención de enfermedades.
4. Colaborar con las autoridades federales en la ejecución de programas encaminados a promover la salud de la población.
5. Fortalecer la relación con los gobiernos municipales para implementar de manera coordinada acciones de promoción de la salud, encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
6. Promover la salud bucal entre la población durante todo el ciclo de vida de los individuos.

**Estrategia 2.** Mejorar las acciones de vigilancia, control y prevención de enfermedades transmisibles.

### *Líneas de acción:*

1. Fortalecer el sistema estatal de vigilancia epidemiológica que permita identificar riesgos de salud oportunamente para la toma de decisiones en salud pública.
2. Fortalecer las acciones para el control de enfermedades transmitidas por vector.
3. Reforzar el plan de contingencias epidemiológicas y desastres naturales.
4. Fortalecer las acciones de prevención de infecciones respiratorias agudas.
5. Fortalecer la prevención de VIH y hepatitis C, prestando particular atención a garantizar la atención de los grupos de mayor riesgo.
6. Apoyar las campañas nacionales de vacunación buscando incrementar la cobertura entre la población del estado.

7. Optimizar los mecanismos de vigilancia epidemiológica de COVID-19 para privilegiar la detección temprana de brotes epidémicos de la enfermedad, así como su probable magnitud e impacto.
8. Fortalecer los mecanismos de respuesta institucional inmediata ante brotes epidémicos de COVID-19 mediante el establecimiento de las mejores prácticas conocidas a nivel internacional, buscando el balance óptimo que minimice la necesidad de hospitalización y la mortalidad por COVID-19, a la vez que se contiene el impacto negativo sobre las actividades económicas en el estado.

**Estrategia 3.** Ampliar las acciones para la prevención y detección temprana de enfermedades no transmisibles.

**Líneas de acción:**

1. Fortalecer el programa integral para la prevención y control del sobrepeso y obesidad.
2. Fortalecer los programas de tamizaje y los mecanismos de estratificación de riesgos para la detección temprana de enfermedades no transmisibles.
3. Promover la prevención y detección temprana del cáncer considerando las diferencias culturales de poblaciones minoritarias.
4. Garantizar el acceso oportuno a los procesos de tamizaje para la detección temprana de cáncer de la mujer.
5. Fortalecer y fomentar el uso de información epidemiológica para el control de enfermedades crónico-degenerativas.

**Objetivo 2.** Fortalecer la respuesta institucional para la atención de la salud materna y perinatal.

**Líneas de acción:**

1. Fortalecer los servicios de atención primaria para quienes padecen diabetes mellitus, hipertensión arterial y sobrepeso y obesidad.
2. Optimizar los procesos para reducir los tiempos de espera para primera consulta en el segundo nivel de atención e incentivar a la población a un cuidado y seguimiento continuo de su salud.

3. Procurar el equipo suficiente y adecuado para para garantizar el acceso oportuno a estudios de diagnóstico y seguimiento del cáncer.
4. Optimizar los procesos para minimizar los tiempos de espera entre el diagnóstico y el tratamiento para los pacientes diagnosticados con cáncer.
5. Establecer el Registro Estatal de Cáncer para disponer de información oportuna y confiable para coadyuvar a la implementación de programas específicos contra el cáncer.
6. Reforzar la adopción de protocolos de atención inmediata para pacientes con infarto cardiaco y cerebrovascular.

**Estrategia 5.** Fortalecer la respuesta institucional para la atención de la salud materna y perinatal.

**Línea de acción:**

1. Mejorar los servicios preventivos de salud materna y perinatal.
2. Garantizar el acceso oportuno a la atención médica de calidad a la mujer y el recién nacido en etapas pre-gestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal.
3. Fomentar la práctica de la lactancia materna.
4. Promover la adopción y mejorar los protocolos de atención inmediata para pacientes con emergencias obstétricas.
5. Incrementar la capacidad resolutive de los centros de salud y las clínicas de atención primaria en zonas distantes para la estabilización de pacientes con emergencias obstétricas.
6. Garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva considerando desde los procesos de promoción de la salud, la prevención y la atención médica, con enfoque de derechos humanos, perspectiva de género, pertinencia cultural y concordancia con su ciclo de vida.

**Objetivo 3.** Mejorar los servicios de atención relacionados con la promoción, prevención y tratamiento de la salud mental, así como de las adicciones para reducir su impacto entre la población.

**Estrategia 6.** Establecer el Programa Integral para la Salud Mental en el Estado.

**Líneas de acción:**

1. Establecer mecanismos para la prevención y tratamiento de enfermedades mentales.
2. Fortalecer los programas específicos para la atención, tratamiento y rehabilitación de pacientes con enfermedades mentales.
3. Optimizar la red psicológica y psiquiátrica de atención en todas las unidades médicas del Estado para la atención de pacientes con enfermedades mentales.
4. Diseñar procedimientos para la atención de emergencias psiquiátricas en área de urgencias de unidades hospitalarias.
5. Impulsar programas de capacitación y actualización en el manejo de tratamientos para pacientes con enfermedades mentales.
6. Fortalecer los programas para la prevención de enfermedades mentales en niveles educación escolar.
7. Establecer programas específicos de apoyo para los familiares de pacientes con enfermedades mentales.
8. Fortalecer los canales de respuesta para la prevención del suicidio, incluyendo el establecimiento de una línea telefónica exclusiva para la atención en crisis.
9. Establecer mecanismos de seguimiento para el monitoreo adecuado de los casos atendidos por la línea de atención en crisis.
10. Establecer el Consejo Consultivo Estatal para Prevenir el Suicidio, con la participación de expertos en la materia, así como de funcionarios de las instituciones públicas y privadas con interés en la materia.

**Estrategia 7.** Fortalecer los programas específicos contra las adicciones de sustancia y de comportamiento

1. Fortalecer los mecanismos para la atención, tratamiento y rehabilitación contra las adicciones y consumo de sustancias psicoactivas.
2. Ampliar la difusión en materia de prevención a las adicciones de sustancias, de la ludopatía y del uso excesivo de dispositivos electrónicos.
3. Establecer acuerdos y convenios con instituciones públicas y privadas para dar lugar a la rehabilitación y reinserción social de pacientes con problemas de adicción.
4. Integrar brigadas de sensibilización y prevención de adicciones con una perspectiva comunitaria.
5. Reforzar las redes de atención y apoyo para pacientes con adicciones.
6. Fortalecer los procedimientos para la atención de emergencias en casos de sobredosis en las áreas de urgencias de unidades hospitalarias y durante el traslado en ambulancias a éstas.
7. Establecer acuerdos y convenios con instituciones públicas y privadas para mejorar y reforzar la atención médica en materia de adicciones.
8. Incrementar y aplicar programas de capacitación y actualización en el manejo de tratamientos para pacientes con problemas de adicción.
9. Establecer programas de becas de desintoxicación y deshabitación de pacientes en etapas de abuso y dependencia de sustancias.
10. Coadyuvar en optimizar el abasto de pruebas toxicológicas en los centros de atención residencial y en otros establecimientos que reciben personas con probables problemas de adicción.

**Objetivo 4.** Fortalecer los servicios de salud para facilitar el acceso de la población más vulnerable.

**Estrategia 8.** Promover de manera prioritaria la salud integral de niñas, niños y adolescentes, con particular atención a combatir los riesgos que contribuyen a su mortalidad prematura.

**Líneas de acción:**

1. Fortalecer los programas de salud dirigidos a niñas, niños y adolescentes.
2. Reforzar las medidas para la atención oportuna de infecciones respiratorias y diarreicas en infantes.
3. Establecer programas específicos para atender la depresión y prevenir el suicidio entre niñas, niños y adolescentes.
4. Establecer mecanismos de coordinación con las autoridades del sistema educativo para atender la depresión y prevenir el suicidio entre niñas, niños y adolescentes.
5. Desarrollar campañas preventivas para identificar comportamientos adictivos en niñas, niños y adolescentes.
6. Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y medicamentos para las niñas, niños y adolescentes con cáncer.
7. Fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

**Estrategia 9.** Ampliar la cobertura de los servicios de salud a los grupos más vulnerables de la población.

**Líneas de acción:**

1. Implementar medidas destinadas a eliminar las inequidades en salud por razón de género.
2. Promover que no se discrimine a ninguna persona en los centros de salud por su sexo, edad, raza u orientación sexual, tipo de enfermedad, situación social, educación o nacionalidad.
3. Extender la cobertura de servicios esenciales de salud mediante clínicas móviles para atender a la población en zonas distantes.
4. Extender el uso de la telemedicina para acercar los servicios de salud a la población vulnerable.

**Objetivo 5.** Incrementar las capacidades operativas del sistema para ofrecer a la población servicios de salud de calidad.

**Estrategia 10.** Mejorar los procesos involucrados en la atención a la salud de alta calidad.

*líneas de acción:*

1. Fortalecer la capacidad resolutive en los procesos involucrados en los servicios que presta el primer nivel de atención a la población.
2. Incrementar las intervenciones dirigidas a monitorear y evaluar la calidad de la atención.
3. Mejorar la distribución de insumos y medicamentos para la atención de los pacientes.
4. Promover entre los profesionales de la salud el uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención médica.
5. Fortalecer la difusión de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
6. Fortalecer la difusión del código de ética entre los servidores públicos del sector salud.
7. Mejorar el mecanismo de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias.
8. Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud.
9. Promover el acceso a información en salud para toda la población.
10. Fomentar el uso de la telemedicina para incrementar la eficacia y la oportunidad con la que se prestan los servicios de salud a la población.
11. Impulsar el uso efectivo del expediente clínico electrónico en la operación diaria de los servicios de salud.
12. Revisar y, en su caso, actualizar, la regulación correspondiente a los servicios subrogados a efecto de facilitar su operación.
13. Diseñar y aplicar modelos de gestión y seguridad del paciente, atendiendo a criterios de accesibilidad, oportunidad y calidad en los servicios médicos, estableciendo indicadores de efectividad en los servicios.
14. Sistematizar el monitoreo, supervisión y control del otorgamiento de los servicios que presten las unidades hospitalarias y establecer los indicadores de rendimiento de los servicios.
15. Establecer indicadores de seguimiento, evaluación y control al desempeño que contribuyan a la mejora de la gestión institucional.
16. Fortalecer los esquemas operativos de conciliación y arbitraje, para la atención oportuna de controversias y solución de conflictos entre el paciente y la atención médica.

**Estrategia 11.** Mejorar la disponibilidad de recursos físicos y materiales para la atención de la salud.

**Líneas de acción:**

1. Mejorar el equipo médico de las unidades médicas mediante la adquisición de nuevo equipo y la sustitución del que ya existe, pero en condiciones de obsolescencia.
2. Mejorar la capacidad instalada para la atención de la salud mediante la construcción de unidades de salud nuevas y la sustitución de unidades de salud ya obsoletas, así como la mejora de sus áreas administrativas.
3. Mejorar la capacidad instalada mediante el mantenimiento y conservación de unidades de salud ya existentes, así como de sus áreas administrativas.
4. Impulsar mecanismos para optimizar la compra y el abasto de insumos terapéuticos y medicamentos.
5. Incrementar el uso de herramientas tecnológicas para la atención médica y la gestión de los servicios.
6. Modernizar el equipo de cómputo de las unidades médicas y la infraestructura de telecomunicaciones, incluyendo la instalación de enlaces de fibra óptica.
7. Desarrollar un análisis orgánico y funcional de los organismos públicos descentralizados, Servicios de Salud de Chihuahua y el Instituto Chihuahuense de Salud, para plantear soluciones que conduzcan a un aprovechamiento óptimo de los recursos existentes.

**Estrategia 12.** Fortalecer la disponibilidad y la capacidad de recursos humanos para la atención de la salud.

**Líneas de acción:**

1. Fortalecer la formación curricular de los profesionales de la medicina.
2. Fomentar la formación y capacitación continua del personal médico en centros de salud y zonas rurales.
3. Fomentar la investigación científica en materia de salud.

4. Rediseñar y actualizar la descripción y perfiles de puestos en atención a las funciones y responsabilidades según el área de trabajo.
5. Optimizar la asignación de los recursos humanos en las unidades médicas y hospitalarias a través de un proceso de reingeniería administrativa.
6. Fortalecer los recursos humanos destinados al diseño y desarrollo de las políticas públicas de atención a la salud mental.
7. Fortalecer los recursos humanos destinados al diseño y desarrollo de las políticas públicas de atención a las adicciones.
8. Actualizar y fortalecer los esquemas que regulan las residencias médicas e incorporar o mejorar los perfiles correspondientes para coadyuvar a la efectividad de los servicios médicos.
9. Establecer acuerdos y convenios con instituciones educativas para dar lugar a la capacitación del personal del sector salud.
10. Impulsar los mecanismos de servicio social orientados al reforzamiento de primer nivel de atención.
11. Realizar el diagnóstico de necesidades de capacitación y el correspondiente programa anual de capacitación para el personal administrativo del sector salud.
12. Implementar un programa de capacitación y sensibilización en materia de derechos indígenas, interculturalidad, derechos humanos, así como igualdad de género y no discriminación al personal en contacto directo con la población.
13. Implementar un programa de capacitación para el personal de salud en materia de registro y uso del expediente clínico.

**Objetivo 6.** Fortalecer las acciones de rectoría, regulación, coordinación y planeación para lograr un sistema estatal de salud más eficiente, eficaz y efectivo.

**Estrategia 13.** Fortalecer las acciones de rectoría del sistema estatal de salud.

**Líneas de acción:**

1. Coordinar programas interinstitucionales con impacto sobre la salud de la población.
2. Fortalecer los procesos de supervisión de establecimientos y cumplimiento de normas oficiales con impacto en la salud de la población.

3. Mejorar los procesos para incrementar la capacidad de respuesta ante contingencias sanitarias y epidemiológicas.
4. Mejorar trámites y servicios de fomento sanitario y el quehacer jurídico.
5. Promover la cultura de donación de órganos y tejidos entre la población, así como promover la adecuación de la normatividad que regula la disposición de órganos y tejidos cadavéricos.
6. Fomentar la captación y donación voluntaria y altruista de sangre.

**Estrategia 14.** Fortalecer los mecanismos para la reducción de los riesgos sanitarios.

Líneas de acción:

**Líneas de acción:**

1. Diseñar metodología encaminada a la identificación de riesgos sanitarios asociados al consumo de productos, servicios y espacios públicos.
2. Generar mecanismos de control que permitan la simplificación y transparencia en los procesos de aprobación de trámites.
3. Establecer programas de capacitación para la debida inspección de actividades reguladas por la Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.
4. Llevar a efecto la incorporación de los controles internos adecuados y necesarios que garanticen la inspección transparente de las actividades reguladas por la Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.
5. Fortalecer la vigilancia sanitaria en instituciones médicas y hospitalarias mediante la implementación de mayores mecanismos de control.
6. Establecer acuerdos y convenios con instituciones públicas y privadas para la promoción y aplicación de medidas encaminadas al control de riesgos sanitarios.

**Estrategia 15.** Fortalecer la coordinación entre el sector salud y el resto de los sectores para la adecuada ejecución de las políticas públicas con impacto en la salud.

**Líneas de acción:**

1. Procurar el aprovechamiento eficiente de la infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en el estado mediante el establecimiento de convenios de intercambio de servicios entre instituciones públicas del sector salud.
2. Coadyuvar al diseño de políticas públicas con otros sectores que afecten de manera positiva los determinantes sociales de la salud para mejorar la calidad de vida de la población.
3. Fortalecer la relación con otros sectores para implementar de manera coordinada acciones de promoción de la salud, encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
4. Promover la investigación en materia de los determinantes sociales de la salud.

**Estrategia 16.** Fortalecer la coordinación entre instituciones del sector público y del sector privado en materia de salud.

**Líneas de acción:**

1. Establecer mecanismos generales de coordinación interinstitucional en el estado con el fin de mejorar la capacidad de respuesta institucional para la población.
2. Procurar el aprovechamiento eficiente de la infraestructura, equipamiento y recursos humanos disponibles en el estado mediante el fortalecimiento de los mecanismos competitivos de adquisición de servicios integrales de salud.
3. Buscar colaboraciones con el sector privado para impulsar la innovación tecnológica para mejorar el acceso a la salud con servicios de calidad.
4. Procurar mecanismos competitivos de arrendamiento de equipo médico cuando este esquema sea más costo-efectivo que adquirirlo.

**Estrategia 17..** Optimizar el uso de los recursos financieros para la atención de la salud.

*Líneas de acción:*

1. Procurar la alineación eficiente de recursos del sector salud para evitar duplicidad de funciones en la operación.
2. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud para la población.
3. Establecer mecanismos de financiamiento de los servicios de salud para que los recursos disponibles se asignen a las áreas de mayor demanda.
4. Fortalecer los procesos de adquisiciones de bienes y servicios terapéuticos para privilegiar la competencia y la búsqueda de procesos costo-efectivos en la operación de los servicios.
5. Fortalecer los mecanismos de abasto de insumos terapéuticos para incrementar la oportunidad y costo-efectividad del sistema.
6. Administrar con eficiencia el presupuesto autorizado aplicando las medidas de optimización de los recursos.
7. Fomentar la transparencia y rendición de cuentas en el uso de los recursos del sistema estatal de salud.

## 7. Seguimiento y evaluación

### Objetivo 1

Privilegiar la promoción de la salud y prevención de enfermedades como prioridad para disminuir los riesgos de la salud y mejorar la detección y atención oportuna de las enfermedades

Elemento	Características
<i>Nombre del indicador</i>	Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años
<i>Unidad de medida</i>	Porcentaje
<i>Fórmula</i>	Resulta de la división del número de niños entre 5 y 11 años de edad, cuyo índice de masa corporal se ubica a dos o más desviaciones estándar del valor medio indicado en las tablas de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el total de niños del mismo grupo etario, multiplicado por 100
<i>Línea base</i>	2018: 21.0%
<i>Meta anual</i>	Disminuir 1 punto porcentual anual
<i>Meta 2027</i>	16.0%
<i>Fuente</i>	Numerador y denominador: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) con representatividad a nivel estatal
<i>Frecuencia de medición</i>	Anual. Sujeta a publicación de la ENSANUT
<i>ODS</i>	ODS 3
<i>Área responsable del seguimiento o evaluación</i>	Secretaría de Salud

## Objetivo 2

Reforzar la calidad y oportunidad en los servicios de atención médica que se prestan a la población para mejorar su salud y calidad vida.

Elemento	Características
<i>Nombre del indicador</i>	Mortalidad por cáncer de mama
<i>Unidad de medida</i>	Tasa por cada 100 mil mujeres
<i>Fórmula</i>	Se construye dividiendo el total de mujeres fallecidas a causa de cáncer de mama en un año determinado entre la población estimada de mujeres a mitad de año en el mismo periodo, multiplicado por 100,000
<i>Línea base</i>	2019: 15.3 por 100 mil mujeres disponible)
<i>Meta anual</i>	Disminuir 0.46 defunciones por 100 mil al año
<i>Meta 2027</i>	13.0 por 100 mil mujeres
<i>Fuente</i>	Numerador: Bases de datos de mortalidad del INEGI Denominador: Proyecciones de la población de CONAPO a mitad de año
<i>Frecuencia de medición</i>	Anual
<i>ODS</i>	ODS 3
<i>Área responsable del seguimiento o evaluación</i>	Secretaría de Salud

Elemento	Características
<b>Nombre del indicador</b>	Mortalidad por cáncer cervicouterino
<b>Unidad de medida</b>	Tasa por cada 100 mil mujeres
<b>Fórmula</b>	Resulta de la división del total de mujeres fallecidas a causa de cáncer cervicouterino en un año determinado entre la población estimada de mujeres a mitad de año en el mismo grupo de edad para el mismo periodo, multiplicado por 100,000
<b>Línea base</b>	2019: 9.1 por 100 mil mujeres
<b>Meta anual</b>	Disminuir 0.28 defunciones por 100 mil mujeres al año
<b>Meta 2027</b>	7.7 por 100 mil mujeres
<b>Fuente</b>	Numerador: Bases de datos de mortalidad del INEGI Denominador: Proyecciones de la población de CONAPO a mitad de año
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>ODS</b>	ODS 3
<b>Área responsable del seguimiento o evaluación</b>	Secretaría de Salud Subsecretaría de Salud

<b>Elemento</b>	<b>Características</b>
<b>Nombre del indicador</b>	Mortalidad por diabetes mellitus
<b>Unidad de medida</b>	Tasa por cada 100 mil habitantes
<b>Fórmula</b>	Resultado de la división del total de mujeres fallecidas a causa de cáncer cervicouterino en un año determinado entre la población estimada de mujeres a mitad de año en el mismo grupo de edad para el mismo periodo, multiplicado por 100,000
<b>Línea base</b>	2019: 65.3 por 100 mil habitantes
<b>Meta anual</b>	Disminuir 1.94 defunciones por 100 mil habitantes al año
<b>Meta 2027</b>	55.6 por 100 mil habitantes
<b>Fuente</b>	Numerador: Bases de datos de mortalidad del INEGI Denominador: Proyecciones de la población de CONAPO a mitad de año
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>ODS</b>	ODS 3
<b>Área responsable del seguimiento o evaluación</b>	Secretaría de Salud Subsecretaría de Salud

Elemento	Características
<b>Nombre del indicador</b>	Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón
<b>Unidad de medida</b>	Tasa por cada 100 mil habitantes
<b>Fórmula</b>	Se construye dividiendo el total muertes a causa de enfermedad isquémica del corazón en un año determinado entre la población estimada a mitad de año para el mismo grupo de edad y para el mismo periodo, multiplicado por 100,000
<b>Línea base</b>	2019: 98.6 por 100 mil habitantes
<b>Meta anual</b>	Disminuir 2.9 defunciones por 100 mil habitantes al año
<b>Meta 2027</b>	83.9 por 100 mil habitantes
<b>Fuente</b>	Numerador: Bases de datos de mortalidad del INEGI Denominador: Proyecciones de la población de CONAPO a mitad de año
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>ODS</b>	ODS 3
<b>Área responsable del seguimiento o evaluación</b>	Secretaría de Salud Subsecretaría de Salud

### Objetivo 3

Mejorar los servicios de salud relacionados con la promoción y atención de la salud mental y el control y tratamiento de las adicciones para aumentar su efectividad.

Elemento	Características
<i>Nombre del indicador</i>	Mortalidad por suicidios
<i>Unidad de medida</i>	Tasa por cada 100 mil habitantes
<i>Fórmula</i>	Se construye dividiendo el total muertes a causa de enfermedad isquémica del corazón en un año determinado entre la población estimada a mitad de año para el mismo grupo de edad y para el mismo periodo, multiplicado por 100,000
<i>Línea base</i>	2019: 11.9 por 100 mil habitantes
<i>Meta anual</i>	Reducir 0.34 suicidios por 100 mil habitantes al año
<i>Meta 2027</i>	10.2 por 100 mil habitantes
<i>Fuente</i>	Numerador: Bases de datos de mortalidad del INEGI Denominador: Proyecciones de la población de CONAPO a mitad de año
<i>Frecuencia de medición</i>	Anual
<i>ODS</i>	ODS 3
<i>Área responsable del seguimiento o evaluación</i>	Secretaría de Salud Instituto Chihuahuense de Salud Mental

Elemento	Características
<b>Nombre del indicador</b>	Becas para el tratamiento en modalidad residencial de personas con problemas de adicciones
<b>Unidad de medida</b>	Número de becas
<b>Fórmula</b>	Número de becas para el tratamiento en modalidad residencial de personas con problemas de adicciones.
<b>Línea base</b>	2021: 9 becas
<b>Meta anual</b>	230 becas al año
<b>Meta 2027</b>	1,150 de becas (Acumulado)
<b>Fuente</b>	Comisión Estatal de Atención a las Adicciones
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>ODS</b>	ODS 3
<b>Área responsable del seguimiento o evaluación</b>	Secretaría de Salud Comisión Estatal de Atención a las Adicciones

Elemento	Características
<i>Nombre del indicador</i>	Personas capacitadas en materia de tratamiento a las adicciones
<i>Unidad de medida</i>	Número de personas capacitadas
<i>Fórmula</i>	Número de personas capacitadas en materia de tratamiento (médico, psicológico y consejería) en centros de atención residencial e instancias públicas y privadas que otorguen dicho servicio.
<i>Línea base</i>	No aplica
<i>Meta anual</i>	170 de personas capacitadas al año
<i>Meta 2027</i>	1,020 de personas capacitadas (Acumulado)
<i>Fuente</i>	Comisión Estatal de Atención a las Adicciones
<i>Frecuencia de medición</i>	Anual
<i>ODS</i>	ODS 3
<i>Área responsable del seguimiento o evaluación</i>	Secretaría de Salud Comisión Estatal de Atención a las Adicciones

## Objetivo 4

Fortalecer los servicios de salud para incrementar el acceso a la población, con énfasis en los grupos más vulnerables.

Elemento	Características
<i>Nombre del indicador</i>	Tasa de mortalidad infantil (TMI)
<i>Unidad de medida</i>	Tasa por cada mil niños menores de un año de edad
<i>Fórmula</i>	Resulta de la división del número de defunciones de niños menores de un año de edad en un año específico entre el total de nacidos vivos en ese mismo año, multiplicado por 1,000
<i>Línea base</i>	Disminuir anualmente 0.2 defunciones por mil niños menores de un año
<i>Meta anual</i>	10.3 por cada mil niños menores de un año
<i>Meta 2027</i>	Numerador: Bases de datos de mortalidad del INEGI
<i>Fuente</i>	Numerador: Bases de datos de mortalidad del INEGI Denominador: Natalidad, INEGI
<i>Frecuencia de medición</i>	Anual
<i>ODS</i>	ODS 3
<i>Área responsable del seguimiento o evaluación</i>	Secretaría de Salud Subsecretaría de Salud

Elemento	Características
<b>Nombre del indicador</b>	Razón de mortalidad materna (RMM)
<b>Unidad de medida</b>	Tasa por cada 100 mil niños nacidos vivos
<b>Fórmula</b>	Resultado de la división del número de defunciones maternas en un año específico y el total de nacidos vivos ocurridos en ese mismo año, multiplicado por 100,000. Se excluyen muertes maternas tardías, por secuelas, debidas a coriocarcinoma o con residencia en el extranjero.
<b>Línea base</b>	2019: 47.6 por cada 100 mil niños nacidos vivos
<b>Meta anual</b>	Disminuir anualmente 1.5 defunciones por cada 100 mil niños nacidos vivos
<b>Meta 2027</b>	40.6 por cada 100 mil niños nacidos vivos
<b>Fuente</b>	Numerador: Bases de datos de mortalidad del INEGI Denominador: Natalidad, INEGI
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>ODS</b>	ODS 3
<b>Área responsable del seguimiento o evaluación</b>	Secretaría de Salud Subsecretaría de Salud

## Objetivo 5

Incrementar las capacidades operativas del sistema para ofrecer a la población servicios de salud de calidad.

Elemento	Características
<i>Nombre del indicador</i>	Camas censables por cada mil habitantes
<i>Unidad de medida</i>	Camas censables por cada mil habitantes
<i>Fórmula</i>	Se divide el total de camas censables en un año específico y se divide entre el total de población en el mismo periodo de tiempo, multiplicado por mil
<i>Línea base</i>	2020: Incrementar en 0.71 camas censables por cada mil habitantes
<i>Meta anual</i>	0.025 adicionales por cada mil habitantes
<i>Meta 2027</i>	0.835 por cada mil habitantes
<i>Fuente</i>	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud
<i>Frecuencia de medición</i>	Anual
<i>ODS</i>	ODS 3
<i>Área responsable del seguimiento o evaluación</i>	Secretaría de Salud Dirección de Planeación, Evaluación y Desarrollo

Elemento	Características
<b>Nombre del indicador</b>	Médicos por cada 100 mil habitantes
<b>Unidad de medida</b>	Médicos por cada 100 mil habitantes
<b>Fórmula</b>	Se divide el total de médicos generales, especialistas y odontólogos en un año específico y se divide entre el total de población en el mismo periodo de tiempo, multiplicado por 100 mil
<b>Línea base</b>	2019: 130.1 médicos por cada 100 mil habitantes
<b>Meta anual</b>	0.025 adicionales por cada mil habitantes Incrementar 4 médicos por cada 100 mil habitantes
<b>Meta 2027</b>	150.0 médicos por cada 100 mil habitantes
<b>Fuente</b>	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual
<b>ODS</b>	ODS 3
<b>Área responsable del seguimiento o evaluación</b>	Secretaría de Salud Dirección de Planeación, Evaluación y Desarrollo

Elemento	Características
<b>Nombre del indicador</b>	Enfermeras por cada 100 mil habitantes
<b>Unidad de medida</b>	Enfermeras por cada 100 mil habitantes
<b>Fórmula</b>	Se divide el total de enfermeras generales y especialistas en un año específico y se divide entre el total de población en el mismo periodo de tiempo, multiplicado por 100 mil
<b>Línea base</b>	2019: 151.6 enfermeras por cada 100 mil habitantes
<b>Meta anual</b>	Incrementar 5 enfermeras por cada 100 mil habitantes
<b>Meta 2027</b>	176.6 enfermeras por cada 100 mil habitantes
<b>Fuente</b>	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud
<b>Frecuencia de medición</b>	Anual.
<b>ODS</b>	ODS 3
<b>Área responsable del seguimiento o evaluación</b>	Secretaría de Salud Dirección de Planeación, Evaluación y Desarrollo

## Objetivo 6

Fortalecer las acciones de rectoría, regulación, coordinación y planeación para lograr un sistema estatal de salud más eficiente, eficaz y efectivo.

Elemento	Características
<i>Nombre del indicador</i>	Pacientes con trasplante de riñón
<i>Unidad de medida</i>	Número de pacientes con trasplante de riñón.
<i>Fórmula</i>	Número de trasplantes de riñón realizados en el año.
<i>Línea base</i>	27 pacientes con trasplante de riñón (2019)
<i>Meta anual</i>	Incrementar en 10.8 trasplantes de riñón cada año
<i>Meta 2027</i>	81 pacientes anuales con trasplante de riñón
<i>Fuente</i>	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA)
<i>Frecuencia de medición</i>	Anual.
<i>ODS</i>	ODS 3
<i>Área responsable del seguimiento o evaluación</i>	Secretaría de Salud Dirección de Planeación, Evaluación y Desarrollo

**SIN TEXTO**