

*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 05 de noviembre de 2022.

No. 89

Folleto Anexo

SECRETARÍA DE SALUD

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

SECRETARÍA
DE SALUD

Programa Sectorial de Salud del Estado de Chihuahua 2022 -2027



Programa Sectorial de Salud del Estado de Chihuahua 2022-2027

Contenido

Introducción.....	
1. Marco normativo.....	
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 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.

En tal sentido, 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, en este caso se pone de relevancia la elaboración de políticas públicas donde estrategias y líneas de acción se propicien y ejecuten mediante la conjunción de esfuerzos intra e intersectoriales, en que la contribución de las partes dé resultados unificados, sólidos y trascendentes en el alcance de los objetivos propuestos.

La presencia de políticas públicas, así 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.

Para tales efectos, el programa se integra por 6 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 Sistema Estatal de Salud y que está dirigida en lo fundamental a mejorar y sostener los niveles de salud a través de:

- Brindar el acceso pronto y oportuno de 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 5 órganos desconcentrados y 2 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.

Dicho 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. Asimismo, 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 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;
- 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 sistemáticamente, 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 cabe observar 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, 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.

En atención a lo anterior, se presenta el marco normativo detallado por ámbito federal y estatal:

I. 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 a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria: Artículos 21 y 25

- 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

II. Ámbito Estatal

- Constitución Política del Estado de Chihuahua
- 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. En este foro se expone el diagnóstico situacional del Sistema Estatal de Salud, 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, 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, tuvo lugar 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 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 de 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 fracción 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 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 2015, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) 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 ha 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, algunas 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.

Por su parte, 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 refieren al control del uso de sustancias adictivas, alcohol y tabaco. 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 y 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 del personal sanitario. 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 fortalecerá la vigilancia epidemiológica a nivel estatal.

En cuanto a la alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, así como al Programa Sectorial de Salud 2020-2024, 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 2019-2024 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 del 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 interinstitucional y con otros sectores

El Programa Sectorial de Salud 2022-2027 del Estado de Chihuahua se habrá de desarrollar dentro del entorno económico y social estatal, 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.

Asimismo, favorecerá la incorporación de temas de salud en sus agendas y fomentará 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 con los distintos poderes y niveles gubernamentales.

Mediante esta vinculación, 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), entre otros, 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.

A través de 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, la 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 km²) 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 7 regiones sanitarias y 4 municipios 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

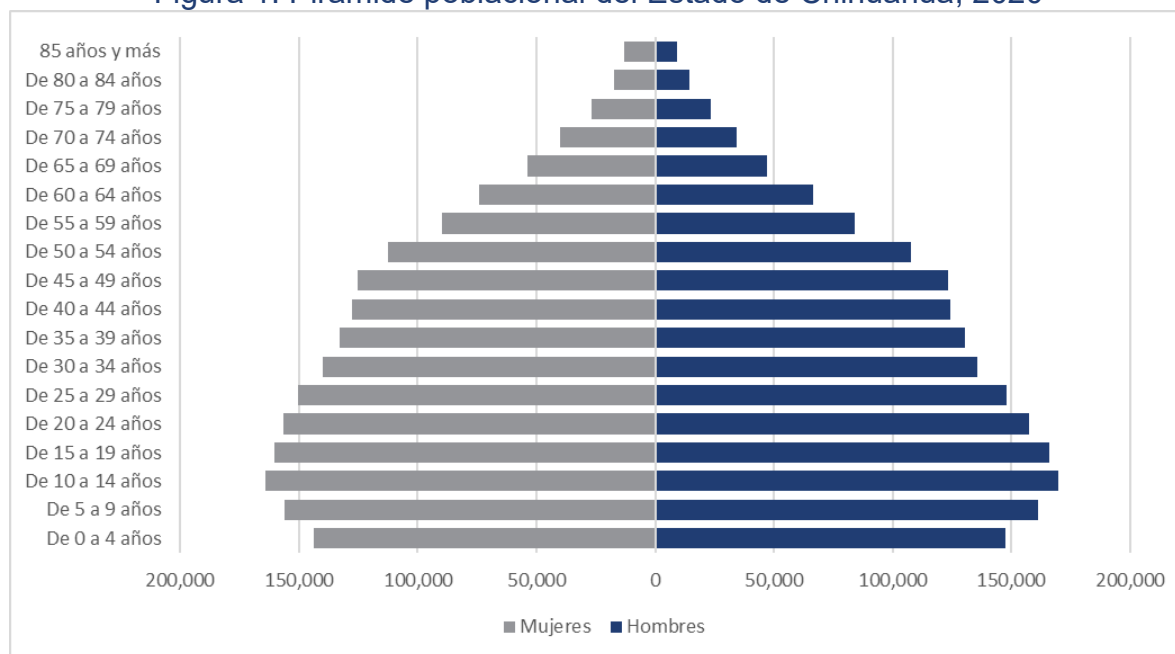
Región/Red	Con derechohabiencia	Sin derechohabiencia
	Porcentaje	Porcentaje
Región Chihuahua	65.91	34.09
Región Juárez	66.04	33.96
Región Parral	46.79	53.21
Región Cuauhtémoc	52.57	47.43
Región Nuevo Casas Grandes	50.48	49.52
Región Camargo	53.64	46.36
Región Creel	36.83	63.17
Red Témoris	12.54	87.46
Red Ojinaga	44.62	55.38
Red Gómez Farías	38.2	61.8
Red Guachochi	8.7	91.3
Estatal	59.75	40.25

Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS), con proyección del 2018 del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

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).

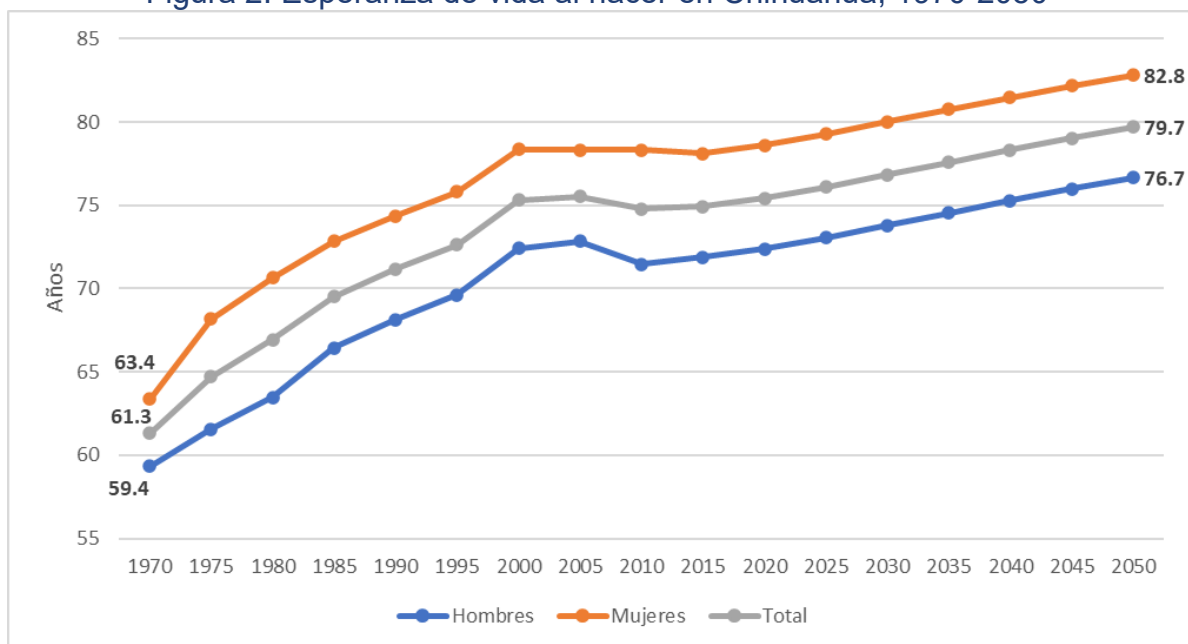
Figura 1. Pirámide poblacional del Estado de Chihuahua, 2020



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

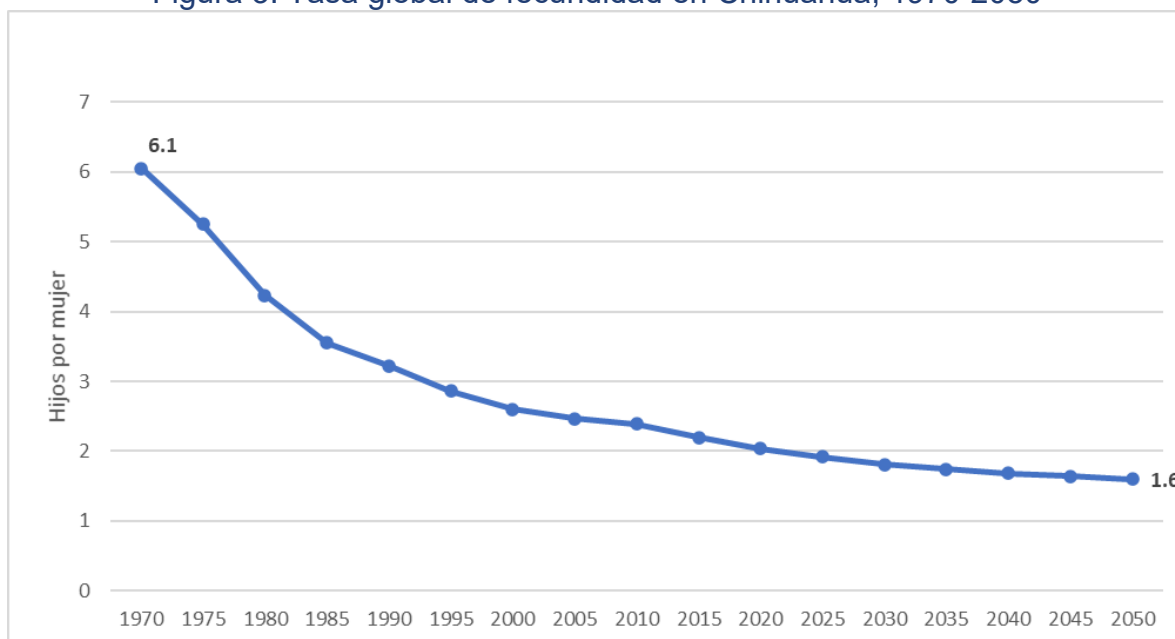
En cuanto a su estructura por edad, la mitad de la población es menor de 30 años (50.3 por ciento). Sin embargo, al igual que en el resto del país, el incremento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de fecundidad han traído como consecuencia que cada vez una mayor proporción de la población 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).

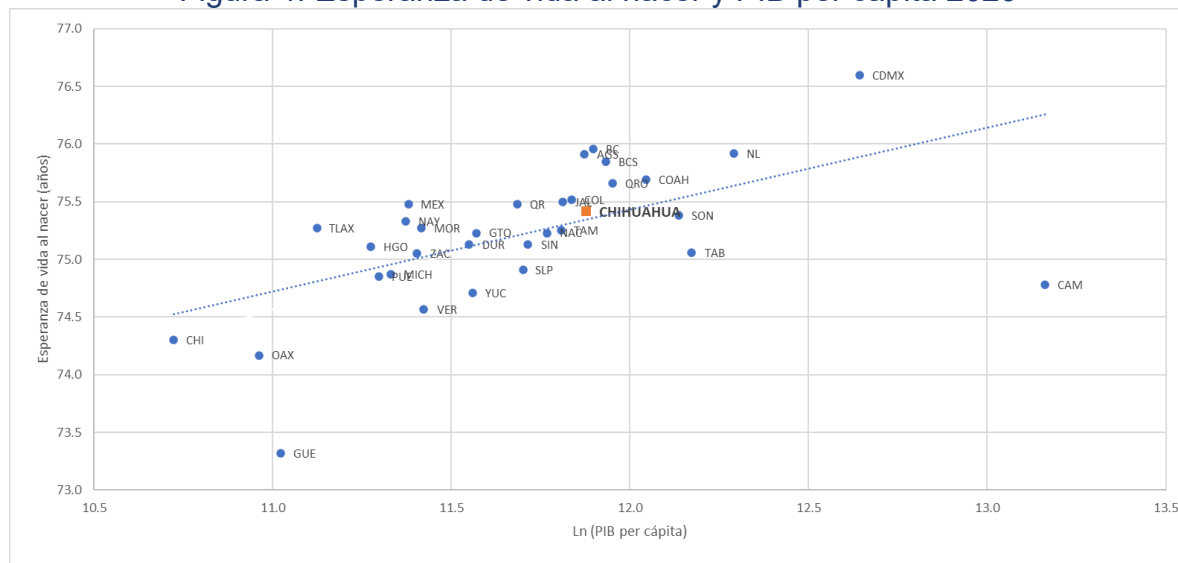
Figura 3. Tasa global de fecundidad en Chihuahua, 1970-2050



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



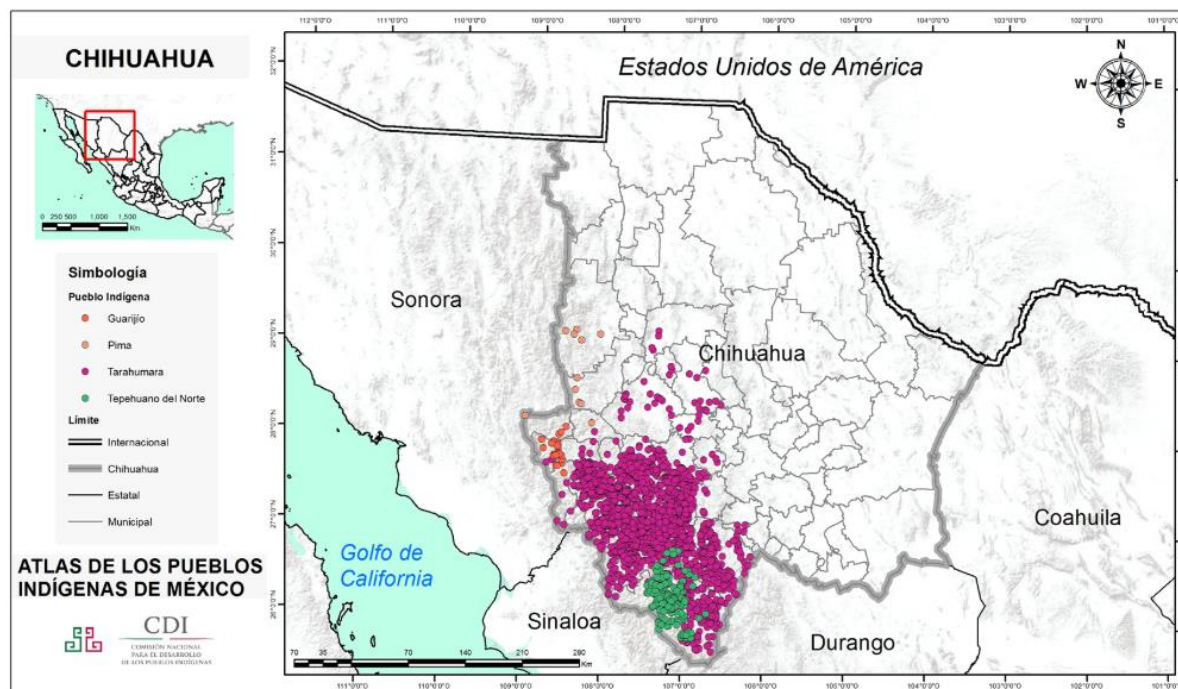
Fuente: Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050 y de la Conciliación Demográfica de México, 1950-2015, Consejo Nacional de Población (CONAPO), Censo de Población y Vivienda 2020, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y Producto Interno Bruto por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

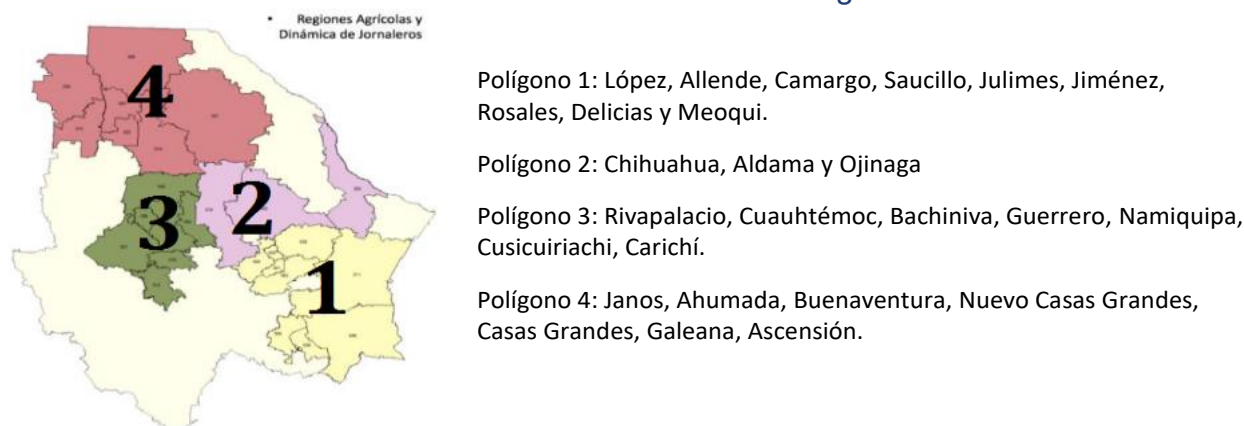


Fuente: Tomado de Atlas de los Pueblos Indígenas de México 2015, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).

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.

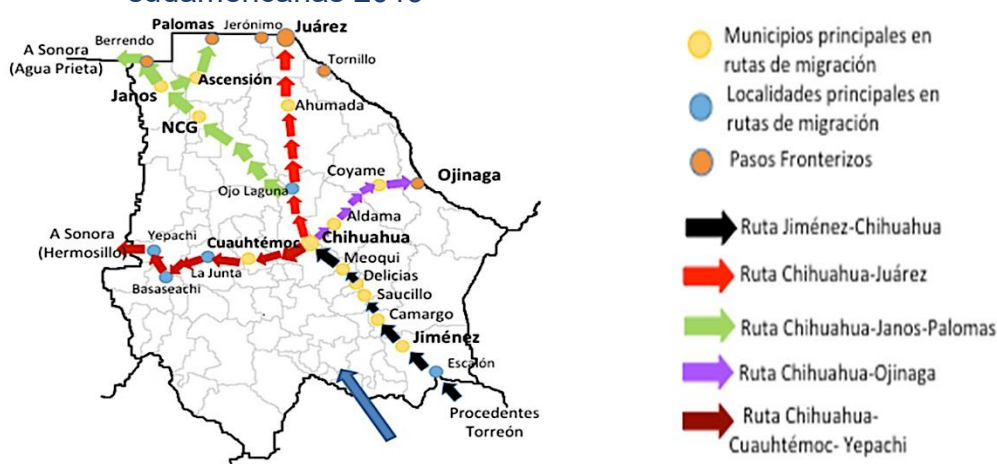
Figura 6. Polígonos y municipios ocupados por población jornalera agrícola migrante



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

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.

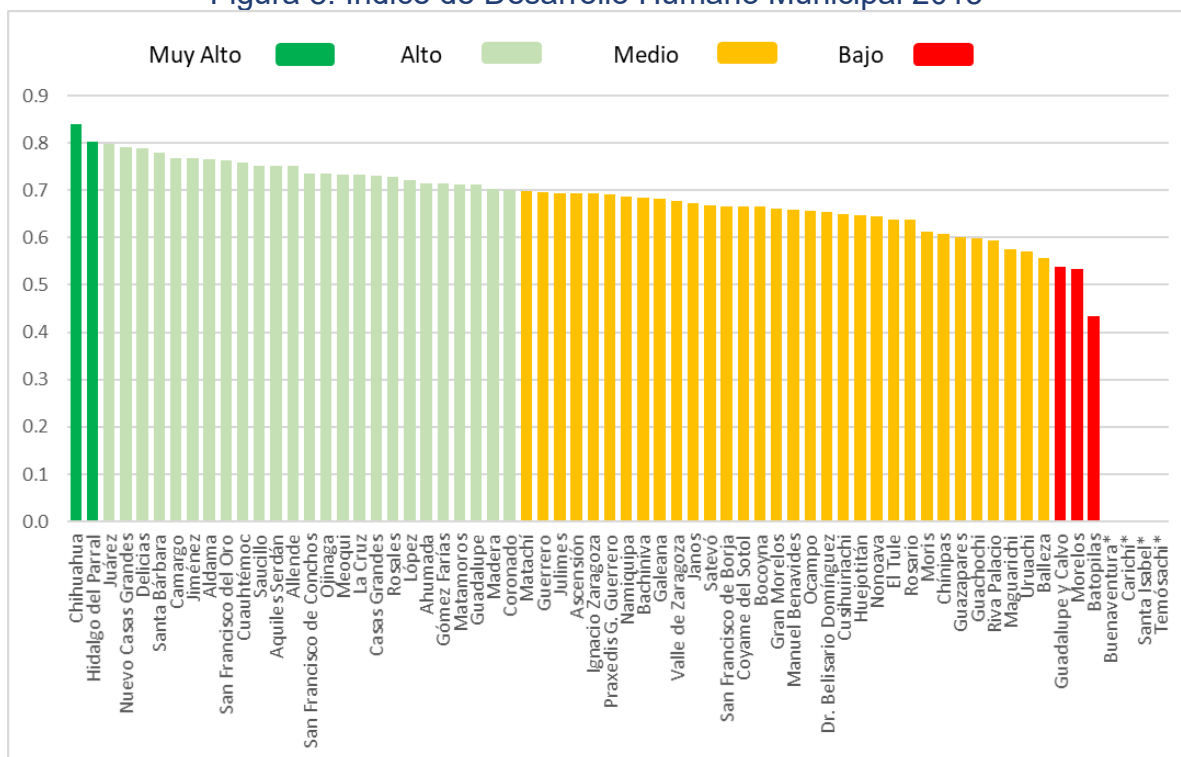
Figura 7. Rutas de tránsito de la población migrante de las caravanas sudamericanas 2019



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 de Manuel Gómez Morín), 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 27 municipios con estas condiciones (Cuadro 2).

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

Municipio	Grado de marginación 2015	Grado de rezago social 2015	Porcentaje de la población en pobreza extrema 2015	Descripción de categoría indígena	Nivel delictivo 2020
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
Carichí	Muy alto	ND	0.00%	Municipio indígena	Bajo
Cauhtémoc	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
Guazapares	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
Maguarichic	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
Temósachic	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 por ciento 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.

Con base a lo anterior, una de las actividades a realizar en municipios y comunidades, es la certificación de entornos saludables en coordinación con las autoridades de gobierno, instituciones de salud, organizaciones públicas y privadas y la sociedad en general. Esto requiere esfuerzos constantes para mejorar las condiciones de vida de la población, promover una relación armoniosa con el ambiente y expandir los recursos de la comunidad para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión y la democracia.

Desde el 2018 hasta el 2021 se certificaron 54 comunidades y 37 municipios, de los cuales 15 pertenecen a las zonas de atención prioritarias.

Cuadro 3. Comunidades certificadas de 2018 a 2021

Comunidades Certificadas			
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	
	San Francisco de Conchos	La Cruz	
		Puerto del Toro	
		Uruachi	
		Abdegano C. García (Lagunitas)	
		Casas Grandes	
		Bachíniva	
		Temósachic	
		Cuiteco	
		Hormigueros	
		Peña Blanca	

Fuente: Información del Departamento 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
Chihuahua	Chihuahua
	Julimes
	Nonoava
	Meoqui
	Rosales
	Delicias
	San Francisco De Borja
	Aldama
	Aquiles Serdán
	Satevó
	Gran Morelos
	Dr. Belisario Domínguez
	Santa Isabel
Juárez	Juárez
	Ahumada
	Guadalupe
	Praxedis G. Guerrero
Parral	Balleza
	Guadalupe y Calvo
Cuauhtémoc	Bachíniva
	Temósachic
	Madera
Nuevo Casas Grandes	Casas Grandes
	Galeana
	Janos
Camargo	La Cruz
	Saucillo
	San Francisco de Conchos
	Camargo
Creel	Bocoyna
	Uruachi
	Maguarichi
Témoris	Chínipas
	Guazapares
Ojinaga	Coyame del Sotol
	Manuel Benavides
Gómez Farías	Gómez Farías

Fuente: Información del Departamento 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 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

2019			2020	
No.	Padecimiento	Participación (%)	Padecimiento	Participación (%)
1	Infecciones respiratorias agudas	50.7%	Infecciones respiratorias agudas	50.8%
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	11.6%	Infección de vías urinarias	9.8%
3	Infección de vías urinarias	9.6%	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	7.7%
4	Gingivitis y enfermedad periodontal	3.2%	COVID-19	4.6%
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	3.2%	Úlceras, gastritis y duodenitis	3.1%
6	Conjuntivitis	2.7%	Hipertensión arterial	2.7%
7	Obesidad	2.3%	Conjuntivitis	2.3%
8	Otitis media aguda	2.0%	Obesidad	2.0%
9	Hipertensión arterial	1.8%	Gingivitis y enfermedad periodontal	2.0%
10	Vulvovaginitis	1.3%	Otitis media aguda	1.8%
11	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	1.1%	Vulvovaginitis	1.6%
12	Insuficiencia venosa periférica	1.0%	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	1.5%
13	Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	1.0%	Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	1.2%
14	Asma	1.0%	Insuficiencia venosa periférica	0.9%
15	Depresión	0.8%	Neumonías y bronconeumonías	0.9%
16	Accidentes de transporte en vehículos con motor	0.7%	Accidentes de transporte en vehículos con motor	0.8%
17	Neumonías y bronconeumonías	0.5%	Depresión	0.7%
18	Enfermedad isquémica del corazón	0.5%	Asma	0.6%
19	Hiperplasia de la próstata	0.4%	Enfermedad isquémica del corazón	0.4%
20	Intoxicación alimentaria bacteriana	0.4%	Hiperplasia de la próstata	0.4%
	Los demás	4.0%	Los demás	4.2%

Fuente: Anuario de Morbilidad 1984 – 2020, Secretaría de Salud.

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	2	1	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

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

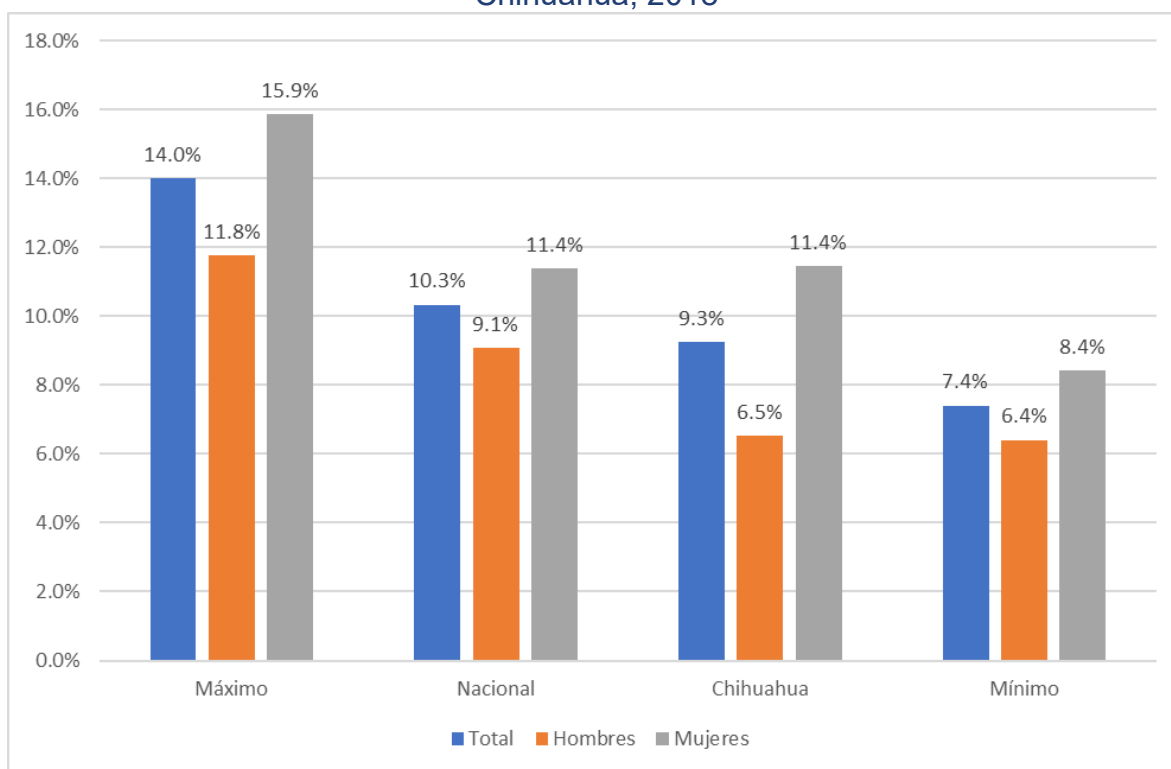
Fuente: Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME por sus siglas en inglés).

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 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 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

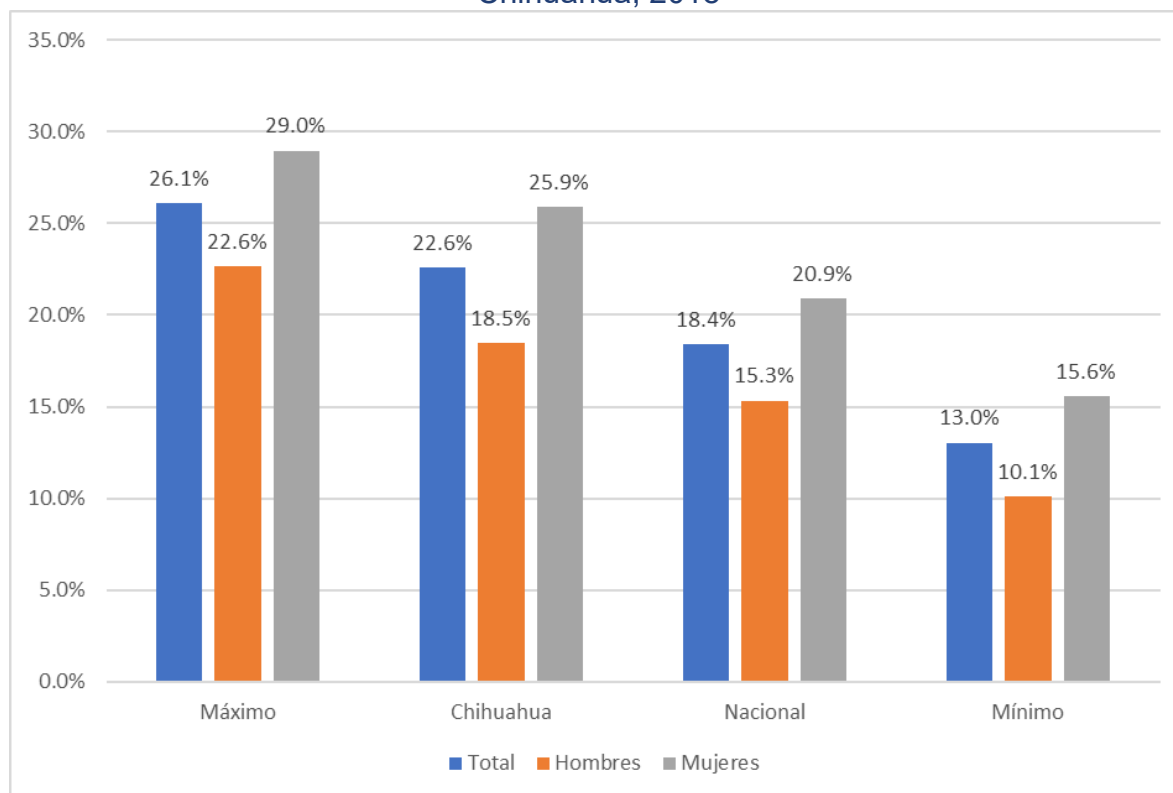
	Total			Hombres			Mujeres		
	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso + Obesidad	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso + Obesidad	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso + Obesidad
Menores de 5 años									
Nacional	-	-	6.8%	-	-	-	-	-	-
Chihuahua	-	-	10.0%	-	-	-	-	-	-
Escolar (5 a 11 años)									
Nacional	18.0%	17.5%	35.5%	17.7%	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%
Adolescentes (12 a 19 años)									
Nacional	23.8%	14.6%	38.4%	20.6%	15.1%	35.7%	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%
Adultos (20 años y más)									
Nacional	39.1%	36.1%	75.2%	42.5%	30.5%	73.0%	36.6%	40.2%	76.8%
Chihuahua	38.3%	38.7%	77.0%	48.9%	31.2%	80.1%	28.7%	45.4%	74.1%

Prevalencia conforme a la medición del índice de masa corporal.

Fuente: Encuesta 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 altos 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

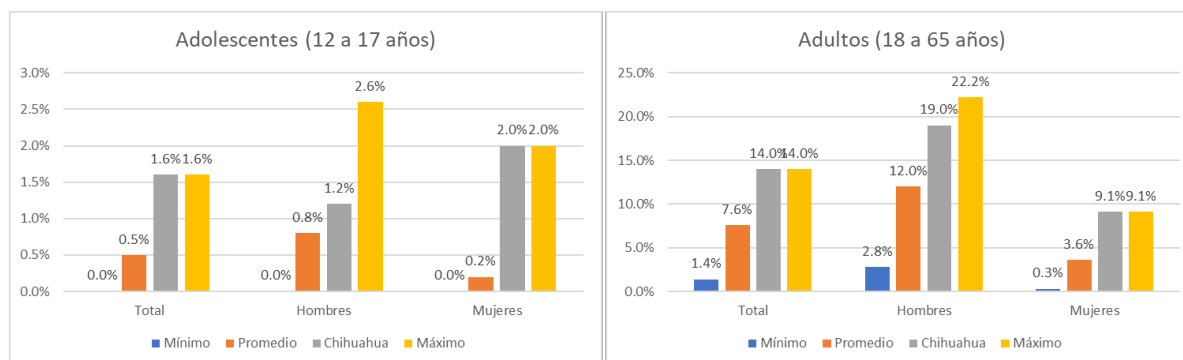


Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2018. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

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 éstos 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 como de 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.

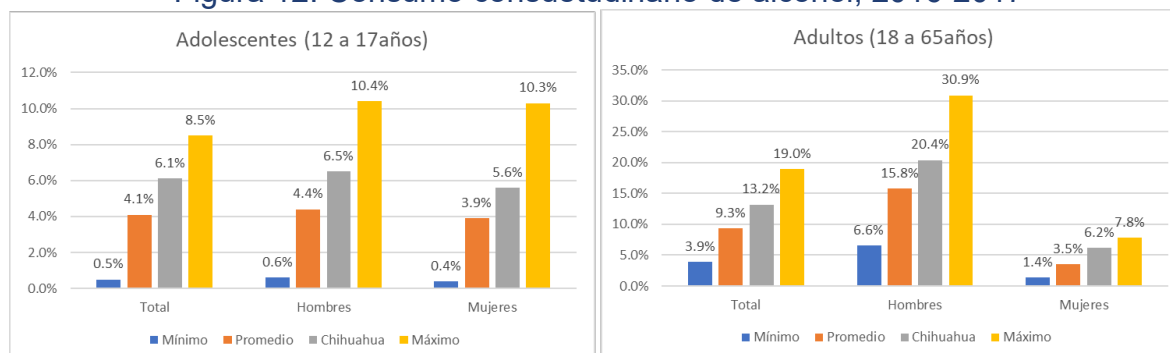
Figura 11. Consumo diario de tabaco, 2016-2017



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

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 alcohol de forma consuetudinaria es considerablemente superior al promedio nacional. De igual manera, el problema es generalizado, sin distinción de edad o sexo.

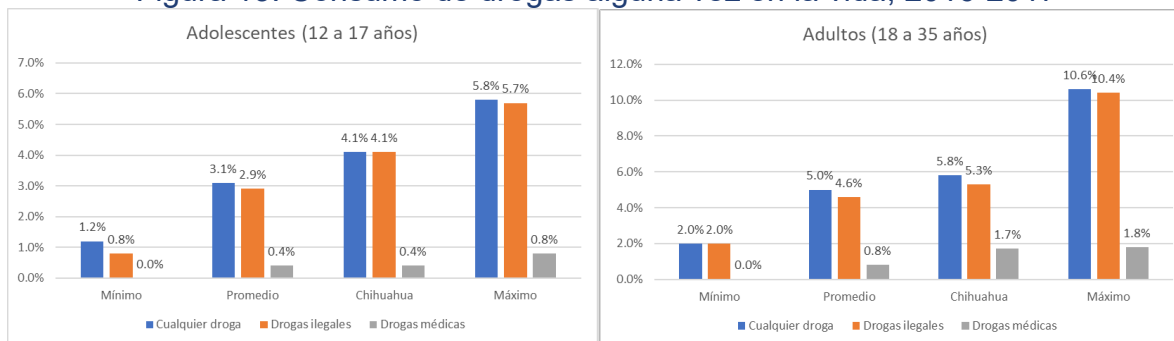
Figura 12. Consumo consuetudinario de alcohol, 2016-2017



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

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.

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



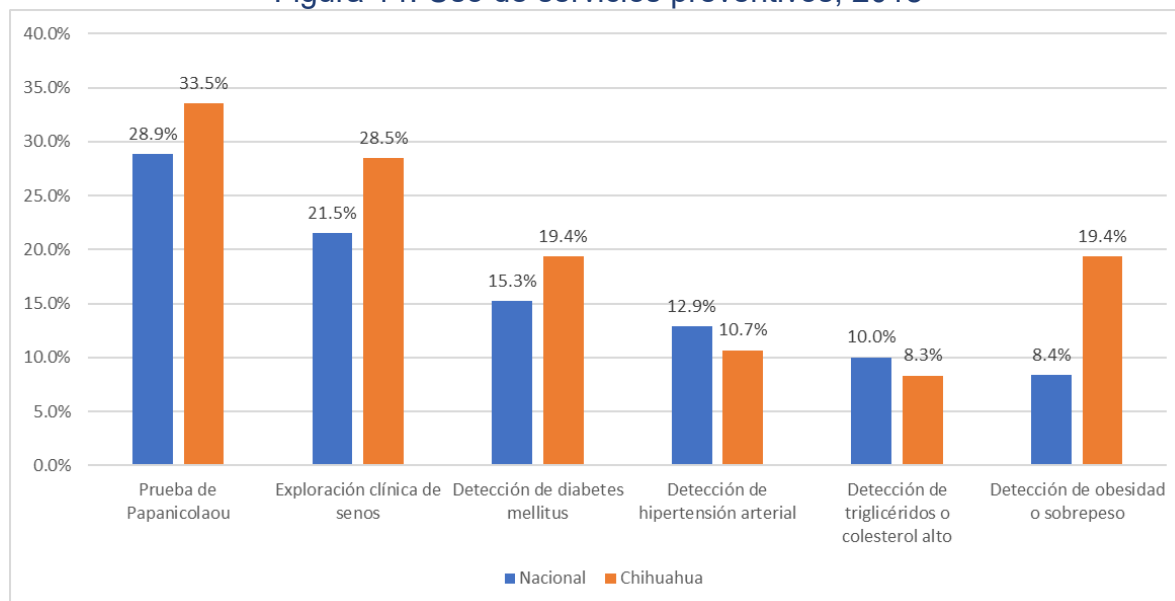
Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017. Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Secretaría de Salud.

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 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 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. Uso 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)¹ 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 por ciento 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.

Es importante considerar que esta meta de reducción es solo como referencia para dar contexto a las metas e indicadores de mortalidad que pudiesen ser incluidos en subsecuentes actividades de monitoreo y seguimiento.

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

¹ 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).

muerter en el año 2000 a 16 mil 900 muerter en el 2010, para posteriormente disminuir a 14 mil 200 muerter en el 2019. Esto se traduce en un aumento en la tasa estandarizada de mortalidad prematura entre los años 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 habitantes. El año 2010 fue un año atípico con un incremento importante en muerter prematuras debido principalmente al incremento en las muerter por lesiones.

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

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 por ciento 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 por ciento 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 ésta 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 muerter 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 por ciento en las defunciones por este conjunto de causas.

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

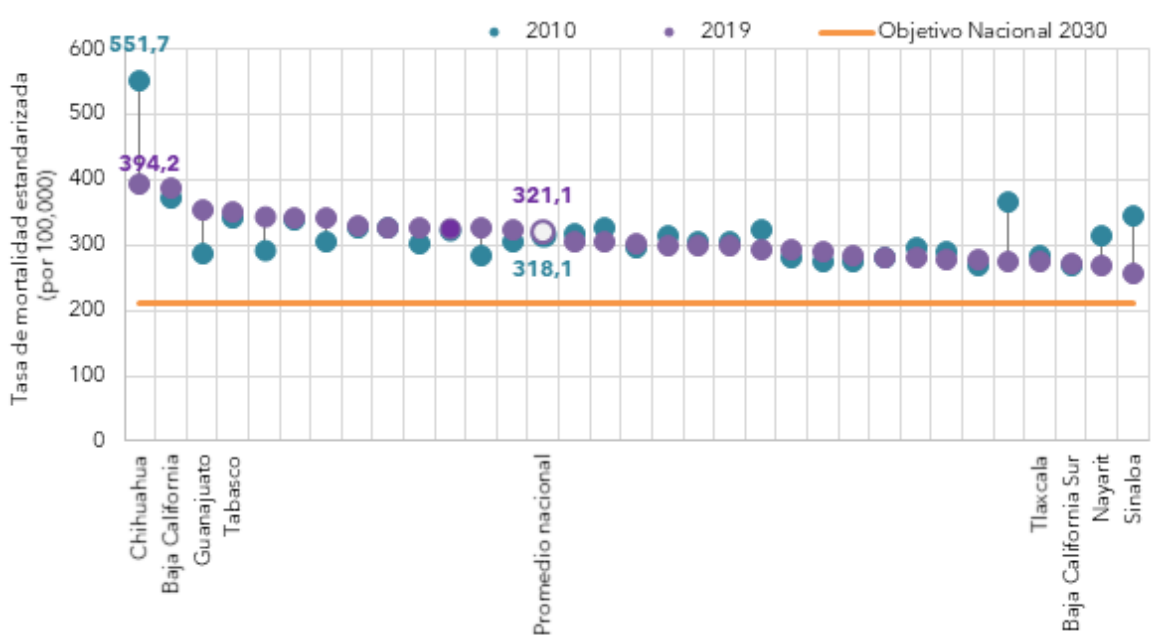
Causa de muerte (Clasificación OMS)	2000			2010			2016			2019			2030			Tasa de disminución anual (%)		
	Muertes	Tasa cruda por 100,000	Tasa estandarizada por edad por 100,000 (Base = 2019)	Muertes	Tasa cruda por 100,000	Tasa estandarizada por edad por 100,000 (Base = 2019)	Muertes	Tasa cruda por 100,000	Tasa estandarizada por edad por 100,000 (Base = 2019)	Muertes	Tasa cruda por 100,000	Escenario base de muertes	Objetivo	Tasa objetivo por 100,000	Objetivo 2010- 2030	Observada 2000-2019	Observada 2010-2019	Objetivo 2010- 2030
Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	1,490	49.9	47.2	1,298	38.9	38.4	1,299	37.1	37.1	1,643	45.7	1,484	890	23.2	2.5	0.0	0.0	-2.2
Enfermedades infecciosas y parasitarias	492	16.5	18.3	479	14.4	15.5	457	13.0	13.3	610	17.0	649	389	10.2	2.5	0.3	-0.9	2.5
Infecciones respiratorias	233	7.8	8.4	219	6.6	6.9	317	9.0	9.3	502	14.0	282	169	4.4	2.5	-3.0	-8.7	2.5
Condiciones neonatales	636	21.3	16.1	484	13.9	11.8	412	11.8	11.2	415	11.5	387	232	6.1	2.5	1.7	0.2	2.5
Deficiencias nutricionales	99	3.3	3.5	92	2.8	2.9	83	2.4	2.4	77	2.1	117	70	1.8	2.5	2.7	3.5	2.5
Condiciones maternas	30	1.0	1.0	44	1.3	1.3	30	0.9	0.9	38	1.1	49	29	0.8	2.5	-0.2	2.0	2.5
Enfermedades no transmisibles	5,793	194.0	264.1	7,266	217.8	257.0	8,401	239.9	253.3	8,787	244.2	11,475	6,885	179.7	2.5	0.5	0.5	0.6
Enfermedades cardiovasculares	1,700	56.9	82.8	2,011	60.3	73.2	2,131	60.8	64.8	2,404	68.8	3,340	2,004	52.3	2.5	1.2	1.1	2.5
Neoplasias malignas	1,230	41.2	56.7	1,355	40.6	48.1	1,689	48.2	51.0	1,739	48.3	2,152	1,291	33.7	2.5	0.9	-0.1	2.5
Enfermedades digestivas	781	26.2	35.1	987	29.6	34.6	1,264	36.1	38.1	1,348	37.5	1,537	922	24.1	2.5	-0.4	-0.9	2.5
Diabetes mellitus	443	14.8	21.9	795	23.9	29.4	874	24.9	26.7	1,006	27.9	1,355	813	21.2	2.5	-1.3	0.6	2.5
Enfermedades genitourinarias	508	17.0	24.8	706	21.2	25.8	772	22.0	23.5	677	18.8	1,180	708	18.5	2.5	1.5	3.5	2.5
Enfermedades respiratorias	285	9.6	12.7	327	9.8	11.4	362	10.3	10.9	339	9.4	503	302	7.9	2.5	1.6	2.1	2.5
Anomalías congénitas	286	9.6	7.6	234	7.0	6.2	279	8.0	7.7	254	7.1	212	127	3.3	2.5	0.3	-1.5	2.5
Trastornos endocrinos, sanguíneos, inmunológicos	125	4.2	5.0	201	6.0	6.9	269	7.7	8.0	240	6.7	297	178	4.6	2.5	-1.7	0.3	2.5
Enfermedades neurológicas	128	4.3	4.9	221	6.6	7.1	248	7.1	7.3	233	6.5	293	176	4.6	2.5	-1.5	1.0	2.5
Trastornos mentales y por uso de sustancias	186	6.2	7.5	168	5.0	5.5	208	6.0	6.2	220	6.1	229	138	3.6	2.5	1.1	-1.3	2.5
Enfermedades musculoesqueléticas	39	1.3	1.7	93	2.8	3.1	89	2.5	2.6	81	2.2	135	81	2.1	2.5	-1.1	3.7	2.5
Enfermedades de la piel	9	0.3	0.4	25	0.8	0.9	38	1.1	1.2	54	1.5	40	24	0.6	2.5	-8.4	-6.0	2.5
Síndrome de muerte súbita infantil	4	0.1	0.1	22	0.7	0.6	14	0.4	0.4	12	0.3	18	11	0.3	2.5	-6.4	5.6	2.5
Condiciones orales	2	0.1	0.1	5	0.2	0.2	8	0.2	0.2	8	0.2	7	4	0.1	2.5	-6.9	-3.5	2.5
Otras neoplasias	68	2.3	2.9	114	3.4	4.0	154	4.4	4.7	171	4.8	176	106	2.8	2.5	-2.7	-2.0	2.5
Lesiones	2,096	70.2	75.2	8,372	251.0	256.1	3,435	98.1	99.0	3,768	104.7	10,054	6,033	157.4	2.5	-1.7	-1.7	9.4
Lesiones intencionales	778	26.1	27.8	6,676	200.2	203.5	2,133	60.9	61.4	2,658	73.9	7,957	4,774	124.6	2.5	-5.2	10.6	2.5
Lesiones no intencionales	1,318	44.1	47.4	1,695	50.8	52.6	1,302	37.2	37.6	1,110	30.8	2,097	1,258	32.8	2.5	2.2	5.7	2.5
Total (0-69 años)	9,379	314.1	386.5	16,935	507.7	551.5	13,135	375.1	389.4	14,198	394.5	23,014	13,808	360.4	2.5	0.0	0.0	3.4

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.

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.

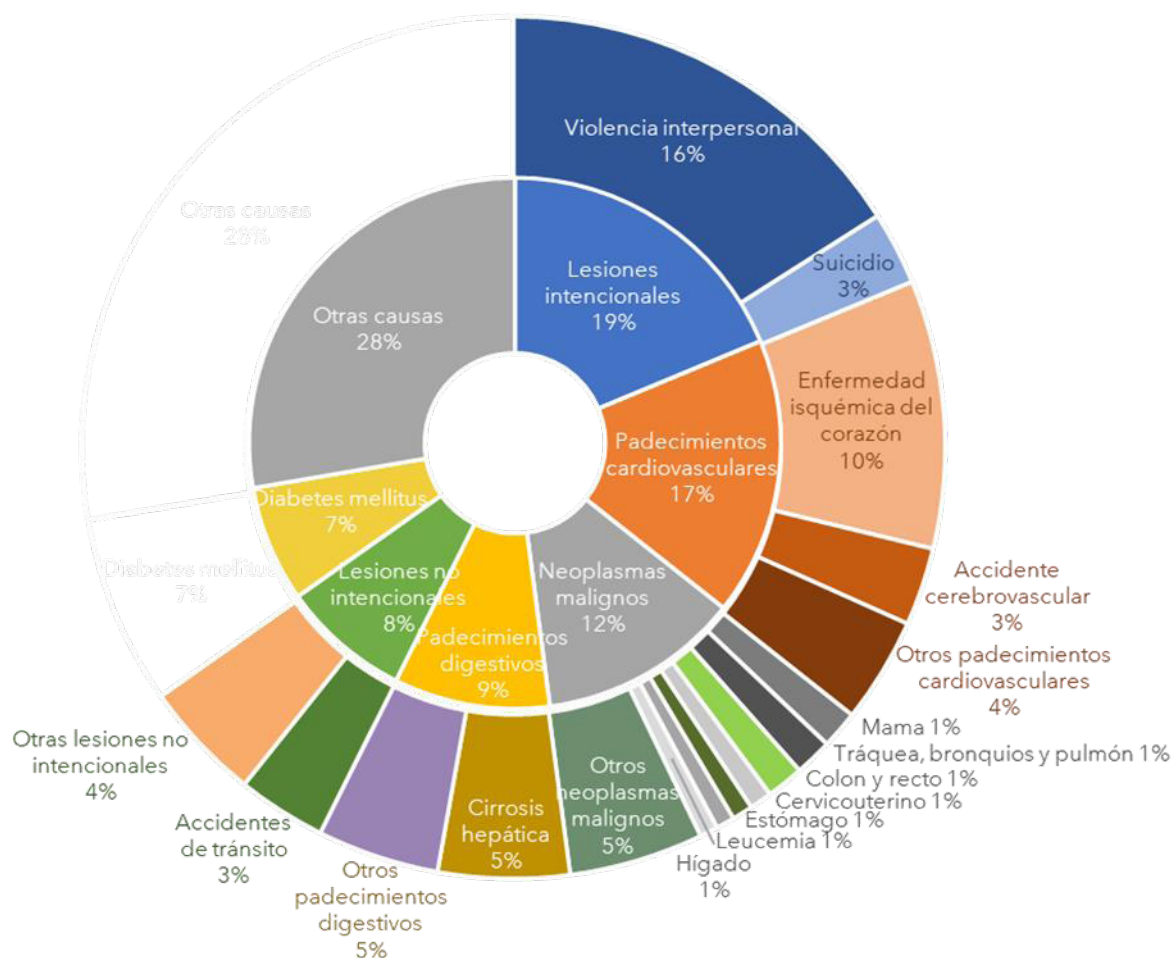
Si bien las necesidades de salud de la población tienen un carácter multidimensional, la mortalidad prematura representa un indicador de gran utilidad para buscar las causas que más aquejan su salud. Distinguir entre la importancia absoluta y la importancia relativa de estas causas de mortalidad apoyará la diferenciación 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 0 a 69 años, contribuyendo con 19 por ciento de las defunciones ocurridas durante 2019. Estas defunciones causadas por lesiones intencionales se desdoblan en dos bloques de distinta naturaleza: las defunciones causadas por violencia interpersonal, con una participación de 16 por ciento del total de la mortalidad prematura en el estado, y las defunciones por suicidio, con una participación de 3 por ciento del total de la mortalidad prematura.

Que diecinueve de cada cien muertes prematuras en el estado provengan de lesiones causadas con intención es, por supuesto, 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 por ciento 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 por ciento y 3 por ciento 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 subcausas 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 por ciento a 1.4 por ciento 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 por ciento 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 pudiesen ser desarrollados más adelante, el objetivo del ODS 3 al 2030 se calcula de forma simplificada como una reducción del 40 por ciento 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

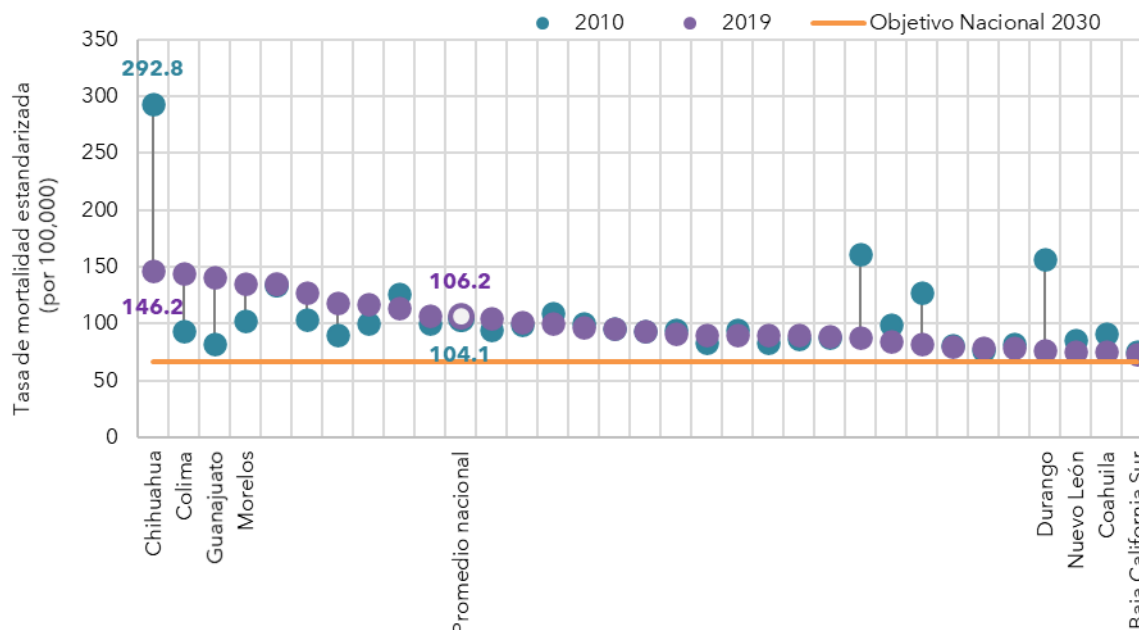
materna, ODS 3.2 neonatos e infantes), y a otras causas (ODS 3.3 SIDA, tuberculosis y paludismo, ODS 3.6 accidentes de tráfico).

Cirugía esencial²

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.

² La cirugía esencial incluye procedimientos sencillos como cirugía general (ej: apendicectomía, 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).

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



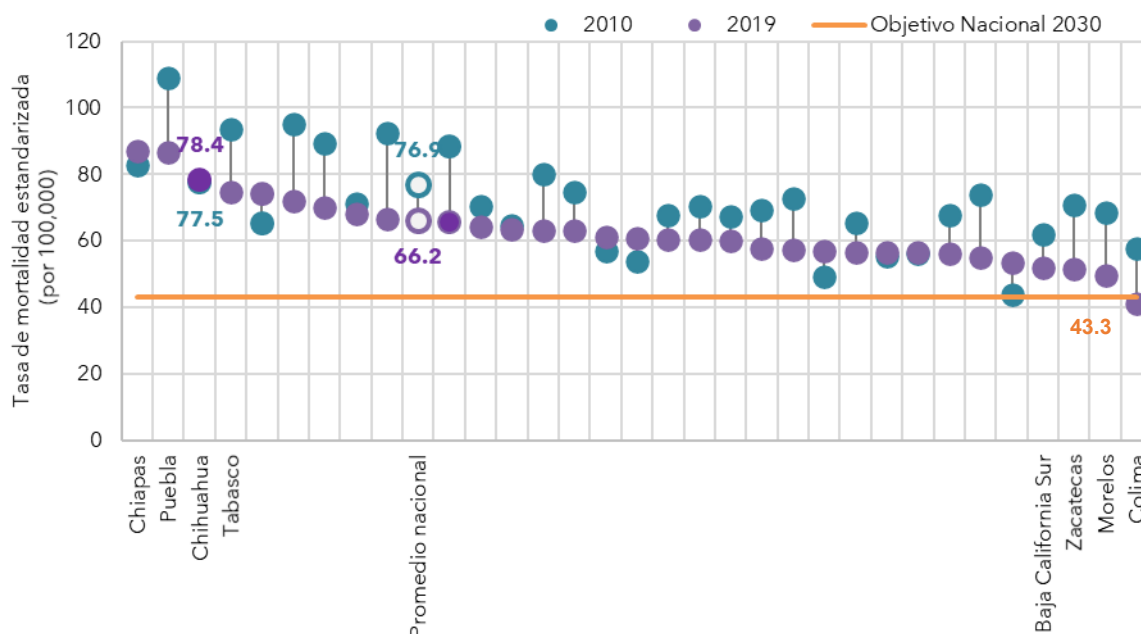
Fuente: Elaboración propia con estadísticas de mortalidad del INEGI y de población del CONAPO.

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.

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.

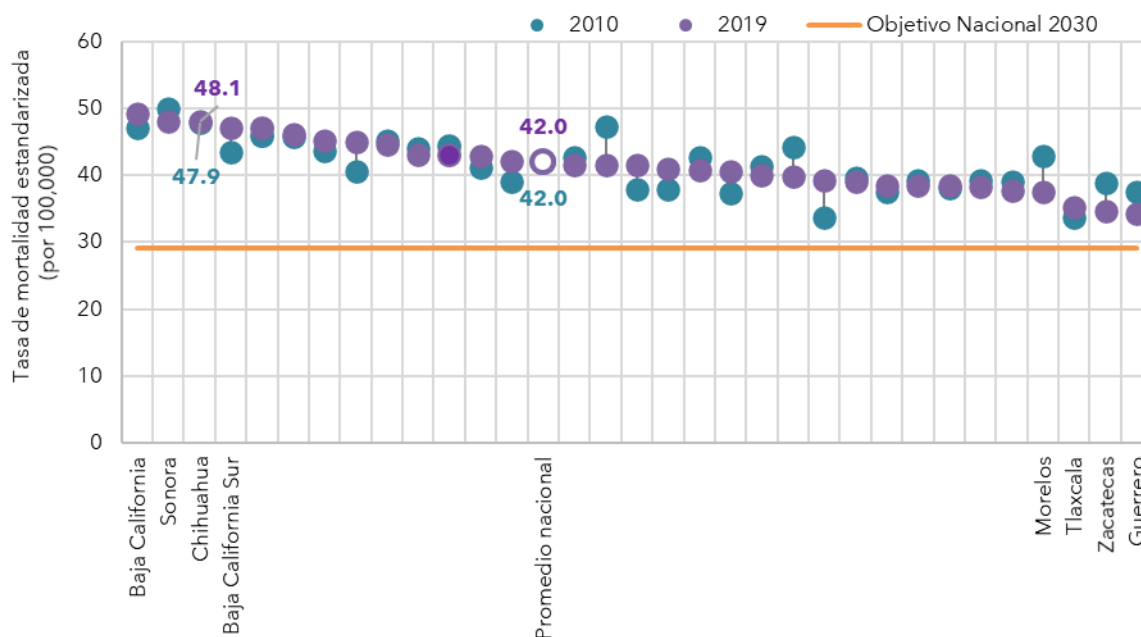
A nivel nacional, nuestro Estado tiene la tercera mayor tasa de mortalidad prematura por estas causas, solo por debajo de Chiapas y Puebla, y se encuentra aún por arriba del objetivo nacional de reducción al 2030 de 43.3 muertes por cada 100 mil niños menores de cinco años y mujeres de 15 a 39 años por 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 por ciento del total de muertes prematuras (0-69 años) en nuestro Estado. Más del 50 por ciento 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 esta enfermedad los que contribuyen al total de defunciones.

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



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

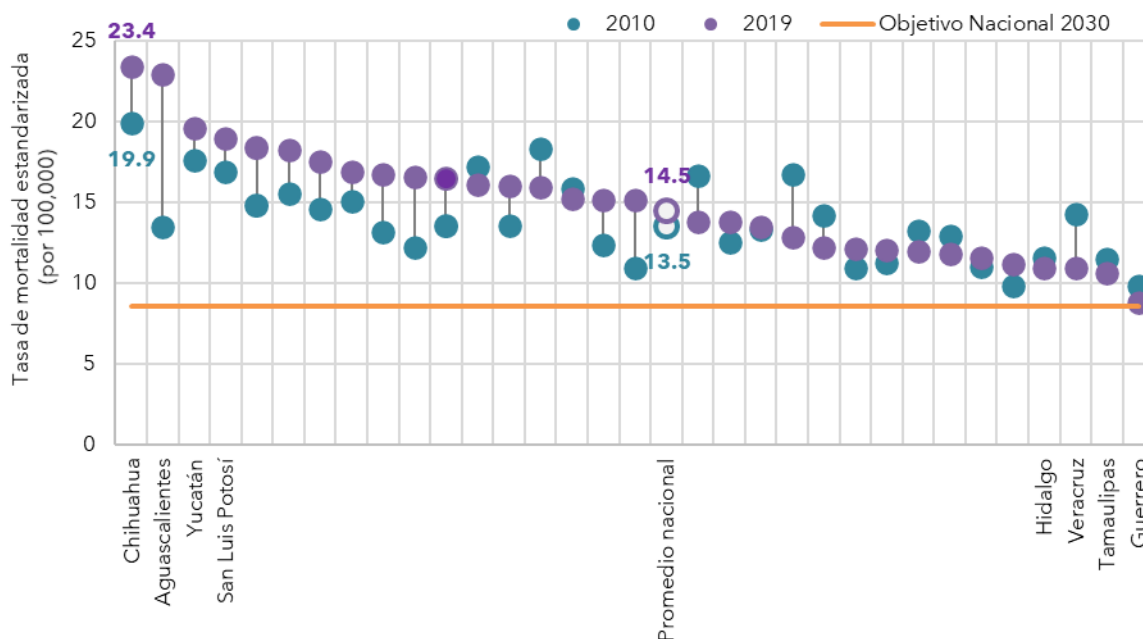
Excluyendo el efecto demográfico, la tasa de mortalidad prematura por cáncer en el año 2019 (48.1 por 100 mil habitantes) se encuentra ligeramente por encima del valor observado en el año 2000 (47.9 por 100 mil habitantes). A nivel nacional, Chihuahua tiene la tercer mayor tasa de muerte prematura por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

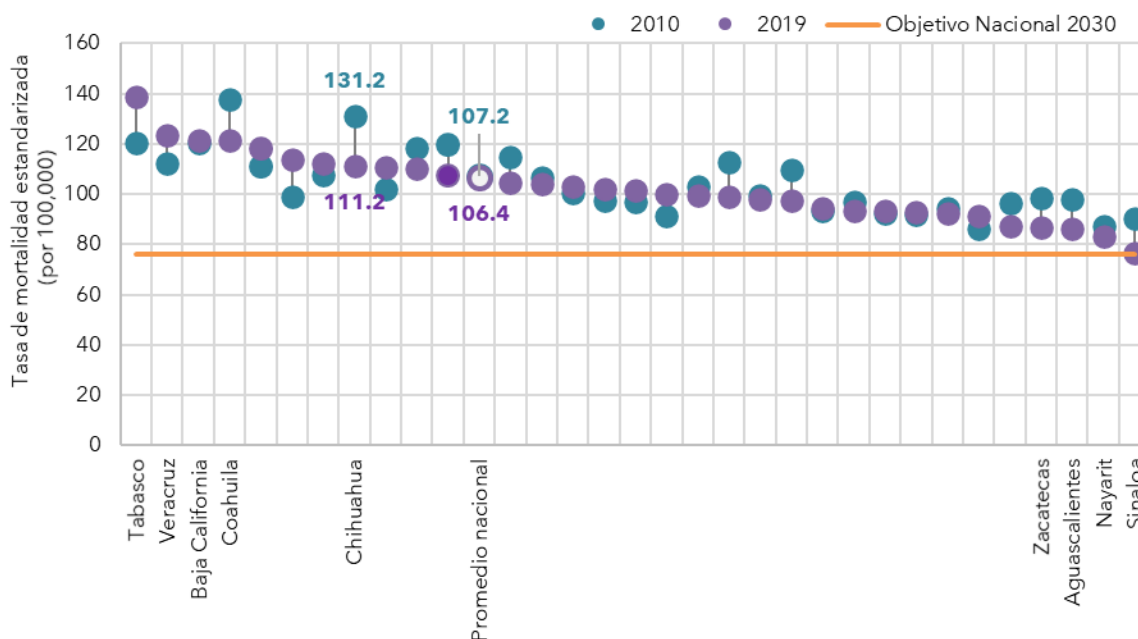
Enfermedades cardiovasculares, respiratorias y otras enfermedades asociadas

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 5.3.1) y han contribuido en la desaceleración de la reducción de la mortalidad debida a este grupo 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



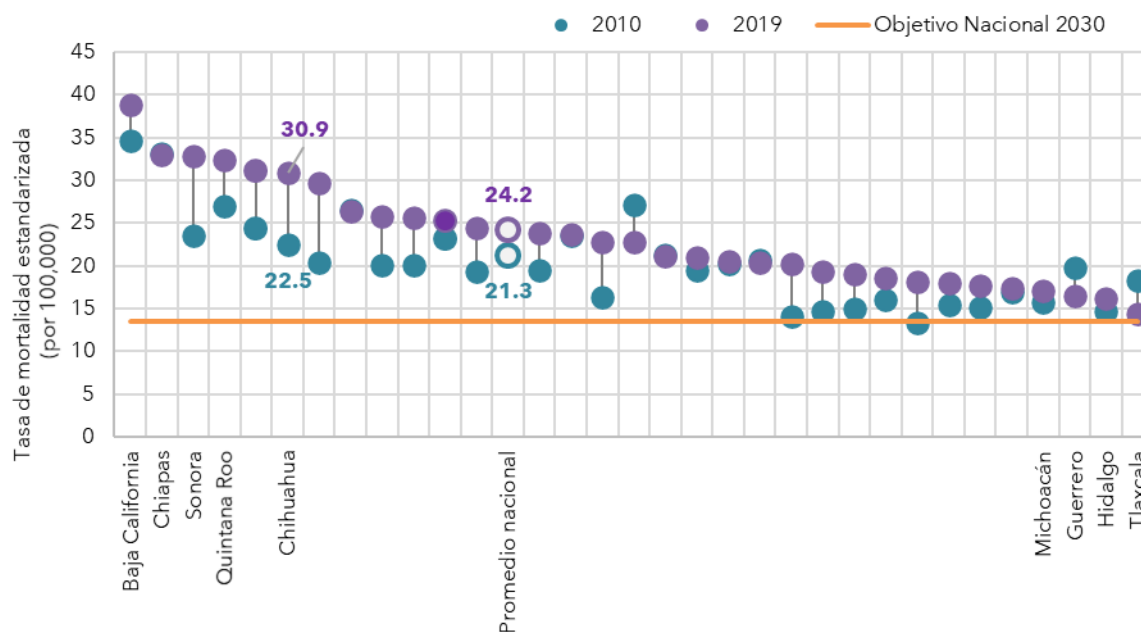
Fuente: Elaboración propia con estadísticas de mortalidad del INEGI y de población del CONAPO.

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.

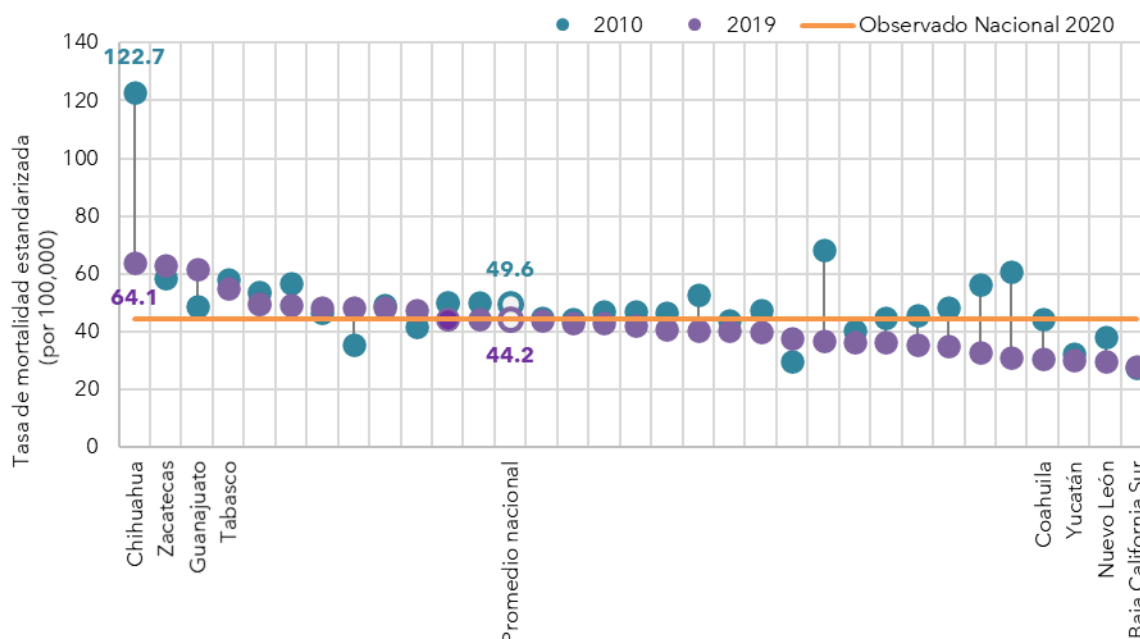
Este grupo de enfermedades presenta un desafío para Chihuahua. Es necesario revertir la tendencia de aumento en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y acelerar de manera importante el ritmo de las reducciones de mortalidad en los próximos años.

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 fallecimientos 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 que resulta 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).

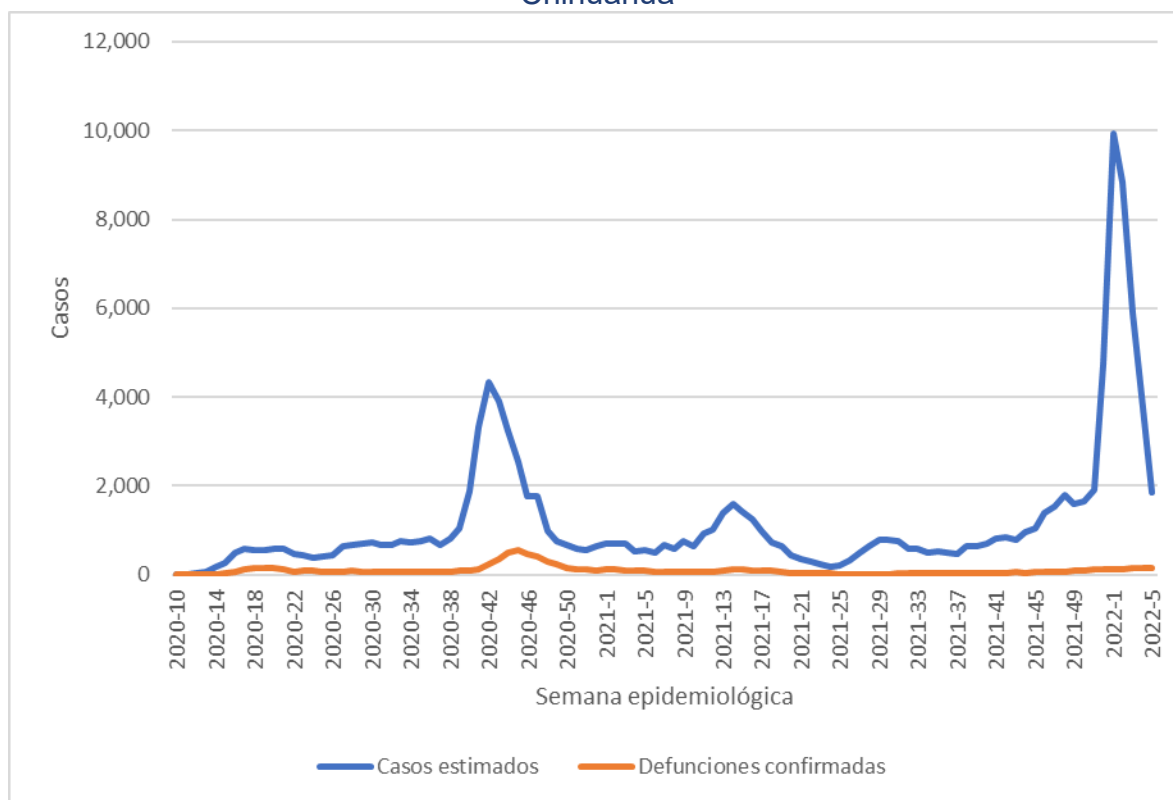
5.4. Coyuntura COVID-19 y su impacto inmediato

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.

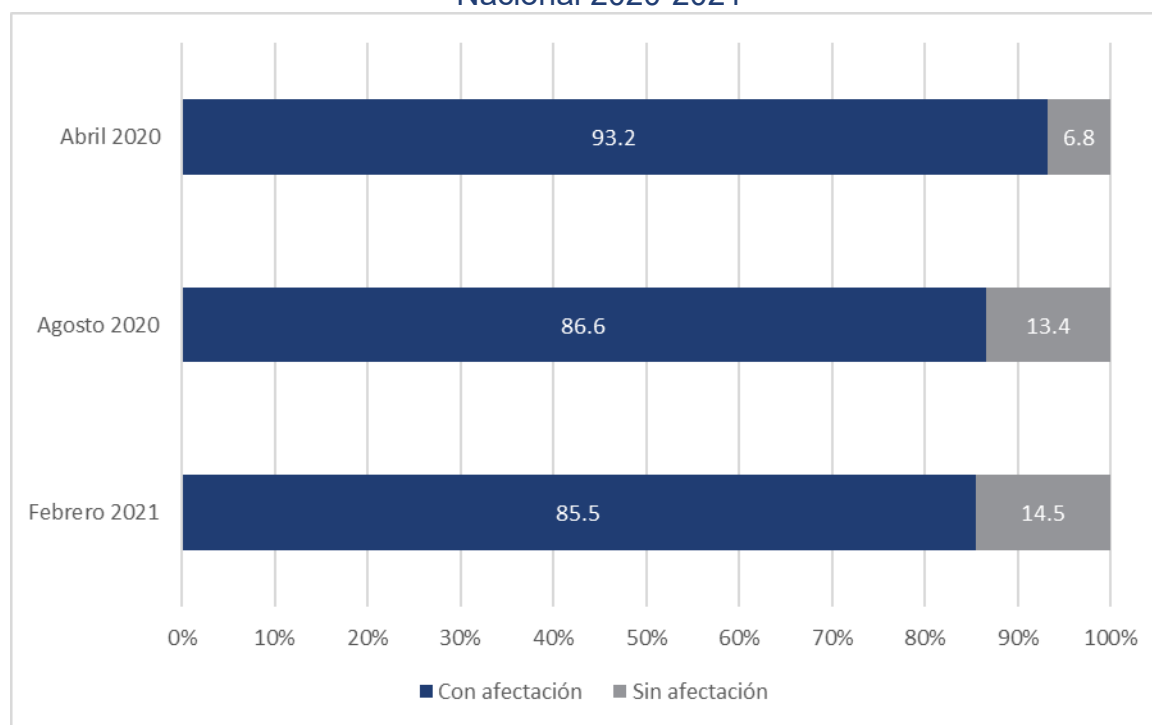
Figura 25. Casos estimados y defunciones confirmadas por COVID-19 en Chihuahua



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 febrero 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 febrero 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

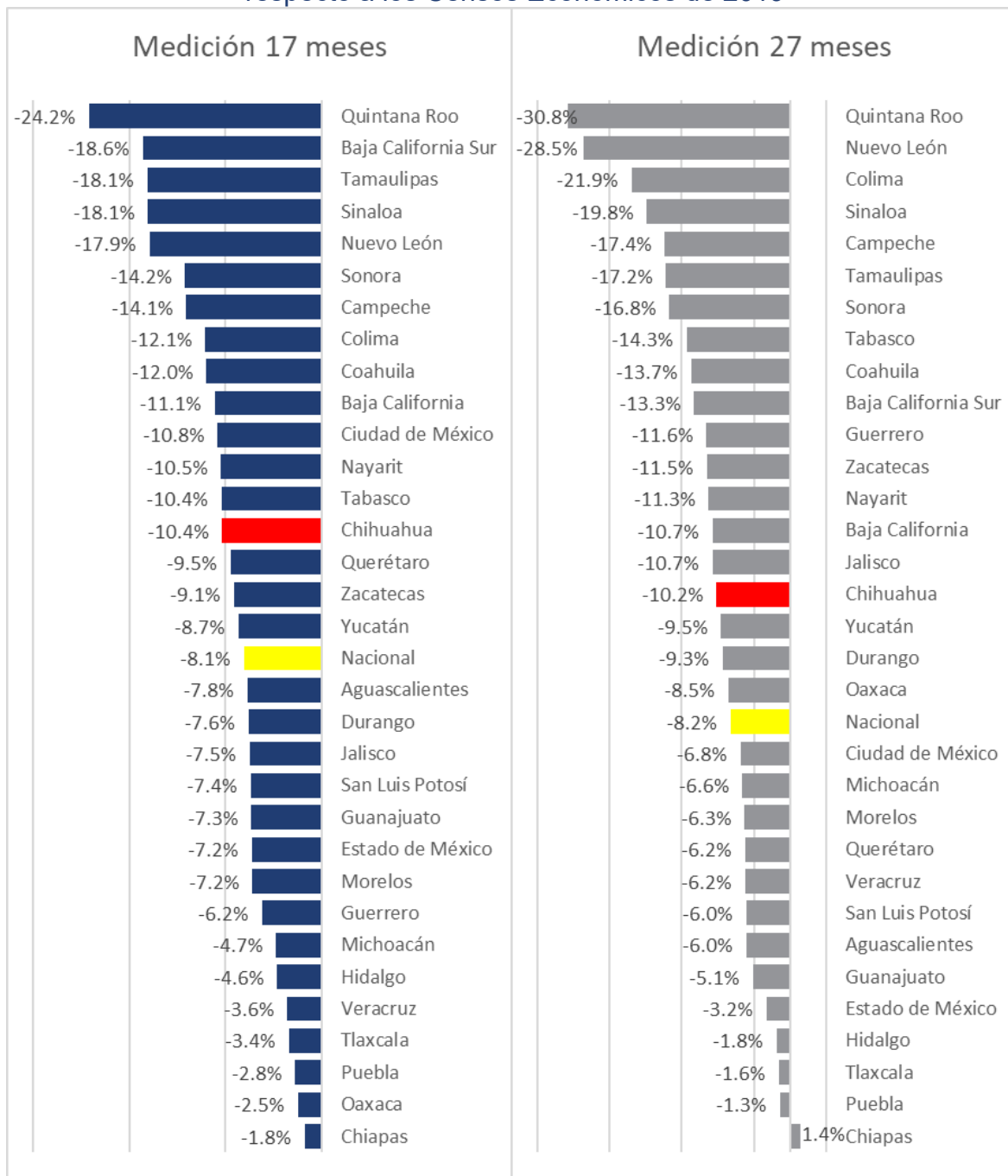


Fuente: Encuesta sobre el impacto económico generado por COVID-19 en las empresas (ECOVID-IE). Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

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.

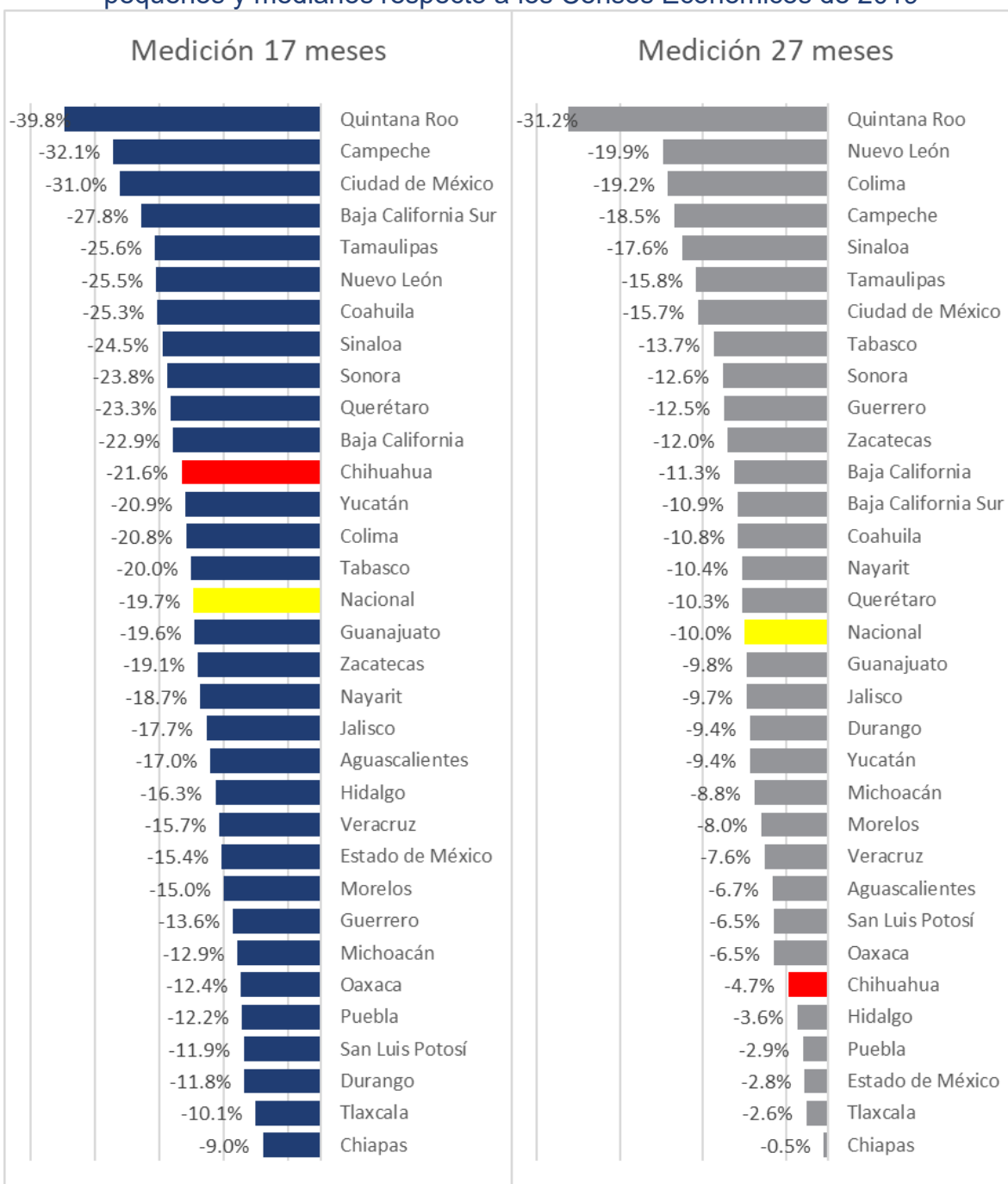
Estas cifras indican que, si bien Chihuahua no fue de las entidades más afectadas en lo económico por la pandemia, presentó un impacto que no es menor y que fue superior al promedio nacional. Para el Sistema Estatal de Salud es importante tener presente las necesidades de salud que resultan en los hogares 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 personal ocupado en 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).

5.5. Identificación de brechas entre necesidades y capacidades

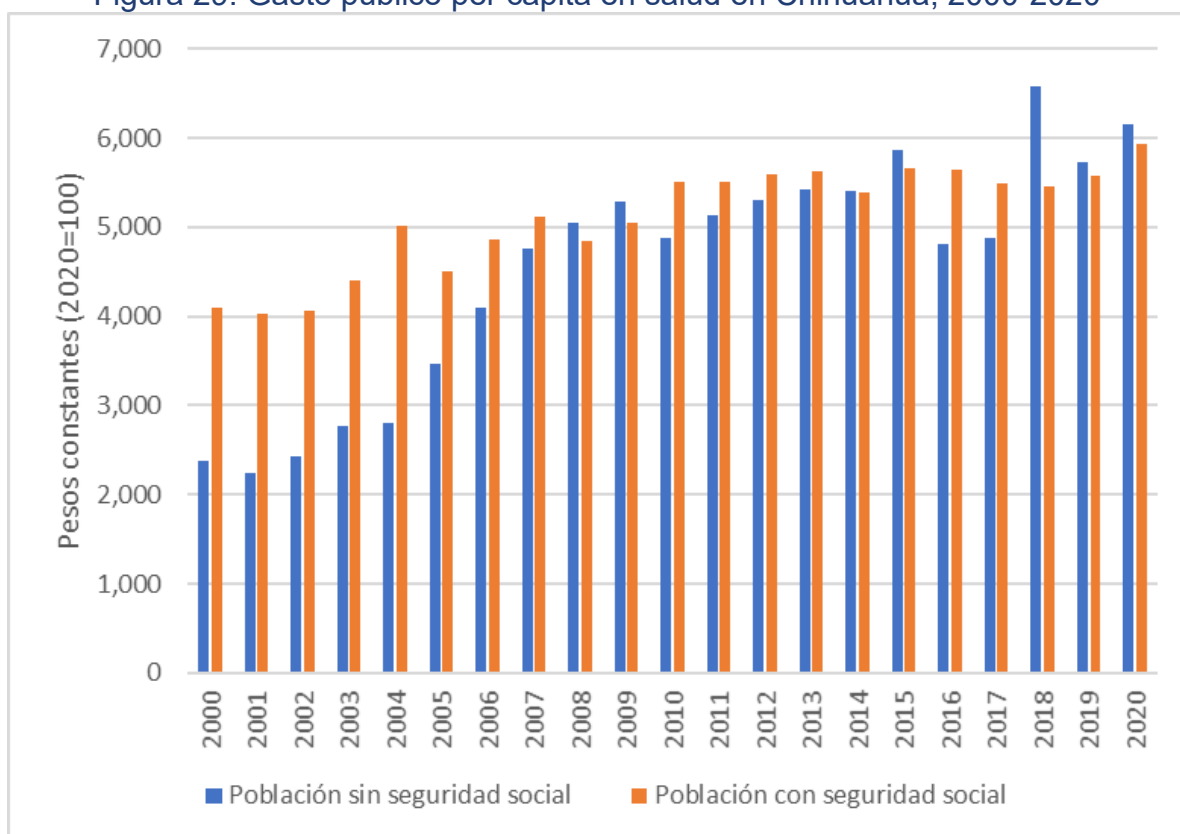
Como se observó en el diagnóstico nuestra población tiene muchas y muy diversas necesidades de salud. Por ello, resulta fundamental tener la capacidad de respuesta para la atención de éstas. En este sentido, a continuación, se presentan los recursos financieros, materiales y humanos disponibles en Chihuahua 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 materiales 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 materiales (tasa por 100,000 habitantes) 2018-2020

	Nacional	Chihuahua	Posición
Establecimientos			
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
Recursos Materiales			
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
Equipamiento			
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
Personal Médico			
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
Otro personal			
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 adecuada sobre 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 las acciones encaminadas a garantizar el acceso a los servicios de salud a la población en el Estado de Chihuahua, 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

En esta administración, hemos decidido hacer de la salud uno de los pilares prioritarios de nuestras políticas públicas y buscaremos, con la participación de todos los sectores del Estado, que la población de Chihuahua tenga condiciones de salud acordes a nuestro nivel de desarrollo.

Se han identificado cinco áreas que requieren de atención inmediata: la lucha contra el cáncer, la prevención y atención de los padecimientos cardiovasculares y la diabetes, y la adecuada atención de la salud mental serán focos prioritarios de esta administración, y particular atención, se dará a la morbilidad y mortalidad de niños y adolescentes, y así como a mortalidad materna.

Estas áreas serán prioritarias porque son las que están contribuyendo a que hoy en día el 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 la población sea más sana.

La situación arriba descrita respecto a las necesidades de salud de la población en el Estado, pone de manifiesto que existen importantes áreas de oportunidad para mejorar la salud de los chihuahuenses. Más aún, el nivel de desarrollo económico del Chihuahua 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.

Lo anterior 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 la población, es decir, vivir más y vivir mejor. Pero una sociedad más saludable mejora su productividad y extiende su vida laboral.

La salud del individuo es también, 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 entonces representada por una población más sana, con una mayor esperanza y 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 largo plazo. Para ello, será de utilidad vincular los resultados del diagnóstico anteriormente descritos con intervenciones de política pública para mejorar los mismos en vinculación con metas objetivas y medibles. En este sentido, será de particular interés relacionar las metas de este Programa con las 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 entorno de la coordinación internacional entre países, lo anterior requiere de una alineación e interpretación en el ámbito estatal, en atención a las condiciones de salud existente, donde los citados ODS se presenten como puntos de referencia.

Recordemos que una de las metas más relevantes de los ODS es la meta 3.4, consistente en reducir en un tercio, entre 2015 y 2030, la mortalidad prematura en padecimientos no transmisibles, además de promover la salud mental y el bienestar. Dicha meta es un referente a considerar en el Estado, en atención a la tasa de mortalidad prematura que presenta.

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, para ello en este apartado se definen los objetivos, estrategias y líneas de acción más importantes en materia de salud.

Se ha definido un objetivo general y 6 objetivos específicos, vinculados a los procesos y funciones del Sistema Estatal de Salud:

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 17 estrategias con sus respectivas líneas de acción.

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

Estrategia 4. Fortalecer la atención oportuna de enfermedades no transmisibles en la población.

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 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.

Líneas 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 resolutoria 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 relacionadas con el tema.
11. Promover el diseño de políticas públicas multisectoriales enfocadas a combatir los determinantes sociales que facilitan la prevalencia de la depresión y el pensamiento suicida.
12. Integrar brigadas orientadas a la promoción de la salud mental con una perspectiva comunitaria.
13. Establecer acuerdos y convenios con instituciones públicas y privadas para mejorar y reforzar la atención médica en materia de salud mental, así como dar continuidad a los ya existentes.

Estrategia 7. Fortalecer los programas específicos contra las adicciones y consumo de sustancias psicoactivas.

Líneas de acción:

1. Mejorar 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 en las zonas de alta y muy alta marginación.

Líneas de acción:

1. Fortalecer los programas para llevar atención médica móvil en zonas de alta y muy alta marginación y de difícil acceso.
2. Asegurar la atención médica en los centros de salud a toda persona que lo requiera.
3. Extender la cobertura de servicios esenciales de salud mediante clínicas móviles para atender a la población en zonas de alta y muy alta marginación.
4. Extender el uso de la telemedicina para acercar los servicios de salud en zonas de difícil acceso.

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 reparación, mantenimiento y/o sustitución.
2. Mejorar la capacidad instalada a efecto de mantener y mejorar la eficiencia de los servicios a la población.
3. Supervisar con oportunidad las condiciones en que se encuentre la capacidad instalada de salud con que se cuenta, para dar lugar a su mejora de ser el caso.
4. Impulsar mecanismos para optimizar la compra y el abasto de insumos terapéuticos y medicamentos.
5. Impulsar el uso de herramientas tecnológicas para la atención médica y la gestión de los servicios.
6. Fortalecer el equipo de cómputo de las unidades médicas y la infraestructura de telecomunicaciones.
7. Desarrollar un análisis orgánico - funcional de la Secretaría de Salud y de los organismos públicos descentralizados, Servicios de Salud de Chihuahua y el Instituto Chihuahuense de Salud, que permita mejorar la toma de decisiones y elevar la eficiencia en la operación.

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.
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.
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. Dar lugar al reordenamiento orgánico – funcional de la Secretaría de Salud a efecto de fortalecer su carácter rector y centralizar en la misma aquellas funciones que por sus características permite se hagan extensivas las directrices y modos de acción a los organismos descentralizados y órganos desconcentrados.
2. Fortalecer los procesos de supervisión de establecimientos y cumplimientos 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:

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 efectivo que adquirirlo.

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

Líneas de acción:

1. Procurar la asignación eficiente de los recursos en el sector salud, para asegurar su operación.
2. Coadyuvar con los recursos financieros disponibles a garantizar el acceso universal a los servicios de salud.
3. Establecer mecanismos de financiamiento de los servicios de salud para programas específicos cuando así se requiera.
4. Fortalecer los procesos de adquisiciones de bienes, servicios e insumos terapéuticos mediante criterios de optimización costo- beneficio en la operación de los servicios.
5. Establecer la congruencia necesaria entre el abasto y los recursos destinados para el mismo.
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
Nombre del indicador	Porcentaje de entornos validados como saludables
Unidad de medida	Porcentaje
Fórmula	Resultado de la división del número de entornos saludables logrados, entre el número de entornos saludables programados multiplicado por 100
Línea base	227 entornos saludables (2021)
Meta anual	Incrementar un 10% anualmente de la medición inicial del 2021
Meta 2027	Lograr el 90% o más de la meta obtenida en el año 2026
Fuente	Sistema de información en salud. Registros de la Subdirección de Promoción de la Salud (cédulas de certificación y validación)
Frecuencia de medición	Reporte Anual/ seguimiento mensual/supervisión semestral
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Elemento	Características
Nombre del indicador	Detección de factores de riesgo de enfermedades cardiometabólicas
Unidad de medida	Porcentaje
Fórmula	Corresponde al porcentaje calculado: Numerador: Población Abierta con detecciones de factores de riesgo realizadas Denominador: Población abierta estimada de 20 años
Línea base	2021: 7.6% de detecciones en población abierta
Meta anual	Aumentar anualmente 1 punto porcentual
Meta 2027	13.6% de detecciones en población abierta
Fuente	Numerador: Sistema de información en Salud (DGIS) Denominador: Proyecciones de población (CONAPO)
Frecuencia de medición	Reporte Anual/seguimiento mensual/supervisión semestral
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Elemento	Características
Nombre del indicador	Cobertura de tamizaje para cáncer de mama en mujeres de 40 a 69 años de edad.
Unidad de media	Porcentaje
Fórmula	Resulta de la división del número de Mujeres tamizadas con mastografía y exploraciones clínicas, entre las mujeres de 40 a 60 años de edad, en población sin derechohabencia multiplicado por cien
Línea base	19,623 detecciones oportunas (2021, mastografía y exploraciones clínicas de mama)
Meta anual	Incrementar el 3% anual de detecciones para cáncer de mama.
Meta 2027	Lograr el 70% de las detecciones programadas para el año 2027.
Fuente	Sistema de información en Cáncer de la Mujer (SICAM) plataforma federal
Frecuencia de medición	Reporte Anual/ seguimiento trimestral
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Elemento	Características
Nombre del indicador	Cobertura de tamizaje para cáncer de Cuello Uterino de 25 a 64 años de edad.
Unidad de medida	Porcentaje
Fórmula	Resulta de la división del número de Mujeres tamizadas con citología y prueba de VPH, entre mujeres de 25 a 64 años de edad en población sin derechohabiencia multiplicado por cien
Línea base	22,059 tamizaje de cuello uterino (2021)
Meta anual	Incrementar el 3% anualmente del tamizaje programado.
Meta 2027	60% de la meta de tamizaje establecida para el año 2027.
Fuente	Sistema de información en Cáncer de la Mujer (SICAM) plataforma federal
Frecuencia de medición	Reporte Anual. /seguimiento trimestral
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Elemento	Características
Nombre del indicador	Reducción del porcentaje de niños y niñas prematuros (menor a 37 SDG)
Unidad de medida	Porcentaje
Fórmula	Total de niños y niñas con menos de 37 semanas de gestación entre el total de niños y niñas que nacieron sin importar las semanas de gestación por 100.
Línea base	9.68% de nacimientos prematuros en el año 2021
Meta anual	Reducir anualmente el 0.43% de nacimientos prematuros
Meta 2027	7.5% de nacimientos prematuros
Fuente	Sistema de información en Salud (cubos dinámicos)
Frecuencia de medición	Reporte anual / seguimiento Trimestral
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la 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
Nombre del indicador	Porcentaje de diferimiento de atención del servicio de Radio-Oncología
Unidad de medida	Porcentaje
Fórmula	Pacientes que reciben la propuesta de tratamiento de radioterapia oncológica desde su registro menor a 7 días naturales/Pacientes que reciben por primera vez radioterapia*100
Línea base	Garantizar el inicio de protocolo de tratamiento con radioterapia en los primeros 7 días
Meta anual	≥ 80% dentro de 7 días naturales
Meta 2027	≥ 95% dentro de 7 días naturales
Fuente	Centro Estatal de Cancerología y Centro Regional de Radioterapia Zona Norte: Sistema de verificación y registro de pacientes de Radioterapia.
Frecuencia de medición	Anual
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Dirección médica/CECAN

Elemento	Características
Nombre del indicador	Apego al tratamiento con radioterapia
Unidad de medida	Porcentaje
Fórmula	Pacientes que terminan tratamiento de radioterapia/ Pacientes que inician tratamiento de radioterapia*100
Línea base	Cero
Meta anual	80% de los pacientes que inician tratamiento en el año, deberán terminarlo o continuar al término del año a evaluar
Meta 2027	90%
Fuente	Centro Estatal de Cancerología y Centro Regional de Radioterapia Zona Norte: Sistema de verificación y registro de pacientes de Radioterapia.
Frecuencia de medición	Anual
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Dirección médica/CECAN/Centro Regional de Radioterapia Zona Norte

Elemento	Características
Nombre del indicador	Mortalidad Intrahospitalaria por enfermedad isquémica
Unidad de medida	Porcentaje
Fórmula	Número de pacientes con enfermedad isquémica que fallecen durante la estancia hospitalaria/ Número de pacientes con enfermedad isquémica ingresados * 100
Línea base	2021= 24.58%
Meta anual	Reducción de al menos 1 punto porcentual anual.
Meta 2027	14%
Fuente	Epidemiología a través de Cubos dinámicos.
Frecuencia de medición	Anual
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Dirección médica

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
Nombre del indicador	Becas para el tratamiento en modalidad residencial de personas con problemas de adicciones.
Unidad de medida	Número de becas.
Fórmula	Becas: Número de becas para el tratamiento en modalidad residencial de personas con problemas de adicciones.
Línea base	2021: 10 becas
Meta anual	230 de becas al año
Meta 2027	1,160 de becas (Acumulado)
Fuente	Comisión Estatal de Atención a las Adicciones
Frecuencia de medición	Anual
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Secretaría de Salud Comisión Estatal de Atención a las Adicciones

Elemento	Características
Nombre del indicador	Personas capacitadas en materia de tratamiento a las adicciones
Unidad de medida	Número de personas capacitadas
Fórmula	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.
Línea base	Nueva creación, por lo que se inicia de una línea base 0 y el total de personas que se pretende capacitar sería en el transcurso de los 6 años (2021 – 2027)
Meta anual	170 personas capacitadas al año
Meta 2027	1,020 personas capacitadas (Acumulado)
Fuente	Comisión Estatal de Atención a las Adicciones
Frecuencia de medición	Anual
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Secretaría de Salud Comisión Estatal de Atención a las Adicciones

Elemento	Características
Nombre del indicador	Porcentaje de tratamientos concluidos exitosamente en los centros de atención primaria en adicciones (CAPA).
Unidad de medida	Porcentaje
Fórmula	Resulta de la división del número de tratamientos concluidos exitosamente entre el número de tratamientos iniciados en el periodo de tratamiento establecido en los CAPA por 100
Línea base	2021: 20.40%
Meta anual	Aumentar 6.1%
Meta 2027	50.90% de tratamientos concluidos exitosamente
Fuente	Comisión Estatal de Atención a las Adicciones Centros de Atención Primaria en Adicciones.
Frecuencia de medición	Anual
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Secretaría de Salud Comisión Estatal de Atención a las Adicciones

Elemento	Características
Nombre del indicador	Número de internamientos por consumo de drogas atendidos en Centros Residenciales
Unidad de medida	Numero de internamientos anuales
Fórmula	Resulta de la sumatoria anual de los internamientos por los distintos tipos de drogas en los centros Residenciales del Estado de Chihuahua.
Línea base	2021: 5 mil 389
Meta anual	Aumentar 15% de la línea base (809) a partir del 2022
Meta 2027	Llegar a 9434 internamientos
Fuente	Numerador: Comisión Estatal de Atención a las Adicciones, SISVEA
Frecuencia de medición	Anual
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Secretaría de Salud Comisión Estatal de Atención a las Adicciones

Elemento	Características
Nombre del indicador	Mortalidad por suicidios
Unidad de medida	Tasa por cada 100 mil habitantes
Fórmula	Número de defunciones por suicidios en un año determinado en el mismo periodo, dividido entre la población, multiplicado por 100,000.
Línea base	2021: 12.77 por cada 100 mil habitantes
Meta anual	Reducir 0.30 suicidios por cada 100 mil habitantes al año a partir del 2022.
Meta 2027	11.27 por cada 100 mil habitantes
Fuente	Numerador: Bases de datos muertes por suicidio de la Fiscalía General del Estado. Unidad de Estadística Criminal. Denominador: Proyecciones de la población de CONAPO a mitad de año
Frecuencia de medición	Anual
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Secretaría de Salud Instituto Chihuahuense de Salud Mental

Objetivo 4. Fortalecer los servicios de salud para incrementar el acceso a la población, con énfasis en los grupos más vulnerables.

Elemento	Características
Nombre del indicador	Tasa de mortalidad infantil (TMI)
Unidad de medida	Tasa
Fórmula	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
Línea base	2021: 10.7 por cada mil niños menores de un año
Meta anual	Disminuir anualmente 0.1 defunciones por mil niños menores de un año
Meta 2027	2027: 9.9 por cada mil niños menores de un año
Fuente	Numerador: Sistema Epidemiológico y Estadístico de defunciones
Frecuencia de medición	Reporte Anual/seguimiento trimestral/supervisión semestral
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

Elemento	Características
Nombre del indicador	Razón de mortalidad materna (RMM)
Unidad de medida	Razón
Fórmula	Resulta 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, incidentales, accidentales, o con residencia en el extranjero.
Línea base	2020: 73.07 por cada 100 mil niños nacidos vivos (razón)
Meta anual	Disminuir anualmente 3 puntos en razón
Meta 2027	52.07 por cada 100 mil niños nacidos vivos (razón)
Fuente	Numerador: Bases de datos de mortalidad del INEGI Denominador: Proyecciones de CONAPO
Frecuencia de medición	Reporte Anual/ seguimiento mensual / supervisión semestral
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Subsecretaría de Salud

Elemento	Características
Nombre del indicador	Cobertura de protección en salud
Unidad de medida	Porcentaje
Fórmula	Número de personas que recibieron tarjeta de Salud/Total de personas atendidas por cien
Línea base	Cero
Meta anual	85% de la población atendida
Meta 2027	90% del incremento acumulado
Fuente	Expediente Clínico Electrónico
Frecuencia de medición	Anual
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Dirección Médica / Planeación, Evaluación y Desarrollo

Elemento	Características
Nombre del indicador	Porcentaje de avance de la meta anual proyectada consulta a distancia
Unidad de medida	Porcentaje
Fórmula	Total de teleconsultas realizadas/Teleconsultas proyectadas*100
Línea base	1,000 a partir del 2022
Meta anual	Incremento del 4% anual
Meta 2027	90% de la meta esperada
Fuente	Archivo histórico de la Secretaría de Salud. Coordinación Estatal de Telemedicina
Frecuencia de medición	Anual
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Dirección Médica/Coord. Telemedicina

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

Elemento	Características
Nombre del indicador	Porcentaje de Residentes Certificados
Unidad de medida	Porcentaje
Fórmula	Total de Residentes Egresados con Certificación dividido entre el total de Residentes egresados multiplicados por 100.
Línea base	86.84% de residentes egresados con certificación en el 2021
Meta anual	Un Incremento del 1.6% Anual.
Meta 2027	≥ Al 95% de Residentes egresados con certificación
Fuente	Registro de las Jefaturas de Enseñanza de los Hospitales Escuela de Servicios de Salud e ICHISAL del Estado de Chihuahua.
Frecuencia de medición	Anual
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Secretaría de Salud Dirección de Calidad y Enseñanza

Elemento	Características
Nombre del indicador	% Promedio del cumplimiento del Programa Nacional de Servicio Social fortalecido
Unidad de medida	Porcentaje
Fórmula	$\sum$ Porcentaje de cumplimiento del Programa nacional de Servicio Social Fortalecido dividido entre el total de Pasantes de Servicio Social
Línea base	El 11.11% Promedio del cumplimiento del programa Nacional del Servicio Social Fortalecido.
Meta anual	Incremento del 8% de manera Anual
Meta 2027	$\geq$ Al 50% de cumplimiento promedio del programa Nacional del Servicio Social fortalecido
Fuente	Subdirección de Enseñanza de los Servicios de Salud de Chihuahua
Frecuencia de medición	Anual
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Secretaría de Salud Dirección de Calidad y Enseñanza

Elemento	Características
Nombre del indicador	Consultas externas generales por mil habitantes
Unidad de medida	Razón
Fórmula	Se divide el total de consultas externas otorgadas en un año específico entre el total de población en el mismo periodo de tiempo, multiplicado por mil
Línea base	683 por cada mil habitantes
Meta anual	Incremento del 7%
Meta 2027	90% del incremento acumulado
Fuente	Subsistema de Prestación de Servicios (SIS)
Frecuencia de medición	Semestral
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Secretaría de Salud Dirección de Planeación, Evaluación y Desarrollo

Elemento	Características
Nombre del indicador	Incremento de consultorios a instalar a 2027
Unidad de medida	Número de consultorios y unidades móviles
Fórmula	Sumatoria de Consultorios instalados por año
Línea base	911
Meta anual	17
Meta 2027	996
Fuente	Subsistema de Información de equipamiento, Recurso Humano e Infraestructura para la salud
Frecuencia de medición	Semestral
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Secretaría de Salud Dirección de Planeación, Evaluación y Desarrollo

Elemento	Características
Nombre del indicador	Incremento de camas censables a instalar a 2027
Unidad de medida	Número de camas censables
Fórmula	Sumatoria de camas censables instaladas por año
Línea base	1,168
Meta anual	20 camas
Meta 2027	1,268 camas
Fuente	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud
Frecuencia de medición	Semestral
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Secretaría de Salud Dirección de Planeación, Evaluación y Desarrollo

Elemento	Características
Nombre del indicador	Estudios de laboratorio por mil habitantes
Unidad de medida	Tasa
Fórmula	Se divide el total de estudios de laboratorio realizados en un año específico entre el total de población en el mismo periodo de tiempo, multiplicado por mil
Línea base	2,936 por cada mil habitantes
Meta anual	Incremento del 3%
Meta 2027	90% del incremento acumulado
Fuente	Subsistema de Prestación de Servicios (SIS)
Frecuencia de medición	Semestral
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Secretaría de Salud Dirección de Planeación, Evaluación y Desarrollo

Elemento	Características
Nombre del indicador	Estudios de gabinete por mil habitantes
Unidad de medida	Tasa
Fórmula	Se divide el total de estudios de gabinete realizados en un año específico entre el total de población en el mismo periodo de tiempo, multiplicado por mil
Línea base	186 por cada mil habitante
Meta anual	Incremento del 7%
Meta 2027	90% del incremento acumulado
Fuente	Subsistema de Prestación de Servicios (SIS)
Frecuencia de medición	Semestral
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	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
Nombre del indicador	Porcentaje de alianzas estratégicas intersectoriales establecidas para mejorar la calidad de vida, identificación de riesgos y control de enfermedades.
Unidad de medida	Porcentaje
Fórmula	Número de alianzas estratégicas intersectoriales establecidas dentro de los acuerdos del Consejo Estatal de Salud, entre el número de alianzas programadas en el año por 100.
Línea base	2021: 14
Meta anual	7.14%
Meta 2027	Al menos el 80% de alianzas intersectoriales
Fuente	Consejo Estatal de Salud
Frecuencia de medición	Reporte anual / seguimiento semestral
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

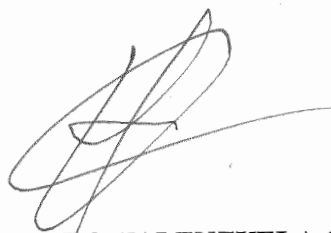
Elemento	Características
Nombre del indicador	Porcentaje de establecimientos, servicios y productos vigilados que cumplen con la normatividad.
Unidad de medida	Porcentaje
Fórmula	$\left(\frac{\text{Establecimientos revisados dentro de norma} + \text{servicios revisados dentro de norma} + \text{productos revisados de norma}}{\text{establecimientos, servicios y productos revisados}} \right) \times 100$
Línea base	93%
Meta anual	0.7%
Meta 2027	96.5%
Fuente	El indicador es calculado y alimentado a partir de información disponible en las bases de datos y reportes dentro de la COESPRIS. Acta de verificación de la COESPRIS que consta de 42 formatos, dependiendo de su giro.
Frecuencia de medición	mensual / anual
ODS	ODS 3 ODS 6
Área responsable del seguimiento o evaluación	Secretaría General, Coordinación General y Secretaría Técnica

Elemento	Características
Nombre del indicador	Porcentaje de incremento de donación de Órganos, Tejidos y Células con fines de trasplante.
Unidad de medida	Porcentaje
Fórmula	Número de Donaciones registradas el año actual dividido entre el número de Donaciones registradas del año anterior por cien.
Línea base	33 Donaciones (2021)
Meta anual	Incrementar un 10% de las Donaciones cada año
Meta 2027	49.5 Donaciones
Fuente	Sistema Informático de Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT)
Frecuencia de medición	Anual
ODS	ODS 3
Área responsable del seguimiento o evaluación	Secretaría de Salud Dirección de Planeación, Evaluación y Desarrollo

EL QUE SUSCRIBE, LIC. ALEJANDRO VALENZUELA CARPIO CON LA FACULTAD LEGAL PARA CERTIFICAR, SUBSECRETARIO TÉCNICO Y DE SEGUIMIENTO DE LA SECRETARÍA DE COORDINACIÓN DE GABINETE DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA, CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 12, DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA; Y ARTÍCULO 12, FRACCIÓN XI, DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE COORDINACIÓN DE GABINETE:-----

-----HAGO CONSTAR Y CERTIFICO-----
QUE EL PRESENTE DOCUMENTO CONSISTENTE EN CIENTO DOS FOJAS ÚTILES, ES COPIA FIEL, EXACTA Y COTEJADA CON EL DOCUMENTO ORIGINAL EL CUAL TUVE A LA VISTA Y OBRA EN LOS ARCHIVOS DE LA SECRETARÍA DE COORDINACIÓN DE GABINETE.-----

-----PARA LOS EFECTOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR, SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN, EN LA CIUDAD DE CHIHUAHUA, CHIHUAHUA A LOS 18 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE DOS MIL VEINTIDÓS.-----



LIC. ALEJANDRO VALENZUELA CARPIO
SUBSECRETARIO TÉCNICO Y DE SEGUIMIENTO DE LA
SECRETARÍA DE COORDINACIÓN DE GABINETE DEL
PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CHIHUAHUA



SECRETARÍA DE COORDINACIÓN DE GABINETE
CHIHUAHUA, CHIH.