



El
gigante
de México

Secretaría de
Planeación, Participación
y Desarrollo



PROGRAMA SECTORIAL SALUD 2050

Visión de largo plazo para
un sistema de salud equitativo,
resiliente y centrado en
las personas







RESUMEN EJECUTIVO

El Programa Sectorial de Salud de Largo Plazo establece la hoja de ruta para la transformación estructural del sistema de salud, con horizonte al año 2050, bajo un enfoque de cobertura efectiva, equidad territorial, sostenibilidad financiera, fortalecimiento del talento humano y adopción estratégica de tecnologías de la información. El documento articula el diagnóstico situacional y el análisis de problemas públicos con objetivos y estrategias de largo plazo, garantizando congruencia metodológica y trazabilidad a lo largo del ciclo de las políticas públicas.

El sistema de salud presenta desigualdades territoriales persistentes en la distribución de infraestructura, equipamiento y personal especializado, con una marcada concentración de servicios en la zona metropolitana y déficits relativos en periferias urbanas y localidades rurales. Esta configuración genera barreras de acceso geográfico, tiempos de traslado elevados y una utilización ineficiente de los servicios, reflejada en la saturación de hospitales de segundo y tercer nivel y en el uso excesivo de servicios de urgencias por padecimientos evitables.

Si bien la afiliación a servicios de salud es elevada, la cobertura efectiva se encuentra limitada por factores estructurales como tiempos de espera, disponibilidad de personal médico, fragmentación institucional y barreras económicas. En los últimos años se observa, además, un incremento de población sin derechohabencia, lo que incrementa la presión sobre los servicios estatales y eleva el riesgo de gasto de bolsillo y gasto catastrófico en los hogares, particularmente en los de menores ingresos.

La infraestructura hospitalaria resulta insuficiente frente a la demanda presente y futura. La disponibilidad de camas hospitalarias se sitúa por debajo de los parámetros internacionales de referencia, lo que compromete la capacidad de respuesta ante contingencias sanitarias y el manejo oportuno de enfermedades crónicas y de alta complejidad. A ello se suma un déficit de especialistas y una distribución inequitativa del personal de salud, con dificultades para atraer y retener talento en zonas de menor densidad poblacional.



En materia de gobernanza y desarrollo institucional, se identifican brechas en la coordinación interinstitucional entre los distintos subsistemas de salud, así como la ausencia de instrumentos consolidados de planeación multianual, evaluación de desempeño y gestión integral del talento humano. Los avances en salud digital y tecnologías de la información, si bien relevantes, se caracterizan por su fragmentación, baja interoperabilidad y limitada cobertura territorial.

Con base en el diagnóstico, el Programa se estructura en cinco ejes estratégicos de largo plazo:

- **Eje 1. Red Territorial de Salud Inteligente**, orientado a la conformación de nodos regionales, unidades móviles y mecanismos de priorización territorial basados en evidencia, que garanticen acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud.
- **Eje 2. Cobertura Universal Efectiva**, con énfasis en el fortalecimiento de la atención primaria de la salud (APS), la prevención y la reducción de hospitalizaciones y urgencias evitables.
- **Eje 3. Talento Humano Calificado y Retenido**, mediante esquemas de formación, incentivos, bienestar laboral y desarrollo profesional alineados a las necesidades presentes y futuras del sistema.
- **Eje 4. Infraestructura Sustentable y Descentralizada**, enfocada en la expansión y modernización de la capacidad instalada, la regionalización de servicios de alta especialidad y la adopción de criterios de sostenibilidad ambiental.
- **Eje 5. Tecnología Médica y Salud Digital**, orientado a la interoperabilidad de sistemas, la expansión de la telemedicina, el uso de analítica avanzada y la creación de un Centro Estatal de Datos en Salud.

Entre las metas indicativas de largo plazo se incluyen: garantizar que al menos el 85 % de la población se ubique a menos de 30 minutos de un punto efectivo de atención primaria; reducir entre 30 y 40 % las urgencias evitables; alcanzar una cobertura efectiva superior al 90 %; incrementar progresivamente la disponibilidad de camas hospitalarias conforme a metas intermedias 2030–2040–2050; disminuir el gasto catastrófico en salud a niveles inferiores al 1–2 % de los hogares, y lograr que la mayoría de las unidades hospitalarias cumplan con estándares de calidad y sostenibilidad.



El Programa se implementará de manera escalonada. En el periodo 2026–2030 se prioriza la fase de fundación, con la elaboración del Plan Maestro de Infraestructura 2050, la construcción del Mapa Sanitario territorial, el despliegue de pilotos de interoperabilidad digital y la creación de instrumentos financieros de protección y equidad. En el periodo 2031–2040 se contempla la consolidación de la red integrada de servicios, la ampliación de la atención primaria integral y la regionalización de servicios especializados. Finalmente, entre 2041 y 2050 se prevé la fase de transformación, con un sistema plenamente integrado, digitalmente interoperable y con capacidades predictivas.

El logro de los objetivos planteados está condicionado a la disponibilidad de financiamiento sostenible, a la capacidad de coordinación interinstitucional y a la gestión adecuada del cambio tecnológico. Resulta indispensable establecer mecanismos de financiamiento multianual, fortalecer la gobernanza sectorial y desarrollar capacidades institucionales para la implementación, monitoreo y evaluación del Programa.

Se recomienda aprobar de manera temprana el Plan Maestro de Infraestructura y la Matriz de Priorización Territorial de Inversión; implementar un Índice Estatal de Cobertura Efectiva que permita orientar decisiones basadas en evidencia; constituir un Fondo Estatal de Equidad Territorial con reglas claras de operación; y priorizar la inversión en interoperabilidad digital y gestión de datos en salud.



PRESENTACIÓN

La salud constituye un componente fundamental para el desarrollo integral del Estado de Aguascalientes. Su adecuada provisión, accesibilidad, calidad y sostenibilidad inciden directamente en el bienestar de la población, la productividad económica, la cohesión social y la resiliencia del territorio frente a riesgos sanitarios, sociales y ambientales. Un sistema de salud sólido no sólo atiende la enfermedad, sino que previene riesgos, reduce desigualdades y fortalece las capacidades humanas a lo largo del ciclo de vida.

En las últimas décadas, Aguascalientes ha experimentado transformaciones demográficas, epidemiológicas y territoriales que han modificado de manera sustantiva la demanda de servicios de salud. El crecimiento poblacional, el proceso de envejecimiento, la transición hacia enfermedades crónicas no transmisibles, la persistencia de rezagos en salud materno-infantil y la ocurrencia de emergencias sanitarias han incrementado la presión sobre la infraestructura, el personal y el financiamiento del sistema de salud. Estas dinámicas han puesto de manifiesto la necesidad de fortalecer la planeación de largo plazo, superar la fragmentación institucional y garantizar una cobertura efectiva y equitativa en todo el territorio.

El Programa Sectorial de Salud de Largo Plazo 2050 surge como el instrumento rector de planeación estratégica del sector salud, con el propósito de orientar las políticas públicas, programas e inversiones hacia un sistema de salud preventivo, integrado, resiliente y centrado en las personas. Su objetivo es asegurar que, en el largo plazo, la población tenga acceso real y oportuno a servicios de salud de calidad, independientemente de su condición socioeconómica o lugar de residencia, y que el sistema cuente con la capacidad institucional, financiera y tecnológica necesaria para responder a los retos futuros.

El Programa se formula en el marco del Consejo Sectorial de Salud, instancia técnica del Consejo Aguascalientes, órgano consultivo y propositivo del Ejecutivo Estatal en materia de planeación estratégica y evaluación de largo plazo. El Consejo Aguascalientes, creado conforme a la Ley de Planeación Estratégica para el Desarrollo Sustentable del Estado de Aguascalientes, tiene como finalidad promover una visión integral, participativa y de



continuidad en la definición de las políticas públicas estratégicas, asegurando que las decisiones de hoy respondan a los desafíos del futuro.

Dentro de esta estructura, el Consejo Sectorial de Salud funge como el espacio especializado de análisis, consulta y propuesta en materia sanitaria. Su función es articular a los actores clave del sistema estatal de salud, incluidos los sectores público, social y privado, así como a instituciones académicas y organismos especializados, con el fin de generar consensos técnicos, identificar prioridades estratégicas y dar seguimiento a la implementación del Programa Sectorial de Salud de Largo Plazo 2050.

El Programa se enmarca en la Visión Aguascalientes 2050, que orienta el desarrollo del estado hacia un modelo sostenible, inclusivo y competitivo, y se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, particularmente con el ODS 3 (Salud y bienestar), así como con aquellos relacionados con la reducción de desigualdades, el desarrollo de ciudades sostenibles y el fortalecimiento institucional. Esta alineación permite integrar la política de salud en una perspectiva de desarrollo integral y de corresponsabilidad intersectorial.

El proceso de formulación del Programa adopta un enfoque de planeación participativa e interinstitucional, apoyado en mecanismos de diálogo y coordinación que permiten incorporar evidencia técnica, experiencias territoriales y aportaciones de los distintos actores del sector. Este enfoque reconoce que los retos en salud son de naturaleza compleja y multifactorial, y que su atención requiere acciones coordinadas en ámbitos como la prevención, la atención médica, la infraestructura, el financiamiento, el talento humano, la innovación tecnológica y la gobernanza.

Asimismo, el Programa asume una perspectiva de largo plazo y adaptativa, consciente de que el entorno sanitario, social y tecnológico es dinámico. Por ello, se concibe como un instrumento flexible, sujeto a procesos sistemáticos de monitoreo y evaluación, que permitan ajustar estrategias y líneas de acción conforme evolucionen las condiciones y se generen nuevos conocimientos y capacidades.

De esta manera, el Programa Sectorial de Salud de Largo Plazo 2050 se configura como el instrumento rector para la conducción estratégica del sistema estatal de salud, encargado de

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

SALUD 2050



La salud es un derecho fundamental y un bien público estratégico que condiciona de manera directa el desarrollo humano, social y económico del Estado de Aguascalientes. Un sistema de salud accesible, oportuno y de calidad no sólo mejora la esperanza y calidad de vida de la población, sino que fortalece la productividad, reduce desigualdades sociales y territoriales, y contribuye a la estabilidad y cohesión social. En este sentido, la política pública en materia de salud requiere una visión de largo plazo que trascienda los periodos administrativos y permita anticipar, de manera sistemática, los retos estructurales que enfrentará el sistema en las próximas décadas.

El contexto actual del sector salud está marcado por transformaciones profundas y simultáneas. El proceso de transición demográfica se refleja en el envejecimiento progresivo de la población y en un cambio en la estructura por edades, lo que incrementa la demanda de servicios asociados a enfermedades crónicas, cuidados de largo plazo y atención geriátrica. De manera paralela, la transición epidemiológica ha desplazado el peso de la carga de enfermedad hacia padecimientos crónico-degenerativos, sin que hayan desaparecido completamente los riesgos asociados a enfermedades transmisibles, emergencias sanitarias y eventos epidémicos. Estas dinámicas generan una presión creciente sobre la infraestructura, el personal y el financiamiento del sistema de salud.

A lo anterior se suman las brechas territoriales en el acceso a los servicios, la fragmentación institucional del sistema de salud, la insuficiencia de infraestructura y equipamiento en determinadas zonas del estado, así como las limitaciones en la cobertura efectiva y en la calidad de la atención. La existencia de población sin derechohabiencia, el gasto de bolsillo elevado y el riesgo de gasto catastrófico en los hogares evidencian la persistencia de problemas públicos que requieren una intervención estructural y sostenida en el tiempo.

En este contexto, el Programa Sectorial de Salud de Largo Plazo 2050 se justifica como un instrumento indispensable para ordenar, priorizar y orientar la acción pública del sector salud bajo criterios de equidad, eficiencia y sostenibilidad. Su formulación responde a la necesidad de contar con un marco estratégico que permita vincular el diagnóstico de la situación actual con objetivos y estrategias de largo plazo, garantizando la congruencia entre los problemas identificados y las soluciones propuestas.



La introducción del enfoque de cobertura efectiva como eje rector del Programa responde a la evidencia de que la afiliación por sí sola no garantiza el acceso real a servicios de salud. Resulta necesario asegurar que la población pueda recibir atención oportuna, continua y de calidad, en condiciones que reduzcan las barreras geográficas, económicas, institucionales y culturales. Este enfoque orienta el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, la prevención y la promoción de estilos de vida saludables como pilares del sistema.

Asimismo, el Programa se justifica por la necesidad de incorporar una perspectiva territorial y de largo plazo en la planeación del sector. Las decisiones relativas a la localización de infraestructura, la formación y distribución del personal de salud, y la adopción de tecnologías médicas y digitales tienen efectos acumulativos y de largo alcance. Una planeación estratégica con horizonte al 2050 permite anticipar escenarios futuros, optimizar la asignación de recursos y reducir los costos sociales y económicos de decisiones improvisadas o de corto plazo.

Desde el punto de vista institucional, el Programa responde a la necesidad de fortalecer la gobernanza del sistema de salud mediante mecanismos de coordinación interinstitucional, participación de actores clave y evaluación sistemática de resultados. La complejidad de los problemas de salud pública exige esquemas de colaboración que articulen a los distintos subsistemas, órdenes de gobierno y sectores involucrados, bajo una visión compartida y con responsabilidades claramente definidas.

La justificación del Programa también se sustenta en la necesidad de alinear la política de salud con los instrumentos de planeación estratégica de largo plazo del estado, particularmente con la Visión Aguascalientes 2050, así como con los compromisos internacionales en materia de desarrollo sostenible. Esta alineación permite integrar la salud como un eje transversal del desarrollo, reconociendo su impacto en la reducción de desigualdades, la construcción de territorios sostenibles y el fortalecimiento del capital humano.

En suma, el Programa Sectorial de Salud de Largo Plazo 2050 se introduce y justifica como una respuesta estructural a los desafíos actuales y futuros del sector salud. Su propósito es sentar las bases para un sistema de salud más equitativo, eficiente, resiliente y centrado en las personas, capaz de garantizar el derecho a la salud y de contribuir de manera decisiva al desarrollo sostenible del Estado de Aguascalientes en las próximas décadas.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

SALUD 2050



El presente diagnóstico situacional constituye el núcleo analítico del Programa Sectorial de Salud de Largo Plazo 2050 y tiene como finalidad caracterizar, con base en la evidencia disponible, el estado actual del sector salud en Aguascalientes, así como las dinámicas estructurales que condicionan su desempeño presente y futuro. Este capítulo no se limita a una descripción estática de indicadores, sino que integra un análisis explicativo de los factores demográficos, epidemiológicos, territoriales, institucionales y financieros que configuran los principales problemas públicos del sector.

El propósito es establecer una base sólida y verificable que dé sustento a la identificación de problemáticas, a la definición de objetivos estratégicos y al diseño de estrategias y líneas de acción, garantizando coherencia interna y trazabilidad a lo largo del Programa.

El alcance del diagnóstico es sectorial, estatal y de largo plazo. Abarca el análisis del sistema de salud en su conjunto, incluyendo la atención primaria, hospitalaria y especializada, así como los componentes transversales de infraestructura, recursos humanos, financiamiento, gobernanza e innovación. Asimismo, incorpora una lectura diferenciada por territorio y grupos poblacionales, reconociendo que las condiciones de salud, el acceso a servicios y la capacidad institucional no son homogéneas en el estado.

El diagnóstico no pretende evaluar programas específicos ni medir resultados de corto plazo, sino identificar condiciones estructurales y tendencias que, de mantenerse sin intervención, pueden profundizar brechas existentes o generar nuevos riesgos para el bienestar de la población. En este sentido, se trata de un diagnóstico estratégico, orientado a la toma de decisiones de política pública con horizonte al año 2050.

El análisis adopta un enfoque territorial que reconoce al espacio como un determinante clave de la salud. La localización de la población, la distribución de la infraestructura, los tiempos de traslado, la disponibilidad de personal y las condiciones socioeconómicas locales influyen de manera directa en la cobertura efectiva y en la calidad de los servicios de salud. Por ello, el diagnóstico incorpora información desagregada por municipio y, cuando los datos lo permiten, identifica patrones de concentración, dispersión y desigualdad territorial.



De manera complementaria, el diagnóstico se inscribe en una perspectiva de largo plazo. Las tendencias demográficas, el envejecimiento poblacional, la transición epidemiológica y la evolución de la demanda de servicios de salud son procesos acumulativos cuyos efectos se intensifican con el tiempo. Analizarlos desde una lógica prospectiva permite anticipar presiones futuras sobre el sistema de salud y dimensionar la magnitud de los ajustes estructurales requeridos en infraestructura, recursos humanos y financiamiento.

El diagnóstico situacional se articula explícitamente con el ciclo de las políticas públicas, al constituir la etapa de problematización y comprensión del problema sobre la cual se construyen las fases posteriores de formulación, ejecución y evaluación. A partir del análisis de la situación actual, se identifican causas estructurales, efectos observables y riesgos asociados a la inacción o a intervenciones fragmentadas.

Esta lógica permite que los problemas públicos que emergen del diagnóstico sean los mismos que se abordan en el análisis de problemas, en los objetivos estratégicos y en las estrategias del Programa. De este modo, se evita la incorporación de acciones desvinculadas de la evidencia y se fortalece la coherencia entre el planteamiento del problema, las alternativas de solución y los mecanismos de evaluación.

El diagnóstico se encuentra alineado con la Visión Aguascalientes 2050, que concibe el desarrollo del estado desde una perspectiva integral, sostenible e incluyente. La salud se reconoce como un eje transversal de dicha visión, en tanto condición indispensable para el desarrollo humano, la reducción de desigualdades y la competitividad territorial.

Al identificar las brechas actuales en acceso, cobertura efectiva, calidad de la atención y capacidad institucional, el diagnóstico aporta insumos clave para orientar las decisiones estratégicas que permitan avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, resiliente y preparado para los desafíos del futuro. En este sentido, el diagnóstico no sólo describe la situación del sector, sino que establece el punto de partida para una política pública de salud coherente con los objetivos de largo plazo del estado y con la construcción de condiciones de bienestar sostenible para las generaciones presentes y futuras.



Este marco introductorio da paso al desarrollo detallado de los distintos componentes del diagnóstico situacional, a partir de los cuales se identificarán los problemas públicos prioritarios que estructuran el Programa Sectorial de Salud de Largo Plazo 2050.

4.1 Importancia estratégica del sector salud para el desarrollo estatal

El sector salud constituye uno de los pilares fundamentales del desarrollo integral del Estado de Aguascalientes. Su relevancia trasciende el ámbito estrictamente asistencial y se proyecta como un determinante clave del bienestar social, la productividad económica, la cohesión territorial y la sostenibilidad del desarrollo a largo plazo. La evidencia contenida en el diagnóstico sectorial permite identificar que las condiciones de salud de la población, así como la capacidad del sistema para responder de manera oportuna, equitativa y eficiente, inciden directamente en el desempeño de múltiples dimensiones del desarrollo estatal.

Desde una perspectiva estratégica, la salud no puede entenderse únicamente como un resultado de políticas sociales, sino como un insumo estructural para el crecimiento económico, la reducción de desigualdades y la construcción de capital humano. En este sentido, el fortalecimiento del sector salud es una condición necesaria para avanzar hacia los objetivos de desarrollo planteados en la Visión Aguascalientes 2050.

4.1.1. La salud como determinante del bienestar, la productividad y la cohesión social

La salud es un componente central del desarrollo humano, en tanto influye directamente en la esperanza de vida, la calidad de vida y la capacidad de las personas para desarrollar plenamente sus capacidades. El diagnóstico sectorial muestra que los perfiles de morbilidad y mortalidad, así como la prevalencia de enfermedades crónicas, tienen efectos acumulativos sobre el bienestar individual y colectivo, especialmente en grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad.



Las desigualdades en el acceso a servicios de salud, la atención oportuna y la continuidad de los tratamientos se traducen en brechas persistentes de bienestar entre territorios y grupos sociales. Estas brechas no sólo afectan los resultados en salud, sino que refuerzan ciclos de desventaja social que se manifiestan en menores niveles educativos, menor participación económica y mayor dependencia de servicios públicos.

El estado de salud de la población tiene una relación directa con la productividad laboral y la competitividad económica del estado. La carga de enfermedad, particularmente aquella asociada a padecimientos crónicos no transmisibles, genera pérdidas de productividad derivadas del ausentismo laboral, la incapacidad temporal o permanente y el retiro prematuro del mercado de trabajo.

Asimismo, la disponibilidad de servicios de salud de calidad constituye un factor relevante para la atracción y retención de inversión y talento. Un sistema de salud con cobertura efectiva, infraestructura adecuada y personal suficiente contribuye a crear un entorno favorable para la actividad económica y el desarrollo de sectores intensivos en capital humano. En contraste, las deficiencias estructurales del sistema pueden convertirse en un factor de riesgo para la competitividad territorial.

La exclusión en salud genera impactos sociales que van más allá del ámbito sanitario. La falta de acceso efectivo a servicios de salud incrementa la vulnerabilidad económica de los hogares, particularmente cuando se recurre al gasto de bolsillo para atender enfermedades o emergencias médicas. Este fenómeno puede derivar en empobrecimiento, endeudamiento y profundización de las desigualdades sociales.

El diagnóstico sectorial identifica que la exclusión en salud tiende a concentrarse en determinados territorios y grupos poblacionales, lo que debilita la cohesión social y erosiona la confianza en las instituciones públicas. Estas dinámicas representan un riesgo para la estabilidad social y subrayan la necesidad de abordar la salud como un derecho y como un componente central de la política de desarrollo social del estado.



4.1.2. El sector salud como sistema estratégico de largo plazo

El fortalecimiento del sistema de salud genera externalidades positivas que benefician al conjunto de la sociedad. Entre ellas se encuentran la reducción de la mortalidad prematura, el incremento de la productividad, la disminución de costos sociales asociados a la enfermedad y la mejora en los niveles generales de bienestar. Estas externalidades justifican la intervención del Estado y la adopción de una visión de largo plazo en la planeación del sector.

Adicionalmente, un sistema de salud sólido contribuye a la resiliencia social frente a riesgos sanitarios, emergencias epidemiológicas y eventos extraordinarios, al contar con capacidades institucionales y operativas que permiten una respuesta coordinada y efectiva.

La ausencia de una planeación estratégica de largo plazo en el sector salud conlleva riesgos sistémicos significativos. El crecimiento demográfico, el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica incrementan de manera sostenida la demanda de servicios, lo que puede rebasar la capacidad instalada si no se realizan inversiones oportunas y adecuadamente orientadas.

El diagnóstico evidencia que las decisiones de corto plazo, la fragmentación institucional y la falta de coordinación intersectorial tienden a generar ineficiencias, duplicidades y brechas territoriales. Estos riesgos se amplifican en contextos de restricción presupuestaria y pueden comprometer la sostenibilidad financiera y operativa del sistema de salud en el largo plazo.

Desde una perspectiva estratégica, el gasto en salud debe entenderse como una inversión pública con retornos sociales y económicos de largo plazo. La prevención de enfermedades, la atención oportuna y la promoción de estilos de vida saludables reducen costos futuros asociados a la atención de padecimientos complejos y de alto costo, al tiempo que fortalecen el capital humano del estado.

El análisis sectorial permite sustentar que invertir en salud contribuye a mejorar la eficiencia del gasto público en otros sectores, al disminuir la presión sobre los sistemas de protección social y aumentar la capacidad productiva de la población. En este sentido, el sector salud se configura como un sistema estratégico cuya planeación y fortalecimiento son indispensables



para garantizar un desarrollo estatal sostenible, equitativo y competitivo al horizonte del año 2050.

Este reconocimiento de la importancia estratégica del sector salud establece el marco conceptual para el análisis detallado de las condiciones demográficas, epidemiológicas, territoriales e institucionales que se desarrollan en los apartados subsecuentes del diagnóstico situacional.

4.2. Contexto demográfico y transición poblacional

El contexto demográfico del Estado de Aguascalientes constituye un factor estructural para comprender la evolución presente y futura de la demanda de servicios de salud. Las tendencias observadas en el crecimiento poblacional, la distribución territorial de la población y los cambios en la estructura por edad configuran un escenario de transición poblacional que incide directamente en los patrones de morbilidad, en la utilización de los servicios y en los requerimientos de infraestructura, personal y financiamiento del sistema de salud. El análisis demográfico permite, por tanto, anticipar presiones estructurales y orientar la planeación del sector desde una perspectiva de largo plazo.

4.2.1. Dinámica poblacional del Estado de Aguascalientes

Durante las últimas décadas, Aguascalientes ha registrado un crecimiento poblacional sostenido, resultado tanto del crecimiento natural como de flujos migratorios asociados al dinamismo económico del estado. Este proceso ha incrementado de manera progresiva el número de habitantes que demandan servicios de salud, ampliando la base poblacional que debe ser atendida por el sistema en sus distintos niveles.

El crecimiento poblacional no sólo implica un aumento cuantitativo en la demanda de servicios, sino también una mayor complejidad en la planeación, al requerir una expansión



ordenada y anticipada de la infraestructura, del personal de salud y de los servicios preventivos y curativos.

La población del estado presenta una distribución territorial desigual, con una alta concentración en el municipio de Aguascalientes y su zona conurbada. Esta concentración urbana condiciona la localización de la infraestructura de salud y la asignación de recursos humanos, favoreciendo a las zonas de mayor densidad poblacional.

En contraste, los municipios con menor población enfrentan desafíos derivados de la dispersión territorial, tales como mayores tiempos de traslado, menor disponibilidad de servicios especializados y una mayor dependencia de unidades ubicadas fuera de su ámbito inmediato. Estas diferencias territoriales inciden en la equidad del acceso a los servicios de salud y en la continuidad de la atención.

El proceso de urbanización ha modificado de manera significativa la estructura territorial del estado, concentrando la población en áreas urbanas y periurbanas. Este fenómeno incrementa la demanda de servicios de salud en las zonas urbanas, particularmente en el primer y segundo nivel de atención, y requiere una planeación cuidadosa para evitar la saturación de las unidades existentes.

Al mismo tiempo, la población que habita en localidades rurales y de baja densidad enfrenta condiciones diferenciadas de acceso a los servicios de salud. La dispersión geográfica dificulta la provisión continua de servicios, especialmente aquellos que requieren atención especializada o seguimiento permanente, lo que obliga a considerar esquemas de atención diferenciados y soluciones territoriales específicas.

4.2.2. Estructura por edad y proceso de envejecimiento

La estructura por edad de la población de Aguascalientes evidencia un proceso de transición demográfica caracterizado por la reducción relativa de los grupos de menor edad y el crecimiento progresivo de la población adulta y adulta mayor. El análisis por grupos quinquenales muestra un desplazamiento gradual de la pirámide poblacional hacia edades más avanzadas, reflejando cambios sostenidos en la fecundidad y la esperanza de vida.



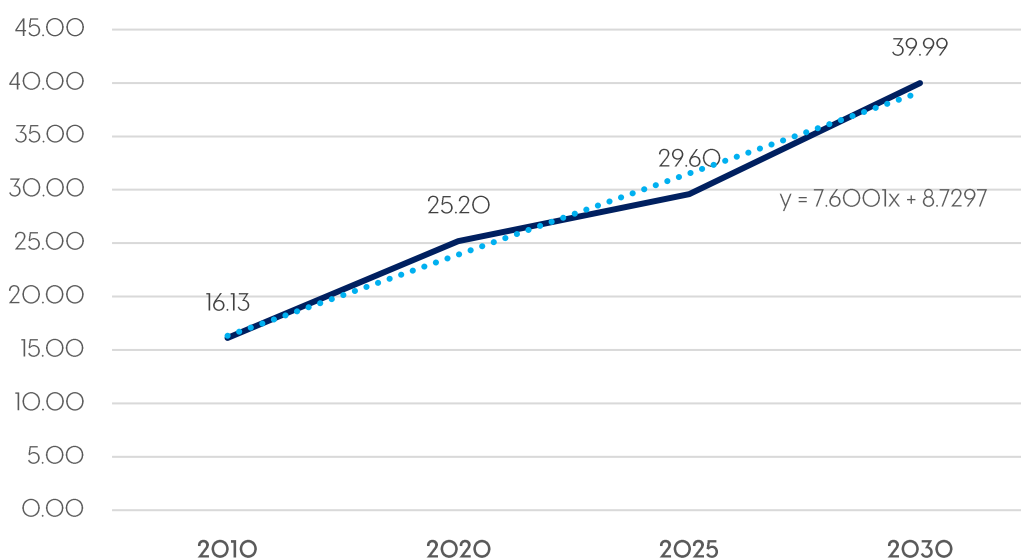
Este cambio en la estructura etaria tiene efectos directos sobre el tipo de servicios de salud demandados, así como sobre la duración y complejidad de los tratamientos requeridos.

El aumento en la proporción de personas adultas y adultas mayores se traduce en una mayor demanda de servicios asociados al control y manejo de enfermedades crónicas, a la atención especializada y a los servicios de rehabilitación. A diferencia de la atención a padecimientos agudos, estos servicios suelen requerir seguimiento continuo, coordinación entre niveles de atención y un uso intensivo de recursos humanos y tecnológicos.

Este escenario implica la necesidad de ajustar los modelos de atención, fortaleciendo la prevención, la detección oportuna y el manejo integral de enfermedades a lo largo del curso de vida, con especial énfasis en la atención primaria y en la continuidad de la atención.

El proceso de envejecimiento poblacional incrementa la demanda de servicios de atención crónica, geriátrica y de cuidados de largo plazo, incluyendo la atención domiciliaria, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Estos servicios requieren capacidades específicas del sistema de salud, tanto en términos de infraestructura como de personal capacitado y esquemas de coordinación con el ámbito social.

GRÁFICA 1. Estado de Aguascalientes: índice de envejecimiento



Fuente: elaboración propia con información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Censo de Población 2010 y 2020; CONAPO, Proyecciones de la población de México 2025 y 2030



La actual configuración del sistema de salud enfrenta limitaciones para responder de manera integral a estas necesidades emergentes, particularmente en lo que respecta a la cobertura de servicios especializados y a la disponibilidad de modelos de atención centrados en las personas adultas mayores. Estas condiciones demográficas constituyen un reto estructural para la sostenibilidad del sistema de salud en el largo plazo y refuerzan la necesidad de una planeación estratégica con horizonte al año 2050.

El análisis del contexto demográfico y de la transición poblacional permite establecer una base sólida para comprender las transformaciones en la demanda de servicios de salud y para orientar la definición de problemas públicos y estrategias sectoriales en los siguientes apartados del diagnóstico situacional.

4.3. Perfil epidemiológico y carga de enfermedad

El perfil epidemiológico del Estado de Aguascalientes refleja un proceso avanzado de transición epidemiológica, caracterizado por la coexistencia de enfermedades crónicas no transmisibles con padecimientos transmisibles persistentes y la aparición de riesgos emergentes asociados a cambios demográficos, ambientales y sociales. Este patrón mixto incrementa la complejidad del sistema de salud, al exigir respuestas simultáneas de prevención, atención curativa, vigilancia epidemiológica y gestión de riesgos sanitarios, bajo un enfoque integral y de largo plazo.

El análisis de la carga de enfermedad permite identificar los principales problemas de salud que afectan a la población, así como su distribución por edad, sexo y territorio, proporcionando los elementos necesarios para orientar la priorización de objetivos, estrategias y recursos del Programa Sectorial de Salud 2050.



4.3.1. Transición epidemiológica

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen actualmente la principal carga de enfermedad en el estado. Padecimientos como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, la obesidad y algunos tipos de cáncer concentran una proporción significativa de la morbilidad y mortalidad, especialmente en la población adulta y adulta mayor.

Este predominio está estrechamente vinculado a factores de riesgo asociados a estilos de vida, como el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el consumo de tabaco y alcohol, así como a determinantes sociales que influyen en el acceso a información, servicios preventivos y atención oportuna. La naturaleza crónica de estos padecimientos implica una demanda sostenida de servicios médicos, farmacológicos y de seguimiento, con efectos acumulativos sobre los costos y la capacidad operativa del sistema de salud.

A pesar del avance de la transición epidemiológica, las enfermedades transmisibles continúan presentes en el estado, particularmente aquellas relacionadas con infecciones respiratorias, enfermedades gastrointestinales y padecimientos prevenibles por vacunación. Su incidencia se asocia de manera diferencial a condiciones socioeconómicas, ambientales y de acceso a servicios básicos, como agua potable y saneamiento.

La persistencia de estos padecimientos exige mantener y fortalecer las acciones de salud pública, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud, a fin de evitar rebrotes, reducir la transmisión comunitaria y proteger a los grupos poblacionales más vulnerables, como niñas, niños, personas adultas mayores y personas con enfermedades crónicas.

El perfil epidemiológico del estado también incorpora riesgos emergentes derivados de la globalización, la movilidad poblacional, el cambio climático y la urbanización acelerada. Estos factores incrementan la probabilidad de eventos sanitarios extraordinarios, como brotes epidémicos, emergencias por enfermedades emergentes o reemergentes y afectaciones a la salud asociadas a fenómenos ambientales extremos.

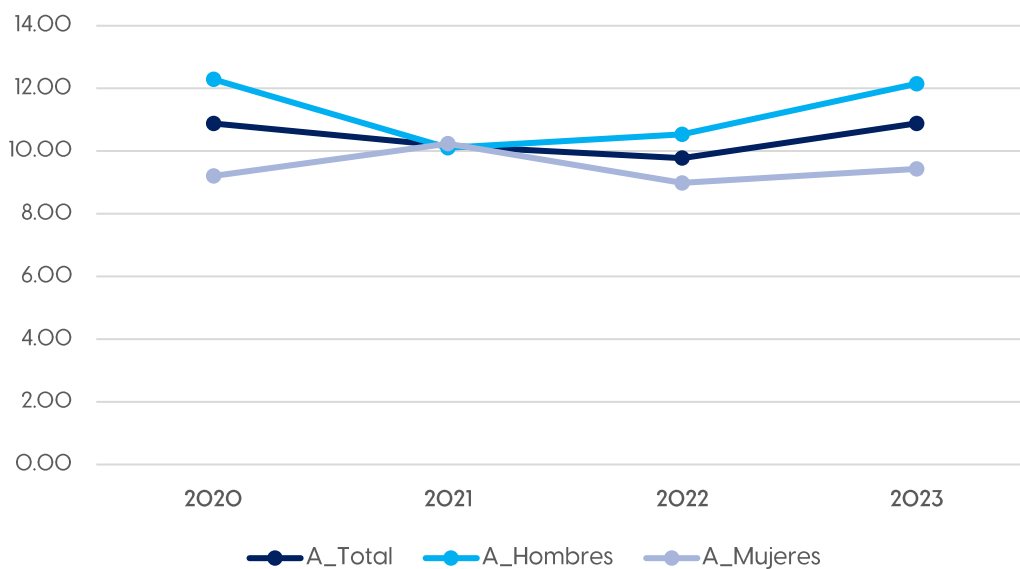


La gestión de estos riesgos requiere capacidades institucionales robustas en materia de preparación, respuesta y resiliencia del sistema de salud, así como mecanismos de coordinación intersectorial que permitan atender de manera oportuna y eficaz situaciones de alta incertidumbre e impacto sanitario.

4.3.2. Principales causas de morbilidad y mortalidad

La distribución de las principales causas de morbilidad y mortalidad presenta diferencias significativas según grupos de edad y sexo. En la población infantil y adolescente predominan las enfermedades infecciosas, los padecimientos respiratorios y algunos accidentes, mientras que en la población adulta adquieren mayor relevancia las enfermedades crónicas no transmisibles y las lesiones por causas externas.

GRÁFICA 2. Estado de Aguascalientes, Tasa de Mortalidad Infantil 2020-2023



Fuente: elaboración propia con información del INEGI, Estadísticas de Natalidad y de Mortalidad 2020-2023 respectivamente



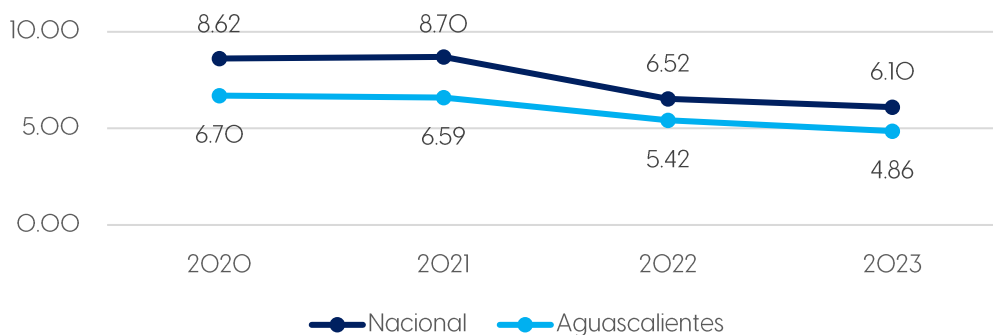
TABLA 1. Tasa de mortalidad infantil 2020-2023

AÑO	NACIONAL			ESTADO DE AGUASCALIENTES		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
2020	13.21	14.52	11.74	10.88	12.29	9.20
2021	12.14	13.31	10.81	10.17	10.11	10.24
2022	12.64	13.78	11.37	9.78	10.53	8.99
2023	13.03	14.34	11.57	10.89	12.15	9.43

Fuente: elaboración propia con información del INEGI, Estadísticas de Natalidad y de Mortalidad 2020-2023 respectivamente.

En la población adulta mayor, la carga de enfermedad se concentra en padecimientos crónicos degenerativos y en condiciones asociadas a la pérdida de funcionalidad, lo que incrementa la necesidad de atención continua, rehabilitación y cuidados de largo plazo. Estas diferencias etarias y de género requieren enfoques diferenciados de prevención, atención y promoción de la salud.

GRÁFICA 3. Estado de Aguascalientes: Tasa global de mortalidad por cada 1,000 habitantes 2020-2023



FUENTE: elaboración propia con información del INEGI, estadísticas de defunciones registradas y Censo de Población y vivienda 2010-2020; CONAPO, proyecciones de población 2020-2070.



TABLA 2. Mortalidad total por género 2018-2023

AÑO	MUJERES	HOMBRES	ISM
2023	3,247	4,095	126.1
2022	3,612	4,469	123.7
2021	4,255	5,457	128.2
2020	3,968	5,578	140.6
2019	3,033	3,732	123.0
2018	2,792	3,433	123.0

Fuente: elaboración propia con información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2015-2023. ISM: Índice de sobremortalidad masculina (defunciones masculinas por cada 100 femeninas).

Una proporción relevante de las principales causas de enfermedad y muerte en el estado corresponde a padecimientos prevenibles o evitables mediante acciones oportunas de promoción de la salud, prevención primaria, detección temprana y atención adecuada. Entre ellas se encuentran enfermedades asociadas a factores de riesgo modificables, así como aquellas susceptibles de control mediante esquemas de vacunación y seguimiento médico regular.

TABLA 3. Estado de Aguascalientes: principales causas de muerte en hombres (2020 y 2023)

CAUSAS	DEFUNCIONES		PREVALENCIA 2023 (P23)	RANKING P23	TC ANUAL 20-23
	2020	2023			
Las demás causas	686	790	19.29		4.82
Enfermedades del corazón	773	790	19.29	1	0.73
Tumores malignos	486	455	11.11	2	-2.17
Diabetes mellitus	455	385	9.4	3	-5.42
Accidentes	298	357	8.72	4	6.21
De tráfico de vehículos de motor	166	207	5.05	5	7.64
Enfermedades del hígado	183	193	4.71	6	1.79
Influenza y neumonía	315	177	4.32	7	-17.48
Enfermedades cerebrovasculares	136	157	3.83	8	4.9
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	157	108	2.64	9	-11.72
Agresiones	92	103	2.52	10	3.84
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	154	102	2.49	11	-12.83
Enfermedad alcohólica del hígado	101	92	2.25	12	-3.06
Insuficiencia renal	63	87	2.12	13	11.36
De la próstata	101	69	1.68	14	-11.93
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	74	60	1.47	15	-6.75
De la tráquea, de los bronquios y del pulmón	53	53	1.29	16	0
COVID 19	NA	49	1.2	17	NA
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	50	48	1.17	18	-1.35
Síndrome de dependencia del alcohol	46	45	1.1	19	-0.73
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	57	40	0.98	20	-11.14



CAUSAS	DEFUNCIONES		PREVALENCIA 2023 (P23)	RANKING P23	TC ANUAL 20-23
	2020	2023			
Septicemia	30	40	0.98	21	10.06
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	10	33	0.81	22	48.88
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	22	26	0.63	23	5.73
Paro cardíaco	0	0	0	24	

NOTA: Los criterios para la selección de las 20 principales causas de muerte consideran la Lista Mexicana de Enfermedades y comprende por lo menos el 80% del total de defunciones registradas. Se excluyen los grupos de causas insuficientemente especificadas. El total no corresponde a la suma de ambos sexos, ya que incluye sexo no especificado.

FUENTE: elaboración propia con información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2020 y 2023.

TABLA 4. Estado de Aguascalientes: principales causas de muerte en mujeres (2020 y 2023)

CAUSAS	DEFUNCIONES		DEFUNCIONES	RANKING P23	TC ANUAL 20-23
	2020	2020			
Las demás causas	566	699	21.53		7.29
Enfermedades del corazón	595	585	18.02	1	-0.56
Tumores malignos	431	527	16.23	2	6.93
Diabetes mellitus	421	360	11.09	3	-5.08
Enfermedades cerebrovasculares	169	166	5.11	4	-0.6
Influenza y neumonía	227	140	4.31	5	-14.88
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	130	134	4.13	6	1.02
Accidentes	127	114	3.51	7	-3.54
De la mama	87	86	2.65	8	-0.38
Enfermedades del hígado	63	60	1.85	9	-1.61
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	71	56	1.72	10	-7.61
Insuficiencia renal	47	55	1.69	11	5.38
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	27	46	1.42	12	19.43
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	39	44	1.36	13	4.1
De tráfico de vehículos de motor	38	41	1.26	14	2.57
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	24	41	1.26	15	19.54
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	46	34	1.05	16	-9.59
Septicemia	25	34	1.05	17	10.79
Demencia	25	28	0.86	18	3.85
COVID 19	860	24	0.74	19	-69.67
Anemias	18	22	0.68	20	6.92
Enfermedad de Alzheimer	21	22	0.68	21	1.56
Enfermedad alcohólica del hígado	5	7	0.22	22	11.87
Paro cardíaco	0	0	0	23	

NOTA: Los criterios para la selección de las 20 principales causas de muerte consideran la Lista Mexicana de Enfermedades y comprende por lo menos el 80% del total de defunciones registradas. Se excluyen los grupos de causas insuficientemente especificadas.

b El total no corresponde a la suma de ambos sexos, ya que incluye sexo no especificado.

FUENTE: elaboración propia con información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2020 y 2023.



La persistencia de estas causas refleja brechas en el acceso efectivo a los servicios de salud, en la cobertura de programas preventivos y en la adherencia a tratamientos, lo que subraya la necesidad de fortalecer la atención primaria y los modelos de prevención a lo largo del curso de vida.

El análisis de las tendencias epidemiológicas muestra un incremento sostenido en la prevalencia y mortalidad asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles, así como una estabilidad relativa en algunas enfermedades transmisibles, con variaciones estacionales y territoriales. Estas tendencias evidencian una carga creciente para el sistema de salud, tanto en términos de demanda de servicios como de presión financiera y operativa.

Asimismo, se observan patrones que apuntan a una mayor complejidad de los perfiles de enfermedad, con coexistencia de múltiples padecimientos en una misma persona, lo que demanda modelos de atención integrales, coordinados y centrados en las personas.

El perfil epidemiológico y la carga de enfermedad constituyen un eje central del diagnóstico situacional, al definir con claridad los problemas públicos en materia de salud que deberán ser atendidos mediante los objetivos estratégicos, las estrategias de largo plazo y los indicadores de evaluación y seguimiento del Programa Sectorial de Salud 2050.

4.4 Condiciones de acceso y cobertura efectiva de los servicios de salud

El acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud constituye uno de los componentes centrales del desempeño del sistema sanitario estatal. La Organización Mundial de la Salud define la cobertura sanitaria universal como la condición en la que todas las personas pueden acceder a los servicios de salud que necesitan, en el momento y lugar adecuados, sin enfrentar dificultades financieras.



En este mismo sentido, la Organización Panamericana de la Salud enfatiza que la cobertura universal no se limita a la afiliación administrativa, sino que requiere acceso efectivo, oportuno y de calidad.

Bajo este enfoque, el análisis de la cobertura en Aguascalientes se aborda desde una perspectiva integral que considera la afiliación, la utilización real de los servicios, las barreras de acceso y los patrones de uso del sistema. Este enfoque permite identificar brechas entre la cobertura nominal y la cobertura efectiva, así como sus implicaciones para la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema de salud estatal.

4.4.1. Afiliación, derechohabiencia y población sin cobertura

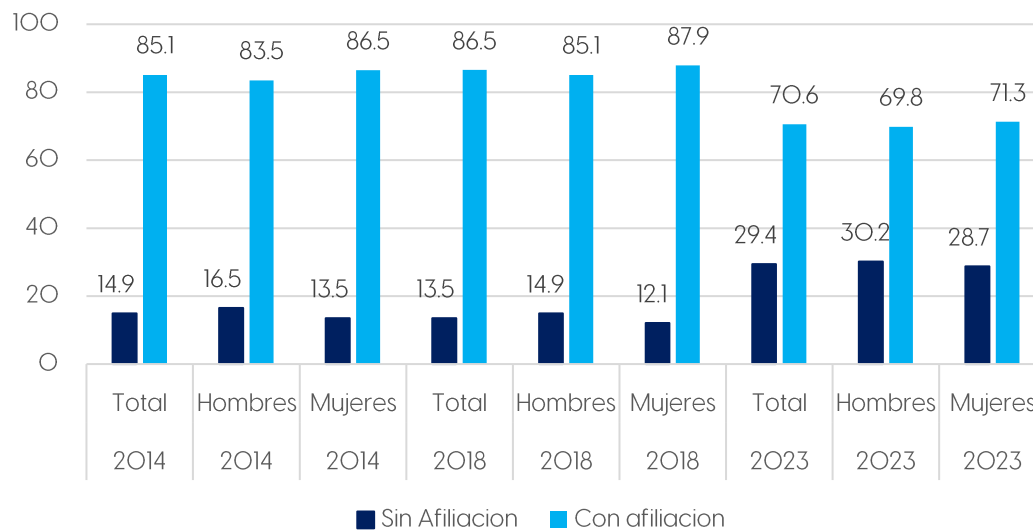
De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2023, en el Estado de Aguascalientes el 70.6 % de la población se encontraba afiliada a alguna institución de salud, pública o privada, mientras que el 29.4 % no contaba con afiliación a ningún esquema de aseguramiento. La afiliación presenta diferencias moderadas por sexo: el 71.3 % de las mujeres se encontraba afiliada, frente al 69.8 % de los hombres.

La estructura institucional de la afiliación muestra un claro predominio del sector público. El Instituto Mexicano del Seguro Social concentra el mayor porcentaje de afiliación (79 %), seguido del ISSSTE (8.5 %), el INSABI (7.8 %), otras instituciones (6.8 %), centros de salud, hospitales u otros institutos de salud del gobierno estatal (5.6 %) y, en menor medida, IMSS-Bienestar (0.3 %).

Se observan diferencias por sexo en la afiliación institucional: las mujeres presentan una mayor proporción en ISSSTE, INSABI y servicios estatales, mientras que los hombres concentran mayores niveles de afiliación en el IMSS y en otras instituciones



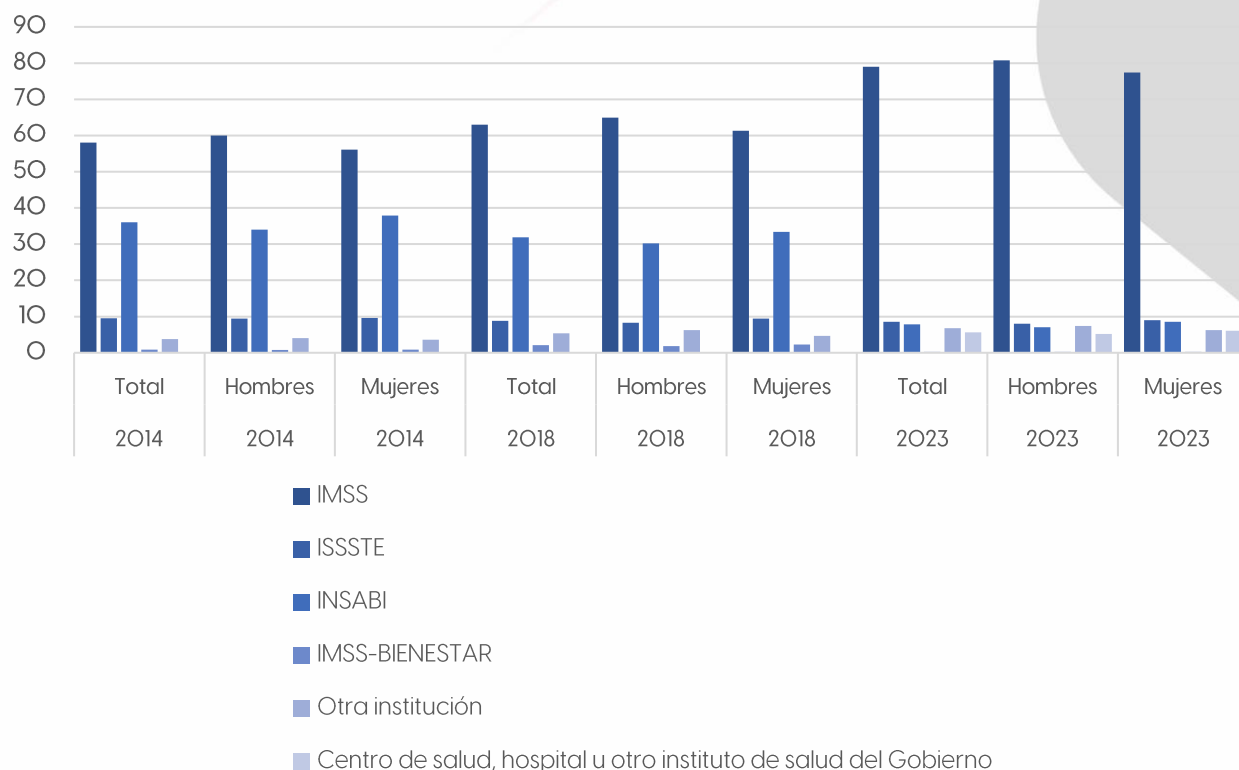
GRÁFICA 4. Estado de Aguascalientes. Porcentaje de población según condición de afiliación a servicios de salud.



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENADID 2014- 2023.

La afiliación a servicios de salud ha experimentado una reducción significativa en los últimos años. Entre 2018 y 2023, el porcentaje de población afiliada pasó de 86.5 % a 70.6 %, lo que representa una disminución de 15.9 puntos porcentuales. De forma paralela, la población sin afiliación se incrementó en la misma magnitud, al pasar de 13.5 % a 29.4 %.

GRÁFICA 5. Estado de Aguascalientes. Afiliación a servicios de salud por institución (%)



FUENTE: Elaboración propia con información de la ENADID, 2014- 2023.

Esta evolución refleja cambios estructurales en los esquemas de aseguramiento y en las condiciones del mercado laboral, particularmente en la formalidad del empleo. La disminución de la afiliación plantea retos relevantes para la planeación del sistema estatal de salud, al incrementar la presión sobre los servicios dirigidos a población sin seguridad social.

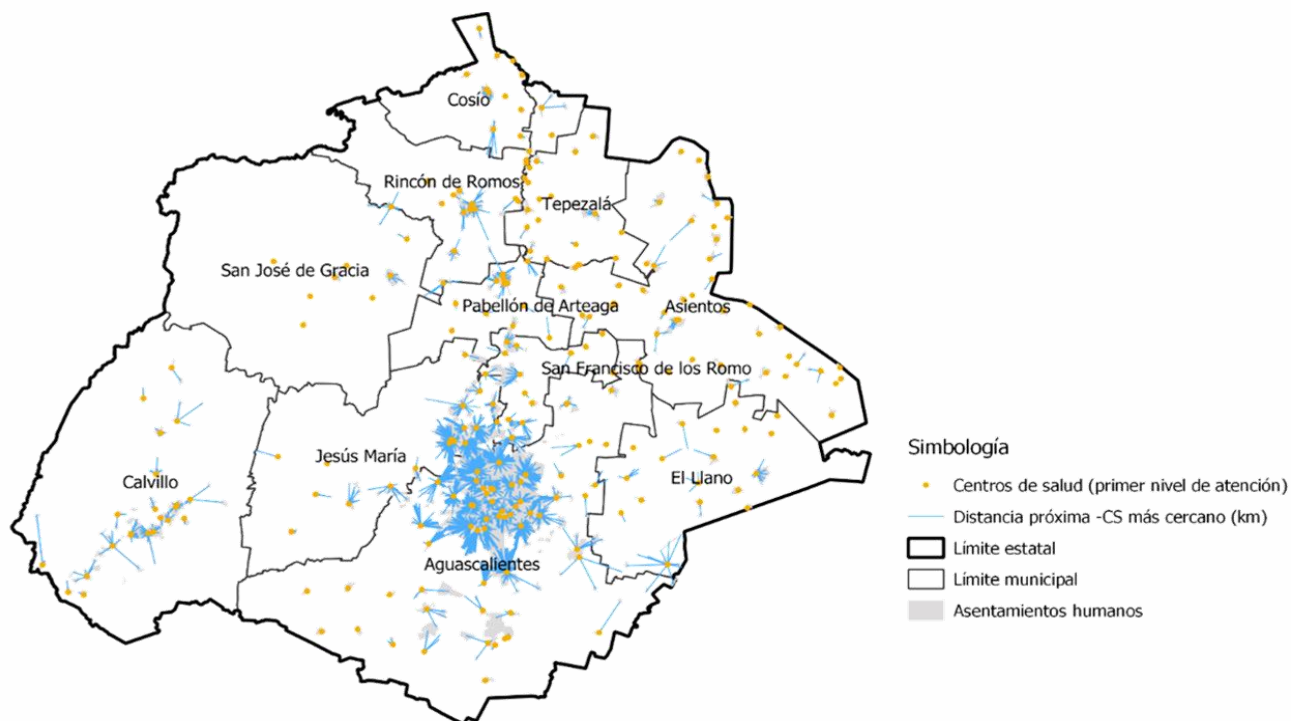
Las diferencias en afiliación y derechohabencia tienen efectos directos sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud. La pertenencia a distintos esquemas institucionales se traduce en variaciones en tiempos de espera, continuidad de la atención, acceso a especialidades y disponibilidad de medicamentos.

La persistencia de una proporción elevada de población sin afiliación evidencia la necesidad de fortalecer la articulación entre política de salud y política laboral, particularmente en lo relativo a la generación de empleo formal con prestaciones sociales.

4.4.2. Cobertura efectiva y barreras de acceso

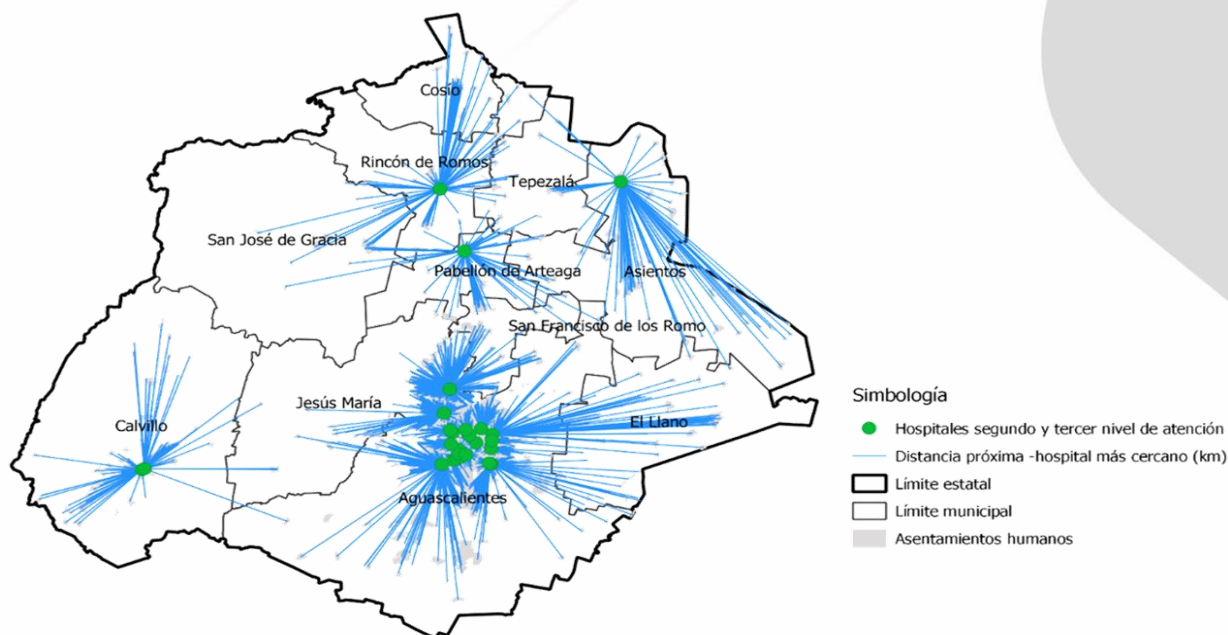
A pesar de que Aguascalientes presenta una alta concentración de infraestructura de salud en zonas urbanas, persisten barreras geográficas que afectan el acceso efectivo, especialmente en localidades rurales y áreas periféricas. La distancia a las unidades de atención, la disponibilidad de transporte y la conectividad territorial influyen en la oportunidad de la atención, particularmente para servicios de primer y segundo nivel.

MAPA 1. Distancia próxima a centros de salud de primer nivel de atención, 2024



FUENTE: elaboración propia con información del Maro Geoestadístico, (INEGI, 2024)

MAPA 2. Distancia próxima a hospitales públicos de segundo y tercer nivel de atención, 2024



FUENTE: elaboración propia con información del Maro Geoestadístico, (INEGI, 2024)

Las barreras institucionales se manifiestan en la saturación de unidades, los tiempos prolongados para la asignación de citas y las limitaciones en los procesos de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención. Estas condiciones afectan la continuidad del cuidado y reducen la efectividad de los servicios, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas.

Resultados de la ENSANUT Continua 2023 a nivel nacional muestran que los principales motivos para no atenderse en el lugar de derechohabencia se asocian al acceso (75 %) y a la calidad de la atención (24 %). Entre los motivos de acceso destacan la lejanía de las unidades, los tiempos prolongados para obtener citas y la incompatibilidad de horarios; mientras que, en términos de calidad, se identifican inconformidad con la atención, largos tiempos de espera y desconfianza en el diagnóstico o tratamiento.

Las barreras económicas y sociales continúan siendo un factor relevante, particularmente para hogares de menores ingresos y personas en condiciones de informalidad laboral. Los costos indirectos de la atención, como transporte, pérdida de ingresos y compra de



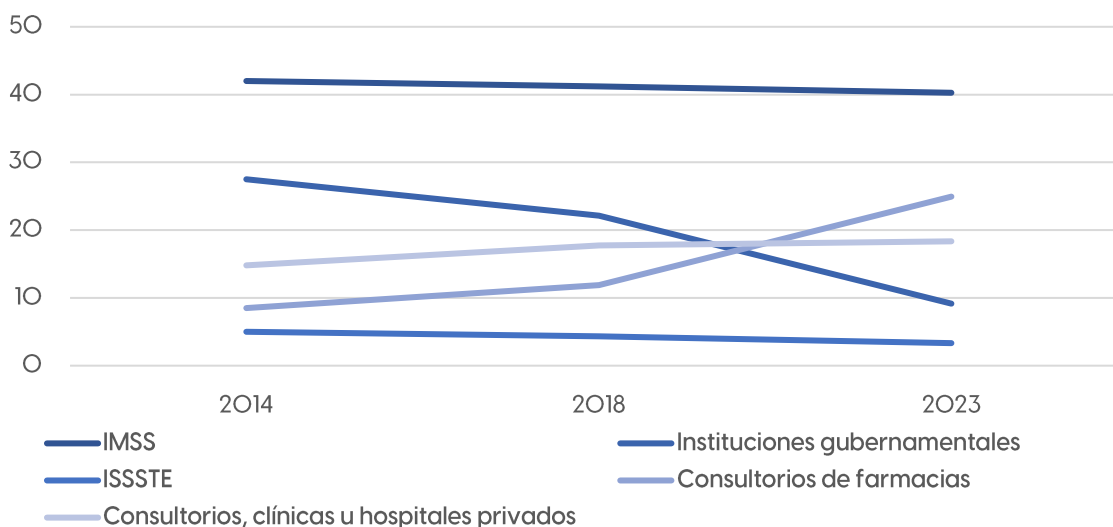
medicamentos, limitan el uso efectivo de los servicios, incluso entre población afiliada. Factores socioculturales, como el nivel educativo y la percepción de la calidad de los servicios, también influyen en la decisión de búsqueda de atención.

4.4.3. Uso de servicios y presión sobre el sistema

La utilización de servicios de salud muestra que la población no necesariamente acude a las instituciones donde se encuentra afiliada. De acuerdo con la ENADID 2023, los principales lugares de atención en Aguascalientes son el IMSS (40.3 %), los consultorios de farmacias (24.9 %), los consultorios, clínicas u hospitales privados (18.3 %) y los centros de salud u hospitales del gobierno (9.2 %). El ISSSTE representa sólo el 3.3 % de las atenciones.

El análisis temporal evidencia una disminución en la asistencia a instituciones gubernamentales y al ISSSTE, así como un incremento sostenido en la atención en consultorios de farmacias y en el sector privado, lo que sugiere cambios en los patrones de utilización del sistema de salud.

GRAFICA 5. Estado de Aguascalientes. Asistencia de la población a lugares para atención en salud.



FUENTE: Elaboración propia con información de ENADID 2014- 2023.

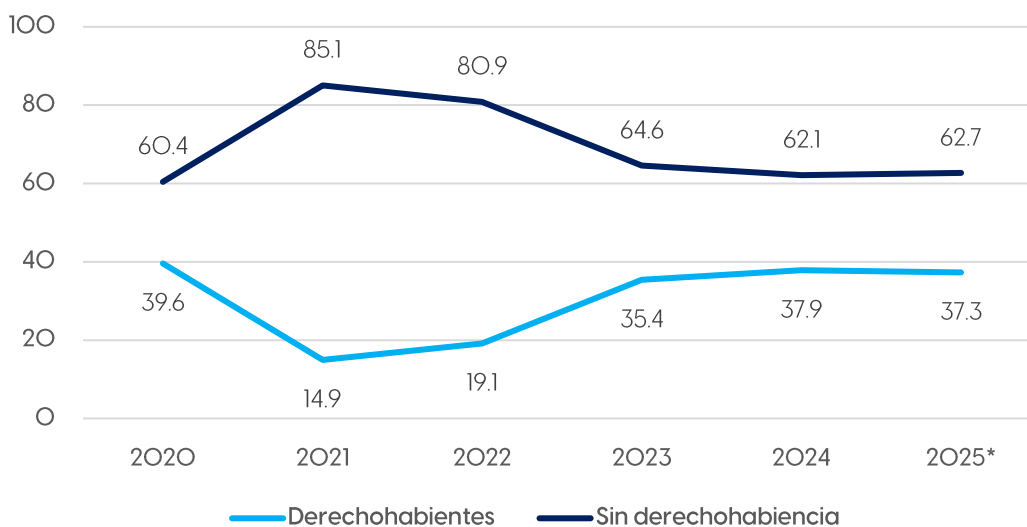


La hospitalización constituye uno de los componentes de mayor complejidad y costo del sistema. El análisis de egresos hospitalarios y tasas de ocupación permite identificar patrones asociados a enfermedades crónicas, complicaciones evitables y eventos agudos, lo que señala la importancia de fortalecer la prevención y la atención oportuna en el primer nivel.

El uso de los servicios de urgencias muestra una presión estructural significativa sobre el sistema de salud estatal. Entre 2020 y 2025, más del 60 % de las atenciones de urgencias correspondieron de manera consistente a población sin derechohabiencia, alcanzando niveles superiores al 80 % en 2021 y 2022.

Aunque en años recientes se observa una ligera recuperación en la atención a derechohabientes, la población sin afiliación continúa representando cerca de dos terceras partes de la demanda de urgencias.

GRÁFICA 6. Estado de Aguascalientes. Porcentaje de urgencias por derechohabiencia



FUENTE: elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. (2026). Urgencias por derechohabiencia y año. Sistema de Información de la Secretaría de Salud.



TABLA 6. Porcentaje de urgencias por derechohabiencia

AÑO	DERECHOHABIENTES	SIN DERECHOHABIENTES
2020	39.6	60.4
2021	14.9	85.1
2022	19.1	80.9
2023	35.4	64.6
2024	37.9	62.1
2025*	37.3	62.7

FUENTE: elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud. (2026). Urgencias por derechohabiencia y año. Sistema de Información de la Secretaría de Salud.

Este patrón indica que los servicios de urgencias funcionan, en gran medida, como puerta de entrada al sistema para población sin cobertura efectiva, lo que genera saturación, mayores costos operativos y una atención predominantemente reactiva.

En conjunto, las condiciones de acceso, cobertura efectiva y uso de los servicios de salud evidencian la necesidad de fortalecer la afiliación efectiva, la atención primaria y la articulación institucional, así como de reducir las barreras territoriales, económicas y sociales, como elementos clave para avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, eficiente y sostenible en el largo plazo.

4.5 Infraestructura de salud y capacidad instalada

La infraestructura de salud y la capacidad instalada constituyen uno de los pilares estructurales del sistema sanitario, al determinar de manera directa la posibilidad de brindar atención oportuna, continua y de calidad a la población.

En un contexto de crecimiento poblacional, envejecimiento progresivo y aumento sostenido de enfermedades crónicas, la suficiencia, distribución y resiliencia de la infraestructura adquieren un carácter estratégico de largo plazo.



En el caso de Aguascalientes, el análisis de la infraestructura de salud revela avances relevantes en algunos componentes, así como brechas críticas en otros, particularmente en la disponibilidad de camas hospitalarias, la distribución territorial de las unidades médicas, la resiliencia de la infraestructura y la incorporación integral de tecnología médica y digital. Estas brechas representan riesgos estructurales para la capacidad de respuesta del sistema ante la demanda actual y futura de servicios de salud.

4.5.1. Red de unidades médicas por nivel de atención

La red de servicios de salud en Aguascalientes se organiza conforme a un esquema escalonado de atención, integrado por unidades de primer, segundo y tercer nivel, tanto públicas como privadas. Cada nivel cumple funciones diferenciadas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y su adecuada articulación resulta indispensable para el funcionamiento eficiente del sistema.

El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada al sistema de salud y concentra funciones clave de promoción, prevención, detección temprana y control de enfermedades crónicas. En Aguascalientes, este nivel está integrado por centros de salud y unidades de atención primaria distribuidas en zonas urbanas y rurales.

Si bien la cobertura territorial del primer nivel es relativamente amplia, su capacidad resolutive enfrenta limitaciones asociadas a la disponibilidad de personal médico, equipamiento y horarios de atención. Estas limitaciones inciden en la derivación temprana hacia niveles de mayor complejidad y en una mayor presión sobre los servicios hospitalarios y de urgencias.

El segundo nivel de atención está conformado por hospitales generales y comunitarios que brindan servicios de hospitalización, atención especializada básica y procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad. Este nivel concentra una parte significativa de la demanda asistencial, particularmente asociada a enfermedades crónicas descompensadas, urgencias y eventos obstétricos.



La capacidad instalada del segundo nivel presenta restricciones relevantes en términos de número de camas, personal especializado y equipamiento, lo que se traduce en tasas de ocupación elevadas y en una presión constante sobre los servicios hospitalarios.

El tercer nivel de atención incluye hospitales de alta especialidad y unidades con capacidad tecnológica avanzada para la atención de enfermedades complejas, procedimientos especializados y tratamientos de alto costo. En Aguascalientes, este nivel se encuentra altamente concentrado en el área metropolitana, lo que genera una fuerte dependencia territorial y limita el acceso oportuno para población de municipios periféricos.

La concentración del tercer nivel refuerza la necesidad de una planeación estratégica que considere no sólo la expansión física de la infraestructura, sino también el fortalecimiento de redes de referencia y contrarreferencia y el uso de tecnologías como la telemedicina.

TABLA 7. Centros de asistencia médica 2024

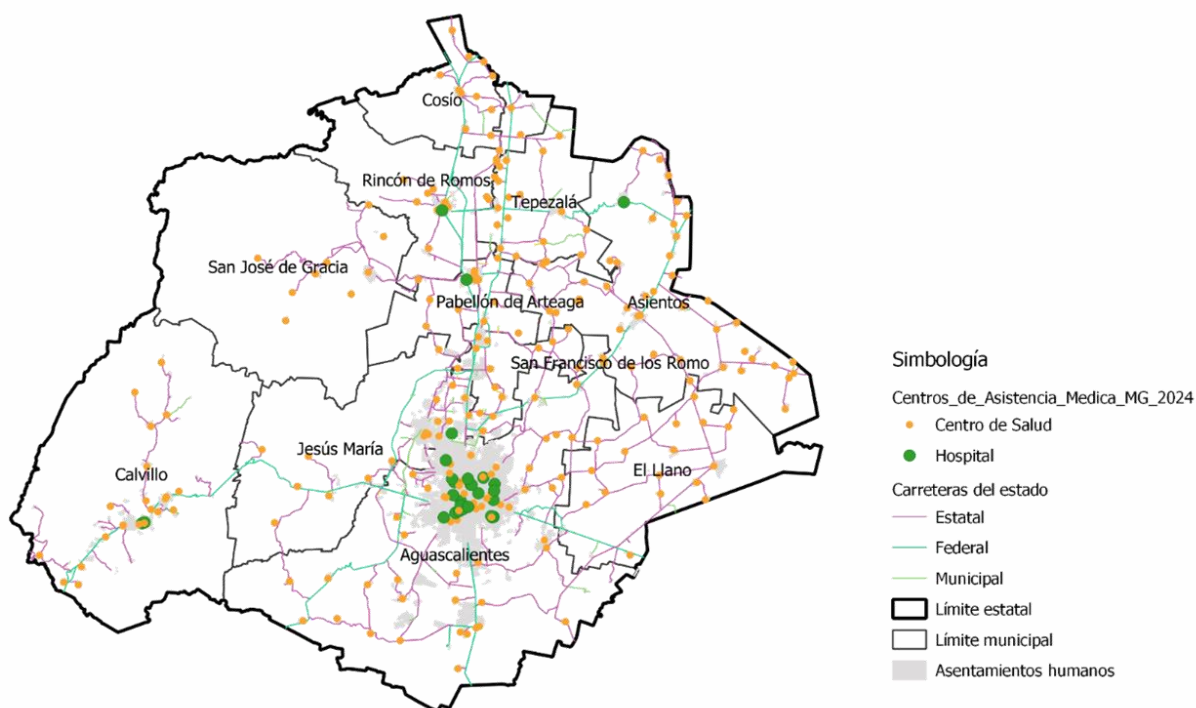
MUNICIPIO	POBLACIÓN TOTAL 2024	TOTAL	CENTROS DE SALUD (CS)	HOSPITALES (2.º Y 3.ER NIVEL DE ATENCIÓN) (H)
Total	1,530,185	277	248	29
Aguascalientes	1,017,043	84	61	23
Asientos	56,684	45	44	1
Calvillo	60,581	24	22	2
Cosío	18,442	11	11	0
Jesús María	139,599	18	17	1
Pabellón de Arteaga	48,968	13	12	1
Rincón de Romos	60,351	19	18	1
San José de Gracia	10,013	9	9	0
Tepezalá	23,227	20	20	0
El Llano	21,706	19	19	0
San Francisco de los Romo	73,571	15	15	0

FUENTE: elaboración propia con datos del Marco Geoestadístico del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2024.

4.5.2. Distribución territorial de la infraestructura

La infraestructura de salud en Aguascalientes presenta una marcada concentración en la zona metropolitana, donde se localiza la mayor parte de las unidades hospitalarias, el personal especializado y el equipamiento de alta complejidad. Esta concentración responde, en parte, a la distribución de la población y a la lógica histórica de desarrollo urbano del estado.

MAPA 3. Estado de Aguascalientes: centros de asistencia médica 2024



FUENTE: elaboración propia con información del Maro Geoestadístico, (INEGI, 2024)

En contraste, los municipios periféricos y localidades rurales enfrentan déficits relativos en infraestructura, particularmente en unidades de segundo nivel y servicios especializados. Estas brechas territoriales se traducen en desigualdades en el acceso efectivo a la atención, incrementando la dependencia de traslados hacia la zona metropolitana.



La concentración territorial de la infraestructura tiene implicaciones directas sobre los tiempos de traslado y la oportunidad de la atención, especialmente en situaciones de urgencia y en el manejo de enfermedades que requieren seguimiento continuo. Los tiempos prolongados de desplazamiento incrementan los riesgos clínicos, elevan los costos indirectos para las familias y reducen la eficiencia global del sistema de salud.

4.5.3. Capacidad hospitalaria y camas disponibles

La disponibilidad de camas hospitalarias es uno de los indicadores clave para evaluar la capacidad instalada del sistema de salud. La Organización Mundial de la Salud recomienda una disponibilidad de entre 3 y 5 camas hospitalarias por cada mil habitantes. En Aguascalientes, la disponibilidad es de aproximadamente 0.7 camas por cada mil habitantes, lo que coloca al estado en una posición significativamente por debajo de los estándares internacionales de referencia.

De acuerdo con estimaciones basadas en la estructura demográfica del estado, se requeriría un mínimo de 4,647 camas hospitalarias y un máximo de 7,746 para cumplir con dichos estándares. Sin embargo, el total de camas disponibles en hospitales públicos y privados se estima en alrededor de 1,217, de las cuales aproximadamente 854 corresponden al sector público y 363 al sector privado.

TABLA 7. Brecha estructural de camas hospitalarias frente a estándares OMS

CONCEPTO	VALOR
Estándar OMS mínimo	3 CAMAS / 1,000 HAB
Estándar OMS óptimo	5 CAMAS / 1,000 HAB
Camas requeridas mínimas	~4,647
Camas requeridas máximas	~7,746
Camas disponibles	~1,217
Brecha estructural	CRÍTICA

FUENTE: elaboración propia



La brecha existente entre la disponibilidad actual y los requerimientos estimados evidencia una insuficiencia estructural en la capacidad hospitalaria del estado. Esta brecha limita la posibilidad de responder adecuadamente a la demanda regular de servicios, incrementa la saturación hospitalaria y reduce los márgenes de maniobra ante incrementos inesperados en la demanda.

La baja disponibilidad de camas hospitalarias representa un riesgo significativo ante contingencias sanitarias, emergencias epidemiológicas o eventos climáticos extremos. La limitada capacidad de expansión inmediata del sistema hospitalario reduce su resiliencia y aumenta la vulnerabilidad del sistema de salud frente a escenarios de alta demanda.

El desempeño de la infraestructura de salud también depende de condiciones básicas de agua, saneamiento, higiene y gestión de residuos. Aguascalientes presenta una alta cobertura de agua potable en los hogares; sin embargo, persisten desafíos relacionados con la calidad del agua, asociada a la incidencia de enfermedades renales, así como brechas en el tratamiento efectivo de aguas residuales.

La ausencia de información sistematizada y actualizada sobre estaciones de lavado de manos, manejo de residuos médicos y evaluación de la resiliencia hospitalaria limita la capacidad de diagnóstico integral del sistema. Asimismo, no se cuenta con evaluaciones públicas sobre la aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria, lo que dificulta medir la capacidad de las unidades para mantenerse operativas ante emergencias.

En materia de tecnología médica y digital, el estado ha registrado avances importantes, incluyendo la consolidación de expedientes médicos electrónicos, la incorporación de equipos de alta tecnología como aceleradores lineales, la automatización de procesos farmacéuticos y el desarrollo inicial de programas de telemedicina. Estas inversiones, que superaron los 4,500 millones de pesos en 2024, reflejan un esfuerzo relevante por modernizar el sistema.

No obstante, persisten brechas estructurales asociadas a la conectividad desigual, la fragmentación de los sistemas de información, la falta de interoperabilidad entre instituciones, la ausencia de un centro estatal de datos en salud y la limitada especialización del capital



humano en salud digital. Estas limitaciones reducen el potencial transformador de la tecnología y su impacto en la eficiencia, la equidad y la calidad de la atención.

En conjunto, la infraestructura de salud y la capacidad instalada en Aguascalientes enfrentan desafíos estructurales que requieren una planeación estratégica de largo plazo. La reducción de brechas en camas hospitalarias, la redistribución territorial de la infraestructura, el fortalecimiento de la resiliencia y la incorporación integral de tecnología constituyen elementos centrales para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud y su capacidad de respuesta hacia el horizonte 2050.

4.6 Recursos humanos para la salud

Los recursos humanos para la salud constituyen uno de los componentes más críticos del sistema sanitario, ya que determinan la capacidad efectiva de las instituciones para prestar servicios oportunos, continuos y de calidad. La disponibilidad, distribución, competencias y condiciones laborales del personal médico, de enfermería y de apoyo inciden directamente en los resultados en salud, la eficiencia operativa del sistema y la equidad en el acceso a los servicios.

En Aguascalientes, el análisis de los recursos humanos revela una situación dual: por un lado, una posición relativamente favorable en indicadores agregados de disponibilidad; por otro, desequilibrios territoriales, presiones crecientes sobre el personal y retos estructurales asociados a la formación, atracción y retención del talento en salud, particularmente frente a la evolución demográfica y epidemiológica del estado.



4.6.1. Disponibilidad de personal médico y de enfermería

La disponibilidad de médicos generales es un indicador clave para la capacidad resolutive del primer nivel de atención. De acuerdo con información del IMCO 2025, Aguascalientes se ubica entre las entidades con mayor disponibilidad de personal médico y de enfermería, con un promedio de 3.5 profesionales de la salud por cada mil habitantes.

Si bien este indicador sitúa al estado en una posición favorable a nivel nacional, su interpretación debe considerar la creciente demanda asociada al envejecimiento poblacional, la expansión urbana y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, que incrementan la presión sobre los servicios de atención primaria y requieren mayor continuidad en la atención.

En cuanto a personal médico con especialidad, Aguascalientes presenta una de las mayores disponibilidades a nivel nacional, con aproximadamente 1.4 especialistas por cada mil habitantes, lo que coloca al estado entre los primeros lugares en este indicador.

No obstante, la alta concentración de especialistas en determinados hospitales y zonas urbanas limita su impacto en términos de acceso efectivo, especialmente para la población residente en municipios periféricos y zonas rurales. Asimismo, la distribución por especialidad no siempre responde de manera óptima al perfil epidemiológico del estado, caracterizado por una creciente carga de enfermedades crónicas y degenerativas.

El personal de enfermería constituye un pilar operativo del sistema de salud, al asumir funciones clave en la atención directa, el seguimiento de pacientes, la prevención y la gestión del cuidado. Aunque los indicadores agregados sitúan a Aguascalientes en una posición relativamente favorable, la relación enfermera-paciente enfrenta tensiones crecientes, particularmente en hospitales de segundo y tercer nivel con alta ocupación. La presión asistencial, los turnos prolongados y la escasez relativa en determinadas unidades impactan la calidad del cuidado y elevan los riesgos de desgaste profesional.



4.6.2. Distribución territorial del personal

La distribución territorial de los recursos humanos para la salud presenta una marcada concentración en la zona metropolitana del estado, donde se localiza la mayor parte de los hospitales de segundo y tercer nivel, así como las unidades con mayor equipamiento y capacidad resolutive.

Esta concentración favorece la eficiencia operativa en áreas urbanas, pero genera asimetrías en el acceso a personal médico y de enfermería para la población de municipios periféricos, particularmente en servicios especializados.

En las zonas rurales y de menor densidad poblacional, la disponibilidad de personal de salud es más limitada, tanto en términos cuantitativos como de especialización. Estas brechas territoriales inciden en la continuidad de la atención, en la oportunidad del diagnóstico y en la capacidad de respuesta ante urgencias, reforzando la dependencia de traslados hacia centros urbanos.

4.6.3. Retos de formación, atracción y retención

La rotación del personal de salud constituye un desafío persistente, particularmente en unidades de primer nivel y en zonas con menor infraestructura o conectividad. La movilidad frecuente afecta la continuidad de la atención, incrementa los costos de capacitación y debilita los procesos de organización interna de las unidades médicas.

Las condiciones laborales representan un factor determinante para la retención del personal. Cargas de trabajo elevadas, turnos extendidos, presión asistencial y limitadas oportunidades de desarrollo profesional influyen en el desgaste del personal médico y de enfermería, con impactos directos en la calidad del servicio y la satisfacción laboral.

La evolución demográfica y epidemiológica del estado plantea la necesidad de fortalecer capacidades futuras en áreas como geriatría, manejo de enfermedades crónicas, cuidados paliativos, salud mental, epidemiología, salud pública y salud digital. Asimismo, la incorporación de tecnologías de información y comunicación exige perfiles con competencias en analítica de datos, interoperabilidad de sistemas y telemedicina.



En conjunto, los recursos humanos para la salud en Aguascalientes representan un activo estratégico que requiere una gestión integral de largo plazo. La planeación orientada a reducir brechas territoriales, mejorar las condiciones laborales, fortalecer la formación especializada y anticipar las capacidades futuras es indispensable para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud y su alineación con las necesidades de la población hacia el horizonte 2050.

4.7 Financiamiento del sistema de salud y protección financiera

El financiamiento del sistema de salud constituye un componente estructural para garantizar el acceso efectivo, la calidad de los servicios y la protección financiera de la población frente a los riesgos asociados a la enfermedad. La forma en que se distribuyen las fuentes de financiamiento, así como la suficiencia y sostenibilidad de los recursos, condiciona la capacidad del sistema para responder a las necesidades actuales y futuras de la población.

En Aguascalientes, el análisis del financiamiento en salud evidencia una estructura mixta, en la que coexisten recursos públicos, privados y gasto directo de los hogares. Si bien este esquema ha permitido mantener niveles relevantes de provisión de servicios, también genera tensiones en términos de equidad, eficiencia y sostenibilidad, particularmente frente a los cambios demográficos y epidemiológicos proyectados hacia el largo plazo.

4.7.1. Estructura del financiamiento en salud

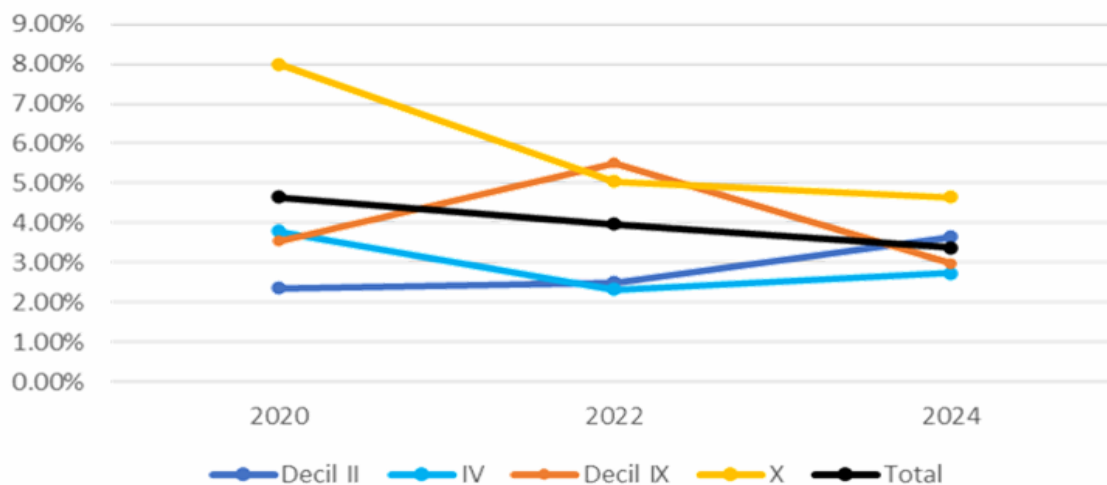
El gasto público en salud constituye la principal fuente de financiamiento para la atención de la población derechohabiente y de aquella que accede a los servicios públicos sin seguridad social. Estos recursos provienen tanto del presupuesto federal como del estatal y se canalizan a través de las distintas instituciones del sector.

El financiamiento público permite sostener la operación de la infraestructura hospitalaria, la contratación de personal y la provisión de servicios esenciales. No obstante, la presión



creciente sobre el sistema, derivada del aumento en la demanda de servicios especializados y de alto costo, plantea desafíos relevantes en términos de suficiencia presupuestaria y asignación eficiente de los recursos.

GRÁFICA 8. Estado de Aguascalientes: Porcentaje de fasto corriente trimestral promedio en cuidados de salud



FUENTE: elaboración propia con datos de la ENIGH, 2020, 2022 y 2024.

TABLA 9. Porcentaje de gasto trimestral de los deciles de los hogares destinado a cuidados de la salud en Aguascalientes

DECIL	2020	2022	2024	TC 2022-2024
I	4.27%	3.14%	1.89%	-39.70
II	2.36%	2.50%	3.64%	45.56
III	3.33%	2.98%	2.44%	-18.06
IV	3.79%	2.32%	2.73%	17.50
V	3.33%	3.66%	3.07%	-16.06
VI	4.16%	3.33%	3.13%	-5.89
VII	3.98%	3.88%	3.23%	-16.78
VIII	4.36%	3.08%	3.11%	1.04
IX	3.53%	5.51%	2.98%	-45.97
X	7.99%	5.03%	4.65%	-7.62
TOTAL	4.65%	3.96%	3.38%	-14.57

FUENTE: elaboración propia con datos de la ENIGH, 2020, 2022 y 2024



El gasto privado en salud incluye los recursos destinados por los hogares y por los esquemas de aseguramiento privado para la atención médica. En Aguascalientes, este componente refleja la coexistencia de un sector privado con participación significativa en la provisión de consultas, estudios diagnósticos y hospitalización, particularmente en zonas urbanas.

La presencia del gasto privado amplía la oferta de servicios, pero también introduce diferencias en el acceso y la calidad de la atención, dependiendo de la capacidad de pago de los hogares, lo que puede profundizar desigualdades entre grupos poblacionales.

El gasto de bolsillo representa el componente más regresivo del financiamiento en salud, al recaer directamente sobre los hogares al momento de requerir atención médica. Este tipo de gasto incluye pagos por consultas, medicamentos, estudios, hospitalización y costos indirectos asociados a la atención.

La persistencia de un nivel significativo de gasto de bolsillo indica que la afiliación o el acceso formal a los servicios no siempre se traduce en protección financiera efectiva, lo que expone a los hogares a riesgos económicos ante eventos de salud.

4.7.2. Riesgo de gasto catastrófico y empobrecimiento

El riesgo de incurrir en gasto catastrófico en salud se concentra principalmente en hogares con bajos ingresos, población sin afiliación a esquemas de seguridad social, personas en situación de informalidad laboral, adultos mayores y hogares con integrantes que padecen enfermedades crónicas o discapacidades.

Estos grupos enfrentan mayores dificultades para absorber los costos asociados a la atención médica, lo que incrementa su vulnerabilidad económica y limita su capacidad para mantener niveles adecuados de bienestar.



El gasto catastrófico y el empobrecimiento asociados a la atención en salud tienen implicaciones sociales relevantes, ya que pueden generar endeudamiento, reducción del consumo básico y abandono de tratamientos, afectando tanto la salud individual como la cohesión social. Estos efectos refuerzan ciclos de desigualdad y dificultan el ejercicio pleno del derecho a la salud.

El análisis de la protección financiera permite identificar la necesidad de fortalecer los mecanismos de cobertura efectiva, reducir el gasto de bolsillo y mejorar la eficiencia del gasto público para garantizar que los recursos se traduzcan en atención oportuna y de calidad.

4.7.3. Limitaciones de la planeación financiera de largo plazo

Uno de los principales retos del financiamiento del sistema de salud es la limitada incorporación de instrumentos de planeación financiera de carácter multianual. La dependencia de presupuestos anuales dificulta la programación estratégica de inversiones en infraestructura, equipamiento y formación de recursos humanos, así como la adopción de innovaciones tecnológicas de alto impacto.

Esta situación restringe la capacidad del sistema para anticipar necesidades futuras y responder de manera proactiva a los cambios en la demanda de servicios. El proceso de envejecimiento poblacional proyectado para Aguascalientes implicará un aumento sostenido en el gasto en salud, particularmente en atención a enfermedades crónicas, cuidados de largo plazo y servicios especializados. Esta presión financiera exigirá una mayor eficiencia en el uso de los recursos, así como el fortalecimiento de esquemas preventivos que permitan contener costos en el mediano y largo plazo.

En conjunto, el análisis del financiamiento y la protección financiera en salud pone de relieve la necesidad de transitar hacia un modelo más sostenible, equitativo y orientado al largo plazo, que permita reducir la vulnerabilidad económica de los hogares, fortalecer la capacidad del sistema de salud y garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud para la población de Aguascalientes hacia el horizonte 2050.



4.8. Gobernanza, coordinación institucional y gestión del sistema

La gobernanza del sistema de salud constituye un factor determinante para su desempeño, sostenibilidad y capacidad de respuesta frente a los retos actuales y futuros. Más allá de la disponibilidad de recursos financieros, humanos o de infraestructura, la forma en que se coordinan las instituciones, se toman decisiones, se utilizan los datos y se evalúan los resultados condiciona la efectividad real del sistema sanitario.

En Aguascalientes, la organización del sector salud refleja un entramado institucional complejo, caracterizado por la coexistencia de múltiples subsistemas con distintos esquemas de financiamiento, provisión de servicios y responsabilidades administrativas.

Este modelo ha permitido ampliar la cobertura formal, pero también ha generado desafíos estructurales en términos de coordinación, eficiencia y continuidad de la atención, particularmente en un contexto de transición demográfica y epidemiológica que exige respuestas integradas y de largo plazo.

4.8.1. Fragmentación institucional del sistema de salud

El sistema de salud en Aguascalientes se compone de diversos subsistemas que operan de manera paralela, incluyendo instituciones de seguridad social, servicios públicos dirigidos a población sin seguridad social y un sector privado con creciente participación en la provisión de servicios. Cada uno de estos subsistemas cuenta con marcos normativos, fuentes de financiamiento, modelos de atención y capacidades operativas diferenciadas.



Esta coexistencia institucional configura un sistema fragmentado, en el que la afiliación de la población determina el tipo de servicios a los que puede acceder, la oportunidad de la atención y la continuidad de los tratamientos. La fragmentación se traduce en trayectorias de atención discontinuas, duplicidad de servicios para algunos grupos y vacíos de atención para otros, especialmente para la población en situación de vulnerabilidad o movilidad laboral.

La limitada coordinación entre subsistemas representa uno de los principales retos de gobernanza. Las debilidades en los mecanismos de referencia y contrarreferencia, la falta de interoperabilidad de los sistemas de información y la escasa homologación de procesos clínicos y administrativos dificultan la atención integral de los pacientes.

Estas fallas de coordinación generan ineficiencias operativas, incrementan los costos del sistema y reducen la capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias o incrementos súbitos en la demanda de servicios, como los observados en eventos extraordinarios de salud pública.

4.8.2. Capacidades institucionales y de gestión

Las capacidades de planeación del sistema de salud presentan limitaciones asociadas a la fragmentación institucional y a la prevalencia de horizontes de corto plazo. La planeación suele centrarse en la gestión operativa anual, con escasa incorporación de escenarios prospectivos que integren tendencias demográficas, epidemiológicas y tecnológicas.

La ausencia de una planeación sectorial plenamente articulada dificulta la priorización estratégica de inversiones, la programación multianual de recursos y la alineación de objetivos entre instituciones, lo que limita la efectividad de las políticas públicas en salud.

La evaluación del desempeño del sistema de salud enfrenta retos vinculados a la disponibilidad, calidad y comparabilidad de la información. Si bien existen sistemas de registro administrativo y estadístico, éstos no siempre se utilizan de manera sistemática para evaluar resultados, impactos o eficiencia en el uso de los recursos.



Limitaciones en la evaluación restringen la retroalimentación de las políticas y programas, reduce la capacidad de corrección oportuna y dificulta la rendición de cuentas basada en evidencia. El uso estratégico de la información constituye una de las principales áreas de oportunidad para fortalecer la gestión del sistema de salud. La fragmentación de los sistemas de información clínica, epidemiológica y administrativa limita la construcción de una visión integral del estado de salud de la población y del desempeño del sistema.

La carencia de plataformas interoperables y de capacidades analíticas avanzadas reduce el potencial de la información para apoyar la toma de decisiones, anticipar riesgos, optimizar recursos y evaluar intervenciones con una perspectiva de largo plazo.

4.8.3. Rol del Consejo Aguascalientes y del Consejo Sectorial de Salud

El Consejo Aguascalientes y el Consejo Sectorial de Salud representan instancias clave para la articulación interinstitucional y la alineación estratégica de las políticas públicas en el estado. Estos espacios tienen el potencial de fungir como mecanismos de coordinación entre dependencias, órdenes de gobierno, sector académico, sector privado y sociedad civil.

Su papel es particularmente relevante para integrar la visión de largo plazo en la toma de decisiones sectoriales y para asegurar la coherencia entre los objetivos del desarrollo estatal y las estrategias del sector salud.

A pesar de su relevancia institucional, existen vacíos en cuanto a la definición clara de atribuciones, la periodicidad de los procesos de seguimiento y la vinculación efectiva de sus resoluciones con la gestión operativa del sistema de salud.

La limitada sistematización de acuerdos y la ausencia de indicadores de desempeño asociados a estos espacios reducen su impacto en la conducción estratégica del sector. El fortalecimiento del Consejo Aguascalientes y del Consejo Sectorial de Salud constituye una oportunidad estratégica para mejorar la gobernanza del sistema.



La incorporación de funciones explícitas de planeación prospectiva, evaluación de políticas, seguimiento de metas sectoriales y articulación interinstitucional permitiría avanzar hacia un modelo de gestión más integrado y orientado a resultados. Asimismo, estos espacios pueden desempeñar un papel central en la alineación del sector salud con la Visión Aguascalientes 2050, facilitando la coordinación de esfuerzos, la priorización de inversiones estratégicas y la construcción de consensos para enfrentar los retos estructurales del sistema de salud en el largo plazo.

En conjunto, el análisis de la gobernanza y la coordinación institucional evidencia que el fortalecimiento de las capacidades de gestión, articulación y uso de información es un componente indispensable para mejorar el desempeño del sistema de salud y sustentar las estrategias que se plantean en las siguientes secciones del programa.

4.9 Innovación, tecnologías de la información y salud digital

La innovación tecnológica y el uso estratégico de las tecnologías de la información y comunicación constituyen un eje transversal para la modernización y sostenibilidad del sistema de salud en Aguascalientes con una perspectiva de largo plazo. En un contexto caracterizado por el envejecimiento progresivo de la población, la creciente carga de enfermedades crónicas y la presión sobre la infraestructura física y humana, la salud digital se configura como un habilitador clave para mejorar la eficiencia operativa, la calidad de la atención, la resiliencia institucional y la equidad en el acceso a los servicios.

No obstante, el desarrollo de la salud digital en el estado presenta avances significativos, pero también brechas estructurales que limitan su impacto sistémico y su capacidad para apoyar la planeación estratégica, la prevención y la respuesta ante contingencias sanitarias.

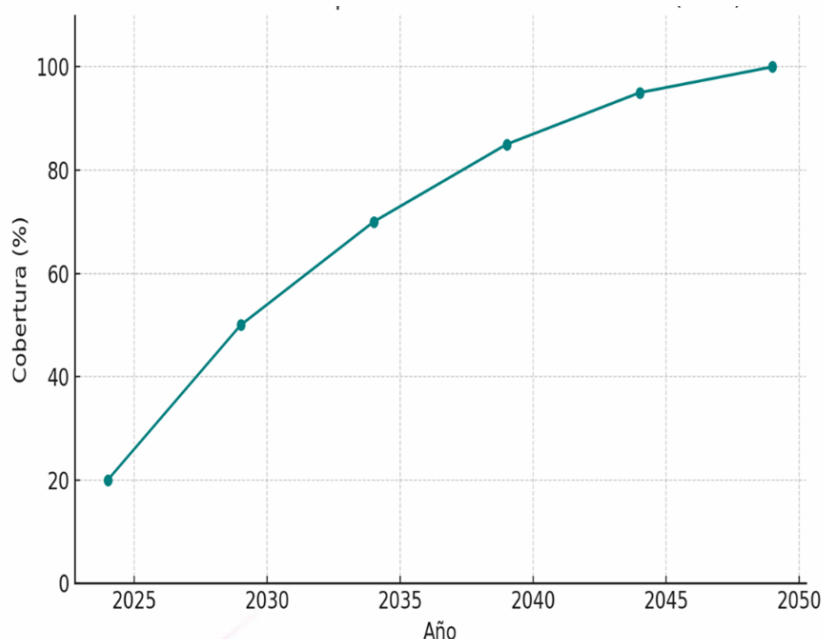


4.9.1. Situación actual de los sistemas de información en salud

Los sistemas de información en salud en Aguascalientes operan de manera fragmentada entre instituciones públicas estatales, federales, de seguridad social y privadas. Cada subsistema utiliza plataformas propias para el registro clínico, administrativo y epidemiológico, lo que impide la integración de la información y limita la construcción de una visión longitudinal del estado de salud de la población.

Si bien existen plataformas de Expediente Médico Electrónico (EMR por sus siglas en inglés) en proceso de consolidación y avances tecnológicos relevantes en algunas instituciones, estos desarrollos no responden a un modelo interoperable ni a una arquitectura estatal de información en salud, lo que restringe su aprovechamiento para la continuidad de la atención, la gestión clínica y la planeación de largo plazo.

Gráfica 8. Cobertura del Expediente Médico Electrónico (EMR)



FUENTE: elaboración propia con datos de la ENIGH, 2020, 2022 y 2024



La ausencia de estándares comunes, repositorios integrados y protocolos formales de intercambio de información clínica y administrativa constituye una de las principales limitaciones del sistema. Esta situación afecta la referencia y contrarreferencia entre niveles de atención, la atención de pacientes que transitan entre instituciones y el seguimiento oportuno de enfermedades crónicas.

Asimismo, la fragmentación de la información reduce la capacidad del sistema para utilizar los datos con fines de vigilancia epidemiológica avanzada, evaluación del desempeño, análisis de costos y toma de decisiones basada en evidencia, limitando el potencial de la innovación digital como herramienta de gobernanza sanitaria.

4.9.2. Telemedicina, atención a distancia e infraestructura sustentable

El estado ha registrado avances relevantes en la incorporación de tecnología médica y esquemas iniciales de telemedicina, incluyendo programas de atención a distancia en expansión, aceleradores lineales para radioterapia, robots dispensadores de unidades, modernización tecnológica para el surtimiento de recetas electrónicas y mejoras en la atención a emergencias mediante la adquisición de ambulancias y reducción de tiempos de respuesta.

Estas innovaciones representan oportunidades para optimizar el uso de recursos especializados, mejorar la calidad de la atención y ampliar la cobertura efectiva, particularmente en el manejo de enfermedades crónicas y en la atención de segundo y tercer nivel.

A pesar de estos avances, persisten brechas significativas en conectividad y acceso digital, especialmente en zonas rurales y comunidades vulnerables, donde la cobertura digital es inferior al 35 %. Estas limitaciones restringen la expansión efectiva de la telemedicina y profundizan desigualdades territoriales en el acceso a servicios especializados.

Asimismo, la fragmentación institucional, la falta de interoperabilidad entre sistemas (ISSEA, IMSS, ISSSTE y sector privado) y la ausencia de lineamientos homogéneos limitan la consolidación de la telemedicina como un componente estructural del sistema de salud.



Desde la perspectiva de innovación, la infraestructura sanitaria sustentable y resiliente constituye un componente crítico. La Organización Mundial de la Salud establece parámetros internacionales en materia de agua, saneamiento e higiene (WASH), así como en resiliencia de las infraestructuras sanitarias ante eventos extremos.

Aguascalientes presenta una alta cobertura de agua potable a nivel domiciliario; sin embargo, se han identificado desafíos relacionados con la calidad del agua, asociada a una alta incidencia de enfermedades renales.

En materia de saneamiento, existe una brecha entre la capacidad instalada de tratamiento y el volumen efectivamente tratado de aguas residuales. No se dispone de información sistematizada sobre estaciones de lavado de manos en hospitales ni sobre la gestión integral de residuos médicos.

En términos de resiliencia, aunque se han realizado inversiones significativas en infraestructura y equipamiento en años recientes, no se cuenta con información pública sobre la aplicación del Índice de Seguridad Hospitalaria u otras herramientas internacionales para evaluar la capacidad de las unidades de salud para operar durante y después de emergencias sanitarias o climáticas. Esta ausencia de información limita la planeación preventiva y la gestión de riesgos en el largo plazo.

4.9.3. Potencial de la salud digital a largo plazo

La salud digital ofrece un alto potencial para fortalecer la planeación estratégica del sistema de salud mediante el uso integrado de datos clínicos, epidemiológicos, demográficos y administrativos. La incorporación de analítica avanzada, inteligencia artificial e interoperabilidad de la información permitiría transitar hacia modelos predictivos capaces de anticipar la demanda de servicios, identificar grupos de riesgo y optimizar la asignación de recursos.

La ausencia de un Centro Estatal de Datos en Salud limita actualmente la capacidad para almacenar, proteger y analizar grandes volúmenes de información, lo que constituye una brecha crítica para la toma de decisiones de largo plazo.



Desde una perspectiva de largo plazo hacia 2050, la salud digital representa un eje estructural para mejorar la cobertura efectiva de los servicios, entendida como acceso oportuno, continuo y de calidad.

La tele monitorización, la atención a distancia y la integración de sistemas de información pueden contribuir a reducir barreras geográficas, institucionales y económicas, especialmente para personas con enfermedades crónicas, adultos mayores y población en territorios con menor disponibilidad de servicios.

No obstante, materializar este potencial requiere fortalecer el capital humano especializado en salud digital, mejorar la ciberseguridad, consolidar la interoperabilidad institucional y desarrollar una gobernanza digital que garantice el uso ético, seguro y eficiente de la información.

En conjunto, el análisis evidencia que la innovación tecnológica y la salud digital no deben concebirse únicamente como procesos de modernización, sino como pilares estratégicos para la resiliencia, sostenibilidad financiera, calidad de la atención y equidad del sistema de salud en Aguascalientes, constituyéndose en un componente clave del Programa Sectorial de Largo Plazo hacia 2050.

4.10. Síntesis diagnóstica y problemas públicos estructurales

La síntesis del diagnóstico situacional del sector salud en Aguascalientes integra los principales hallazgos derivados del análisis demográfico, epidemiológico, territorial, institucional, financiero y tecnológico desarrollado en los apartados previos.

Este ejercicio tiene como propósito consolidar una comprensión estructural de la situación actual del sistema de salud, identificar con claridad los problemas públicos prioritarios y establecer la base analítica que dará sustento a los objetivos estratégicos, las estrategias y las líneas de acción del Programa Sectorial de Largo Plazo.



El enfoque adoptado permite asegurar la congruencia interna del documento, garantizando que las intervenciones propuestas respondan de manera directa y verificable a problemáticas diagnosticadas, evitando la formulación de acciones desvinculadas de la evidencia.

4.10.1. Principales hallazgos del diagnóstico

El diagnóstico evidencia que el sistema de salud de Aguascalientes enfrenta presiones estructurales derivadas de transformaciones demográficas y epidemiológicas de largo plazo. El crecimiento poblacional sostenido y el proceso acelerado de envejecimiento incrementan la demanda de servicios, particularmente aquellos asociados a la atención de enfermedades crónicas, cuidados de largo plazo y servicios especializados.

El perfil epidemiológico muestra un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, coexistiendo con riesgos persistentes de enfermedades transmisibles y la posibilidad de eventos sanitarios extraordinarios. Esta combinación incrementa la complejidad de la demanda y exige un sistema con mayor capacidad preventiva, resolutive y de respuesta.

En términos de acceso y cobertura efectiva, si bien existe una amplia afiliación formal, persisten brechas significativas entre afiliación y uso efectivo de los servicios, así como barreras geográficas, institucionales, económicas y sociales que afectan de manera diferenciada a la población. La elevada utilización de los servicios de urgencias por población sin derechohabencia refleja debilidades en la atención primaria y en los esquemas de protección financiera.

El análisis de infraestructura y recursos humanos revela déficits críticos en camas hospitalarias, distribución territorial de unidades y personal, así como limitaciones en la resiliencia de la infraestructura sanitaria frente a contingencias. A ello se suma una fragmentación institucional que dificulta la coordinación, la interoperabilidad de la información y la planeación integral del sistema.

Finalmente, aunque existen avances relevantes en innovación tecnológica y salud digital, estos se desarrollan de manera fragmentada, con brechas de conectividad, limitaciones en



capital humano especializado y ausencia de una gobernanza digital consolidada que permita aprovechar plenamente el potencial de los datos para la planeación y la mejora de la cobertura efectiva.

4.10.2. Identificación de problemas públicos prioritarios

A partir de los hallazgos del diagnóstico, se identifican problemas públicos estructurales que limitan el desempeño del sistema de salud y su capacidad para responder de manera sostenible a las necesidades actuales y futuras de la población. Estos problemas no son coyunturales, sino que tienen raíces profundas en la organización institucional, la planeación, el financiamiento y la gestión del sistema.

Los problemas prioritarios se relacionan con: la insuficiencia y mala distribución de la infraestructura y los recursos humanos; la fragmentación institucional y la débil coordinación entre subsistemas; las brechas entre afiliación y cobertura efectiva; la presión financiera asociada al gasto de bolsillo y al envejecimiento poblacional; la limitada resiliencia sanitaria; y el aprovechamiento incompleto de la innovación y la salud digital como herramientas estratégicas.

4.10.3. Vinculación diagnóstica–problemas–intervención futura

La identificación de estos problemas públicos permite establecer una línea clara de trazabilidad entre el diagnóstico y las intervenciones que serán formuladas en los capítulos posteriores del programa. Cada problema estructural constituye el punto de partida para la definición de objetivos estratégicos de largo plazo, estrategias y líneas de acción específicas, así como para la construcción de indicadores que permitan evaluar su evolución en el tiempo.

Esta vinculación garantiza que el Programa Sectorial de Largo Plazo no se limite a una declaración de intenciones, sino que se configure como un instrumento operativo, evaluable y coherente, orientado a transformar de manera progresiva el sistema de salud de Aguascalientes hacia 2050.



TABLA 10. Síntesis de problemas estructurales del sector salud en Aguascalientes

DIMENSIÓN	PROBLEMA	EVIDENCIA DIAGNÓSTICA	EFFECTO OBSERVADO
Demográfica y epidemiológica	Creciente presión por envejecimiento y enfermedades crónicas	Aumento de población adulta mayor y predominio de enfermedades crónicas no transmisibles	Incremento sostenido de la demanda de servicios especializados y cuidados de largo plazo
Acceso y cobertura	Brecha entre afiliación formal y cobertura efectiva	Alta afiliación, pero uso intensivo de urgencias por población sin derechohabiencia	Saturación de servicios, atención tardía y mayores costos operativos
Infraestructura	Insuficiencia de camas hospitalarias y desigual distribución territorial	0.7 camas por mil habitantes, muy por debajo de estándares internacionales	Limitada capacidad de respuesta ante demanda regular y contingencias
Recursos humanos	Déficits y concentración urbana del personal de salud	Insuficiente personal en zonas periféricas y rurales	Desigualdad territorial en acceso y calidad de la atención
Financiamiento	Alta presión del gasto de bolsillo y riesgo de gasto catastrófico	Persistencia de población sin protección financiera efectiva	Empobrecimiento asociado a eventos de salud y abandono de tratamientos
Gobernanza	Fragmentación institucional y débil coordinación	Subsistemas con baja interoperabilidad y planeación desarticulada	Ineficiencias, duplicidades y vacíos en la atención
Innovación y salud digital	Aprovechamiento limitado de tecnología e información	Sistemas fragmentados, brechas de conectividad y ausencia de centro de datos	Baja capacidad predictiva, limitada planeación basada en evidencia y persistencia de inequidades

FUENTE: elaboración propia a partir del análisis de diagnóstico

Esta síntesis diagnóstica constituye el fundamento técnico para la formulación de los objetivos estratégicos y las estrategias de largo plazo que se desarrollan en los capítulos siguientes del Programa Sectorial de Salud.



IDENTIFICACIÓN, SITUACIÓN ACTUAL Y ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS

SALUD 2050





El presente capítulo tiene como propósito identificar, caracterizar y analizar de manera estructurada los principales problemas públicos que enfrenta el sector salud en el estado de Aguascalientes, a partir de la evidencia empírica y analítica desarrollada en el Diagnóstico situacional. A diferencia del capítulo anterior, centrado en describir condiciones, tendencias y capacidades del sistema, este apartado avanza hacia una lectura explicativa y causal, orientada a reconocer los nudos críticos que limitan el desempeño del sistema de salud y que requieren intervención estratégica desde la política pública.

El capítulo se inscribe explícitamente en el ciclo de las políticas públicas, en la fase de definición del problema, y constituye el puente analítico entre el diagnóstico y la formulación de objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa Sectorial de Salud con horizonte 2050. Su énfasis no se limita a enumerar carencias, sino a distinguir aquellos problemas que, por su magnitud, persistencia y efectos acumulativos, adquieren un carácter estructural y representan riesgos para la sostenibilidad, la equidad y la capacidad de respuesta del sistema de salud estatal en el mediano y largo plazo.

Asimismo, este capítulo integra los resultados del análisis FODA, utilizándolos no como un listado descriptivo, sino como un insumo explicativo que permite comprender cómo las debilidades internas y las amenazas externas interactúan con las fortalezas y oportunidades del sistema, configurando escenarios de riesgo y de intervención prioritaria. De esta forma, se establece una base analítica sólida y coherente para la toma de decisiones estratégicas y para la orientación de los recursos públicos hacia los problemas de mayor impacto social.

5.1 Enfoque metodológico para la identificación y análisis de problemas públicos

La identificación y análisis de los problemas públicos del sector salud se realizó mediante un enfoque metodológico integrado, que articula la evidencia cuantitativa y cualitativa del diagnóstico situacional con herramientas de análisis estratégico y criterios explícitos de priorización. Este enfoque permite transitar de la descripción de condiciones actuales a la delimitación precisa de problemas estructurales, entendidos como situaciones persistentes que afectan de manera sistemática el desempeño del sistema de salud y la garantía del derecho a la salud.



5.1.1. Vinculación con el diagnóstico situacional

El punto de partida del análisis de problemas es el Diagnóstico **situacional** del sector salud, el cual documenta las condiciones demográficas, epidemiológicas, de acceso, infraestructura, recursos humanos, financiamiento, gobernanza e innovación tecnológica del sistema de salud en Aguascalientes. Cada problema identificado en este capítulo se deriva directamente de los hallazgos del diagnóstico, asegurando trazabilidad entre la evidencia empírica y la formulación de los problemas públicos.

Esta vinculación permite evitar la introducción de supuestos no sustentados y garantiza que los problemas definidos respondan a patrones observados, brechas verificables y tendencias de largo plazo, tales como el envejecimiento poblacional, la carga creciente de enfermedades crónicas, la fragmentación institucional, las desigualdades territoriales en el acceso a servicios y las limitaciones estructurales de la capacidad instalada. De este modo, los problemas públicos no se conciben como eventos aislados, sino como manifestaciones de dinámicas sistémicas que requieren respuestas integrales.

5.1.2. Integración del análisis FODA como herramienta explicativa

El análisis FODA se incorpora en este capítulo como una herramienta explicativa que complementa y profundiza la lectura del diagnóstico. Las debilidades y amenazas identificadas en el FODA se reinterpretan como expresiones de problemas públicos estructurales, mientras que las fortalezas y oportunidades permiten contextualizar las capacidades existentes y los márgenes reales de intervención del sector público estatal.

Esta integración facilita comprender cómo ciertas fortalezas, como la cobertura relativamente alta de servicios o los avances tecnológicos recientes, coexisten con debilidades persistentes en infraestructura, recursos humanos o coordinación institucional. Asimismo, permite identificar cómo amenazas externas, como la presión financiera derivada del envejecimiento o la creciente demanda de servicios especializados, amplifican problemas internos si no se actúa de manera oportuna. El FODA, por tanto, no se utiliza como un ejercicio



descriptivo, sino como un insumo analítico para explicar la génesis y la complejidad de los problemas del sector.

A partir del análisis FODA presentado, es posible identificar de manera sistemática las principales tensiones estructurales que enfrenta el sector salud en el estado de Aguascalientes. Las fortalezas y oportunidades evidencian capacidades existentes y márgenes de acción institucional, mientras que las debilidades y amenazas revelan brechas persistentes en el acceso efectivo, la infraestructura, los recursos humanos, el financiamiento, la gobernanza y el aprovechamiento de la innovación.

En conjunto, estos elementos permiten transitar del diagnóstico descriptivo a la delimitación analítica de problemas públicos estructurales, los cuales se caracterizan por su magnitud, su tendencia de largo plazo, su impacto social y económico, y los riesgos sistémicos asociados a su no atención. Sobre esta base se definen, en los apartados siguientes, los problemas prioritarios que orientan la formulación de objetivos estratégicos y estrategias de intervención de largo plazo del Programa Sectorial de Salud.

Tabla 11. Análisis FODA del sector salud en Aguascalientes

TEMA	ELEMENTO	FORTALEZA	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
Diagnóstico territorial	Disponibilidad de infraestructura en materia de salud	Presencia de equipamiento urbano básico que puede servir como plataforma para la expansión, reconversión o integración funcional de infraestructura de salud.	Planeación funcional y escalable de la infraestructura de salud con base en la demanda real y futura, considerando crecimiento poblacional y transición demográfica.	Déficit de infraestructura de salud de primer, segundo y tercer nivel en relación con estándares de atención por población.	Presión creciente sobre la infraestructura existente derivada del aumento poblacional, el envejecimiento y la mayor demanda de atención especializada.
	Segregación espacial de la infraestructura en salud	Existencia de red vial y conectividad intraurbana y regional que	Planeación territorial e intermunicipal para redistribuir infraestructura y	Distribución desigual del equipamiento y servicios especializados,	Profundización de brechas de acceso a servicios especializados



TEMA	ELEMENTO	FORTALEZA	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
		facilita el desplazamiento hacia servicios de salud.	fortalecer el primer nivel de atención aprovechando la conectividad existente.	con concentración en áreas centrales y déficit en periferias y zonas rurales.	entre zonas metropolitanas, periferias urbanas y localidades rurales.
Cobertura universal	Nivel de cobertura y afiliación	Marco institucional y normativo que reconoce el derecho a la protección de la salud y establece esquemas de afiliación.	Mejora de las condiciones del empleo formal que amplíe la base de afiliación a sistemas de seguridad social.	Persistencia de una proporción relevante de población sin afiliación efectiva, especialmente en sectores informales y vulnerables.	Incremento de la vulnerabilidad social y del gasto de bolsillo en salud ante ausencia de cobertura efectiva.
	Calidad de atención en instituciones públicas	Existencia de normas oficiales, lineamientos y programas que orientan la prestación y evaluación de servicios de salud.	Fortalecimiento de mecanismos de monitoreo de calidad, seguridad del paciente y eficiencia operativa.	Limitaciones en calidad y eficiencia de la atención, reflejadas en tiempos de espera prolongados y restricciones de recursos humanos y materiales.	Pérdida de confianza en servicios públicos y mayor recurrencia a servicios privados, con impacto financiero en los hogares.
	Cambios en el perfil epidemiológico y demográfico	Avances médicos y de salud pública que han contribuido a reducir mortalidad temprana y mejorar la calidad de vida.	Reorientación del modelo de atención hacia esquemas preventivos, detección temprana y manejo integral de enfermedades crónicas.	Capacidad limitada del sistema para adaptarse oportunamente a la transición demográfica y epidemiológica.	Incremento sostenido de la demanda de servicios básicos y especializados asociado al envejecimiento y a las ecnt.
Infraestructura	Recursos humanos en salud	Existencia de instituciones formadoras y de personal	Fortalecimiento de la formación, atracción y retención de	Déficit de médicos, enfermeras y especialistas por	Sobrecarga laboral, desgaste profesional y



TEMA	ELEMENTO	FORTALEZA	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
		con experiencia en atención médica.	personal alineado a necesidades territoriales.	cada mil habitantes.	deterioro en la calidad de la atención.
	Camas hospitalarias	Presencia de unidades hospitalarias que concentran servicios de segundo y tercer nivel.	Ampliación, reconversión y uso eficiente de camas mediante planeación basada en demanda y fortalecimiento del primer nivel.	Déficit crítico de camas hospitalarias frente a estándares nacionales e internacionales.	Saturación recurrente de servicios hospitalarios, particularmente urgencias y atención especializada.
	Infraestructura sustentable en salud	Potencial para integrar criterios de sostenibilidad ambiental y eficiencia operativa en nueva infraestructura.	Incorporación de enfoques de wash, eficiencia energética y resiliencia institucional.	Ausencia de información sistematizada sobre saneamiento, calidad del agua y resiliencia de la infraestructura sanitaria.	Riesgos ambientales, operativos y financieros ante falta de infraestructura resiliente.
	Desarrollo tecnológico en salud	Avances tecnológicos con potencial para mejorar calidad, equidad y eficiencia del sistema.	Digitalización de servicios, telesalud e interoperabilidad de sistemas de información.	Déficit en incorporación, actualización y aprovechamiento de tecnologías médicas y tic.	Rezago tecnológico frente al crecimiento de la demanda y pérdida de competitividad del sistema público.

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de diagnóstico



Problema estructural 1. Brechas en el acceso efectivo y equitativo a los servicios de salud

El acceso efectivo y equitativo a los servicios de salud continúa siendo un problema estructural en Aguascalientes, a pesar de los niveles relativamente altos de afiliación institucional. La adscripción a un esquema de protección no se traduce necesariamente en atención oportuna y de calidad, lo que evidencia una brecha persistente entre la cobertura administrativa y la cobertura efectiva. Estas brechas presentan una distribución territorial y social desigual, con mayor incidencia en zonas rurales, periferias urbanas y entre grupos poblacionales vulnerables.

Las barreras de acceso son de carácter geográfico, institucional, económico y social. La limitada disponibilidad y cercanía de unidades de salud en determinadas zonas, los tiempos de espera, los requisitos administrativos y los costos indirectos asociados a la atención restringen el uso regular de servicios, especialmente de carácter preventivo. Como consecuencia, se observa un uso intensivo de los servicios de urgencias para la atención de padecimientos que podrían resolverse en el primer nivel, reforzando un modelo reactivo y presionando la capacidad hospitalaria.

Este problema tiene su origen en la fragmentación del sistema de salud, la insuficiente capacidad resolutive del primer nivel de atención y la distribución territorial desigual de los servicios. Sus efectos incluyen diagnósticos tardíos, interrupciones en tratamientos, incremento del gasto de bolsillo y mayor riesgo de gasto catastrófico, así como una profundización de las desigualdades sociales y territoriales en el acceso a la salud.

Problema estructural 2. Insuficiencia y desequilibrio de la infraestructura y capacidad instalada

La infraestructura y la capacidad instalada del sistema de salud presentan déficits y desequilibrios territoriales que limitan la provisión oportuna y de calidad de los servicios. Si bien existe una red amplia de unidades de primer nivel, la concentración de hospitales y servicios especializados en el área metropolitana, junto con un déficit significativo de camas hospitalarias, coloca al sistema en una situación de vulnerabilidad estructural.



Estas limitaciones responden a una planeación históricamente orientada al corto plazo, insuficiente para anticipar el crecimiento poblacional, el envejecimiento y el aumento de la demanda de atención especializada y cuidados de largo plazo. La falta de evaluaciones integrales sobre resiliencia y condiciones de infraestructura dificulta la gestión preventiva del riesgo y la respuesta ante contingencias sanitarias.

Las consecuencias se reflejan en la saturación recurrente de hospitales, mayores tiempos de espera, traslados prolongados de pacientes y una capacidad limitada para responder a choques sanitarios. De persistir estas condiciones, se profundizarán las desigualdades territoriales y aumentarán los riesgos operativos y financieros del sistema.

Problema estructural 3. Déficit y distribución inequitativa de recursos humanos para la salud

Los recursos humanos para la salud presentan un déficit funcional y una distribución territorial inequitativa, a pesar de que los indicadores agregados del estado se ubican en niveles relativamente favorables. La disponibilidad de médicos generales resulta insuficiente para fortalecer el primer nivel de atención, mientras que los especialistas se concentran en hospitales metropolitanos, limitando la cobertura en otras regiones.

Las causas de este problema incluyen condiciones laborales exigentes, esquemas de contratación heterogéneos, falta de incentivos para la permanencia en zonas periféricas y brechas en la formación especializada alineada con las necesidades futuras. Estas condiciones generan sobrecarga laboral, rotación frecuente de personal y debilitamiento de la continuidad de la atención.

En el mediano y largo plazo, el envejecimiento poblacional y el incremento de enfermedades crónicas incrementarán la presión sobre un sistema que no cuenta con suficientes recursos humanos distribuidos de manera equitativa, comprometiendo la calidad, la prevención y la sostenibilidad operativa.



Problema estructural 4. Fragmentación institucional y debilidades en la gobernanza del sistema de salud

El sistema de salud en Aguascalientes opera bajo una estructura fragmentada, con múltiples subsistemas que funcionan con reglas, financiamiento y sistemas de información no integrados. Esta fragmentación limita la eficiencia en el uso de recursos, genera duplicidades y vacíos de atención, y dificulta la continuidad del cuidado, especialmente para pacientes con padecimientos crónicos.

Las causas estructurales incluyen marcos normativos desarticulados, planeación sectorial no integrada y capacidades limitadas de coordinación interinstitucional. Como resultado, se observan diferencias relevantes en la calidad de la atención según el tipo de afiliación y una menor capacidad para desarrollar escenarios prospectivos y políticas de largo plazo.

El Consejo Aguascalientes representa un espacio con potencial para fortalecer la gobernanza del sistema, al fungir como instancia de articulación estratégica, seguimiento de objetivos y alineación de esfuerzos interinstitucionales, siempre que se fortalezcan sus atribuciones y capacidades operativas.

Problema estructural 5. Limitaciones del financiamiento y de la protección financiera en salud

El financiamiento del sistema de salud presenta insuficiencias estructurales y una alta dependencia del gasto de bolsillo de los hogares, lo que debilita la protección financiera y refuerza desigualdades en el acceso. El gasto público resulta limitado para cubrir las necesidades actuales y futuras, mientras que el gasto privado tiende a concentrarse en los hogares con mayor capacidad económica.



La ausencia de una planeación multianual del gasto en salud restringe la posibilidad de realizar inversiones sostenidas en infraestructura, recursos humanos y atención de enfermedades crónicas. Estas condiciones incrementan el riesgo de gasto catastrófico y empobrecimiento por motivos de salud, especialmente en población vulnerable.

A largo plazo, el envejecimiento poblacional y el aumento de la demanda especializada representan presiones significativas sobre la sostenibilidad financiera del sistema si no se fortalecen los mecanismos de financiamiento y protección financiera.

Problema estructural 6. Aprovechamiento limitado de la innovación, la tecnología y la salud digital

El uso de la innovación y la salud digital en el sistema de salud presenta avances relevantes, pero aún es fragmentado e insuficiente para apoyar de manera integral la planeación, la prevención y la cobertura efectiva. Persisten brechas de conectividad, especialmente en zonas rurales, así como una baja interoperabilidad de los sistemas de información entre instituciones.

Este rezago responde a la ausencia de una gobernanza digital clara, la falta de estándares comunes, el déficit de capital humano especializado y la inexistencia de un Centro Estatal de Datos en Salud. Estas limitaciones reducen la capacidad predictiva del sistema y dificultan la transición hacia modelos de atención más preventivos y basados en datos.

La no intervención perpetúa un modelo reactivo, con pérdida de eficiencia y calidad, y refuerza inequidades territoriales y sociales, comprometiendo la capacidad del sistema para adaptarse a los retos futuros con una visión de largo plazo hacia 2050.



5.2. Síntesis de problemas públicos prioritarios y jerarquización estratégica

Este apartado integra de manera analítica los hallazgos del diagnóstico situacional y del análisis FODA, con el propósito de identificar, depurar y jerarquizar los problemas públicos estructurales del sector salud en Aguascalientes. La síntesis permite transitar de un diagnóstico descriptivo hacia una comprensión estratégica de los nudos críticos que condicionan el desempeño del sistema, estableciendo una base sólida para la definición de objetivos, estrategias e instrumentos de intervención de largo plazo.

La revisión del FODA se realizó bajo tres criterios rectores: coherencia interna con el diagnóstico desarrollado en el Capítulo 4, consistencia lógica entre fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, y pertinencia estratégica para un horizonte de planeación al 2050. Cuando se identificaron incongruencias, ambigüedades o formulaciones normativas no sustentadas empíricamente, se realizaron ajustes de redacción y enfoque, manteniendo la idea central original.

5.2.1. Relación FODA–problemas estructurales

El análisis FODA permite explicar cómo determinadas debilidades estructurales, combinadas con amenazas de contexto, configuran problemas públicos persistentes que limitan el acceso efectivo, la calidad, la equidad y la sostenibilidad del sistema de salud. A su vez, las fortalezas existentes y las oportunidades identificadas no se traducen automáticamente en mejoras sistémicas debido a fallas de articulación institucional, planeación de corto plazo y capacidades de gestión limitadas.



De esta relación se desprenden seis problemas estructurales prioritarios: brechas en el acceso efectivo, insuficiencia de infraestructura y capacidad instalada, déficit y distribución inequitativa de recursos humanos, fragmentación institucional, limitaciones del financiamiento y bajo aprovechamiento de la innovación y la salud digital. Cada uno de estos problemas se encuentra respaldado por evidencia diagnóstica cuantitativa y cualitativa, así como por patrones recurrentes identificados en el FODA.

5.2.2. Jerarquización de problemas para intervención de largo plazo

La jerarquización de los problemas se realizó considerando cinco criterios: magnitud actual del problema, tendencia de largo plazo, impacto social y económico, riesgo sistémico para el funcionamiento del sistema de salud y capacidad de intervención pública desde el ámbito estatal. Bajo esta lógica, se priorizan aquellos problemas que, de no ser atendidos de manera estructural, comprometen la sostenibilidad integral del sistema y amplifican desigualdades territoriales y sociales.

El ejercicio de jerarquización no implica excluir problemas secundarios, sino establecer una secuencia estratégica de atención que permita orientar recursos, capacidades institucionales y esfuerzos de coordinación hacia los factores con mayor efecto multiplicador.

5.2.3. Base analítica para la definición de objetivos estratégicos

La síntesis de problemas priorizados constituye el puente metodológico entre el diagnóstico y la formulación de objetivos estratégicos. Cada problema estructural identificado se vincula directamente con líneas de intervención potenciales, lo que permitirá, en capítulos posteriores, definir objetivos claros, medibles y alineados con la Visión Aguascalientes 2050, así como con principios de equidad, eficiencia y resiliencia del sistema de salud.



Tabla 12. Síntesis de problemas estructurales priorizados del sector salud en Aguascalientes

PROBLEMA ESTRUCTURAL	CAUSAS PRINCIPALES	EVIDENCIA DIAGNÓSTICA	PRIORIDAD ESTRATÉGICA
Brechas en el acceso efectivo y equitativo a los servicios de salud	Fragmentación institucional, barreras geográficas y económicas, debilidad del primer nivel de atención	Diferencia entre afiliación y uso efectivo; alta utilización de urgencias por población sin derechohabiencia; mapas de accesibilidad	Muy alta
Insuficiencia y desequilibrio de la infraestructura y capacidad instalada	Planeación histórica de corto plazo, crecimiento poblacional y envejecimiento, concentración urbana	Déficit de camas por mil habitantes frente a estándares OMS; concentración metropolitana de hospitales	Muy alta
Déficit y distribución inequitativa de recursos humanos para la salud	Condiciones laborales, falta de incentivos territoriales, brechas en formación especializada	Personal médico y de enfermería por debajo de estándares; concentración urbana del personal	Alta
Fragmentación institucional y debilidades en la gobernanza	Marcos normativos desarticulados, baja coordinación interinstitucional	Coexistencia de subsistemas, baja interoperabilidad, duplicidades de atención	Alta
Limitaciones del financiamiento y de la protección financiera	Dependencia del gasto de bolsillo, ausencia de planeación multianual	Persistencia de población sin cobertura efectiva; presión por ecnt	Media-alta
Aprovechamiento limitado de la innovación y la salud digital	Falta de gobernanza digital, déficit de capital humano, fragmentación de sistemas	Baja interoperabilidad, brechas de conectividad, ausencia de centro estatal de datos	Media-alta

Fuente: elaboración propia.



OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LARGO PLAZO

SALUD 2050



6.1 Visión estratégica y propósito al 2050

Aguascalientes enfrenta una transición sanitaria y territorial compleja, caracterizada por el envejecimiento poblacional, el incremento de enfermedades crónicas, la presión migratoria sostenida, la expansión urbana acelerada y la persistencia de desigualdades territoriales en el acceso efectivo a los servicios de salud. Este contexto obliga a replantear el modelo de planeación del sector, reconociendo que no es viable ni financieramente sostenible aspirar a una cobertura homogénea absoluta en todo el territorio, sino a un sistema capaz de priorizar, redistribuir capacidades y anticipar riesgos.

La visión estratégica de largo plazo plantea convertir a Aguascalientes en un sistema sanitario resiliente, equitativo, predictivo y centrado en las personas, mediante un cambio de paradigma que transite de la expansión reactiva de infraestructura hacia una planeación territorial integrada, preventiva y digital.

Este enfoque asume como principios rectores el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, la redistribución territorial del acceso, la continuidad del cuidado a lo largo del curso de vida y el uso estratégico de datos, inteligencia artificial y tecnologías digitales como instrumentos para reducir brechas y no como fines en sí mismos.

El Programa Sectorial de Salud con horizonte al año 2050 se estructura a partir de un conjunto de objetivos estratégicos de largo plazo, concebidos como resultados estructurales deseables del sistema de salud, y no como metas operativas de corto plazo. Estos objetivos responden a los problemas públicos identificados en el diagnóstico y orientan las estrategias, proyectos e indicadores subsecuentes.



6.2. Objetivo general del Programa

Garantizar, hacia 2050, un sistema de salud estatal universal efectivo, equitativo, integrado, resiliente y financieramente sostenible, que asegure el acceso oportuno y continuo a servicios de calidad para la población de Aguascalientes, respondiendo de manera anticipada a los cambios demográficos, epidemiológicos, territoriales y tecnológicos, y fortaleciendo la capacidad institucional del sector mediante la atención primaria, la innovación y una gobernanza articulada.

6.3 Objetivos estratégicos de largo plazo por eje

Los objetivos estratégicos se formulan para atender causas estructurales del sistema de salud y orientar su transformación de largo plazo. Se organizan en ejes alineados al Programa Sectorial y a los desafíos identificados en el diagnóstico.

Tabla 13. Objetivos estratégicos por eje al 2050

EJE ESTRATÉGICO	OBJETIVO ESPECÍFICO
Acceso efectivo y equidad en salud	Garantizar que la población del estado acceda oportunamente a servicios de salud efectivos, con especial atención a las brechas territoriales, socioeconómicas y poblacionales, asegurando que la localización geográfica, la condición social o la movilidad no constituyan barreras estructurales al derecho a la salud.
Infraestructura y capacidad instalada	Desarrollar una red de infraestructura de salud suficiente, funcional y territorialmente equilibrada, capaz de responder de manera resiliente al



EJE ESTRATÉGICO	OBJETIVO ESPECÍFICO
	crecimiento de la demanda, a la transición demográfica y a escenarios de contingencia sanitaria.
Recursos humanos para la salud	Consolidar un sistema de recursos humanos suficiente, distribuido de manera equitativa, con competencias alineadas a los perfiles epidemiológicos presentes y futuros, y con condiciones laborales que favorezcan la estabilidad, el desempeño y la permanencia en zonas prioritarias.
Gobernanza y articulación institucional	Fortalecer la gobernanza del sistema de salud mediante mecanismos efectivos de coordinación interinstitucional, planeación multianual y uso estratégico de información, reduciendo la fragmentación y mejorando la eficiencia sistémica
Financiamiento y protección financiera	Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema de salud y la protección de los hogares frente a gastos catastróficos, mediante una asignación eficiente de recursos, el fortalecimiento del gasto preventivo y esquemas financieros compatibles con las presiones de largo plazo.
Innovación y salud digital	Incorporar de manera estructural la innovación tecnológica y la salud digital como habilitadores del acceso, la eficiencia, la continuidad de la atención y la toma de decisiones basada en evidencia.

Fuente: Elaboración propia

6.4. Enfoques transversales de política pública

La consecución de los objetivos estratégicos se sustenta en enfoques transversales que deben permear todas las intervenciones del sector salud:

- Equidad territorial y social.
- Enfoque de curso de vida.
- Prevención y atención primaria como eje estructural.
- Sostenibilidad financiera, ambiental y operativa.
- Innovación y uso estratégico de datos.
- Corresponsabilidad interinstitucional e intersectorial.



6.5 Alineación estratégica de largo plazo

Los objetivos estratégicos del Programa se alinean con la Visión Aguascalientes 2050, particularmente en los ejes de desarrollo humano, cohesión social, sostenibilidad y resiliencia institucional, así como con la Agenda 2030, en especial el ODS 3 y los objetivos asociados a reducción de desigualdades y fortalecimiento institucional. Esta alineación asegura que la transformación del sistema de salud contribuya de manera integral al desarrollo estatal de largo plazo.

ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN A LARGO PLAZO

SALUD 2050



El presente capítulo desarrolla las estrategias, programas y proyectos de largo plazo mediante los cuales el sector salud del estado de Aguascalientes avanzará en el cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos en el Capítulo 6. A diferencia de dicho capítulo, aquí se concentra el componente operativo-estratégico, estableciendo qué se hará, dónde, en qué secuencia temporal y bajo qué lógica territorial, sin incorporar aún indicadores finales ni escenarios prospectivos completos.

Las estrategias se organizan en Programas Estratégicos, alineados a los ejes del Programa Sectorial y a los problemas estructurales identificados en el diagnóstico. Cada programa se despliega en líneas de acción estructuradas y se operacionaliza mediante proyectos estratégicos ancla y proyectos territoriales, con un enfoque explícito de priorización, realismo fiscal y concentración de recursos.

7.1. Roadmap estratégico de implementación 2026–2050

La implementación de las estrategias se concibe como un proceso **gradual, secuencial y acumulativo**, organizado en tres grandes etapas que funcionan como marco temporal común para todos los programas estratégicos.

Etapas I. FUNDACIÓN (2026–2030)

En esta etapa se construyen las capacidades básicas del sistema y los instrumentos de planeación territorial y gobernanza necesarios para sostener la transformación posterior.

Principal énfasis en:

- Desarrollo del Mapa Sanitario 5D y de la zonificación territorial prioritaria.
- Arranque de nodos regionales de APS en zonas críticas.
- Implementación inicial del registro sanitario migrante.



- Proyectos piloto de salud digital y telemedicina.
- Inicio de proyectos hospitalarios ancla.
- Creación de instrumentos financieros y de coordinación interinstitucional.

Etapa II. INTEGRACIÓN (2031–2040)

Corresponde a la expansión controlada y al ajuste fino de las intervenciones, priorizando eficiencia, calidad y continuidad del cuidado.

Principal énfasis en:

- Consolidación de nodos regionales y corredores sanitarios.
- Integración funcional de redes de servicios y movilidad sanitaria.
- Fortalecimiento del capital humano especializado y su redistribución territorial.
- Escalamiento de la interoperabilidad digital.
- Operación plena de proyectos hospitalarios estratégicos.

Etapa III. TRANSFORMACIÓN (2041–2050)

Esta etapa consolida un sistema territorial inteligente, con alta capacidad predictiva, resiliencia institucional y sostenibilidad financiera.

Principal énfasis en:

- Red territorial de salud plenamente operativa.
- Uso sistemático de datos e inteligencia artificial para planeación.
- Integración de financiamiento complementario y esquemas innovadores.
- Reducción sostenida de brechas territoriales críticas.



7.2. Estrategias territoriales y programas estratégicos de intervención

Programa Estratégico 1. Acceso efectivo, equidad territorial y fortalecimiento del primer nivel de atención

Objetivo del programa

Garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a los servicios de salud mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención y la implementación de estrategias territoriales diferenciadas que reduzcan desigualdades estructurales.

Líneas de acción estratégicas

1. Reconfigurar el primer nivel de atención como eje del sistema, incrementando su capacidad resolutive clínica y preventiva.
2. Implementar zonificación territorial sanitaria integrada con base en vulnerabilidad social, densidad poblacional, migración y carga de enfermedad.
3. Desarrollar nodos regionales de APS y atención migratoria en corredores prioritarios.
4. Desplegar redes de promotores comunitarios y unidades móviles en zonas rurales y periurbanas.
5. Reducir el uso inadecuado de urgencias mediante referencia efectiva y continuidad del cuidado.

Programa Estratégico 2. Infraestructura sustentable y descentralizada de salud

Objetivo del programa

Alinear y transformar la infraestructura sanitaria del estado bajo criterios de equidad territorial, resiliencia, sostenibilidad ambiental y calidad clínica.



Líneas de acción estratégicas

1. Expansión y descentralización de la infraestructura hospitalaria hacia regiones con déficit estructural.
2. Desarrollo de hospitales verdes con eficiencia energética, WASH y gestión de residuos.
3. Fortalecimiento de infraestructura de alta especialidad en nodos estratégicos.
4. Integración de criterios de resiliencia frente a riesgos sanitarios y climáticos.
5. Optimización logística y de tiempos de traslado mediante redes funcionales.

Proyectos estratégicos ancla

- Hospital de Traumatología de Pabellón de Arteaga.
- Hospital Regional Oriente (El Chiflido).

Programa Estratégico 3. Estrategias territoriales rurales y de alta vulnerabilidad

Objetivo del programa

Reducir brechas de acceso en territorios rurales, dispersos y periurbanos donde no es viable un modelo tradicional de infraestructura fija.

Líneas de acción estratégicas

1. Rehabilitación funcional de centros de salud rurales prioritarios.
2. Casas de salud comunitarias con enfoque preventivo.
3. Clínicas móviles con telemedicina y agenda regular.
4. Caravanas de salud integradas a microredes territoriales.



7.3 Estrategias de talento humano para la salud

Este bloque integra íntegramente las acciones relativas a disponibilidad, distribución, permanencia y calidad del talento humano.

Líneas estratégicas

1. Becas estatales con retorno de servicio en zonas prioritarias.
2. Convenios ISSEA–IEA–universidades para formación alineada a necesidades territoriales.
3. Incentivos económicos, profesionales y sociales para retención territorial.
4. Comité interinstitucional de planeación de RH y padrón estatal de seguimiento.
5. Programas de capacitación continua, liderazgo clínico y evaluación de desempeño.
6. Estrategias de bienestar laboral, clima organizacional y cultura de seguridad del paciente.



7.4 Estrategias para cobertura universal efectiva y densidad poblacional

Líneas de acción estructurales

1. Transición de afiliación nominal a cobertura efectiva.
2. Fortalecimiento de APS en corredores de alta densidad.
3. Integración de RISS estatales.
4. Protección financiera para población sin derechohabiencia estable.
5. Atención integral a crónicos y envejecimiento.
6. Planeación territorial basada en densidad y accesibilidad.
7. Microredes sanitarias y movilidad médica programada.
8. Modelos predictivos de demanda.
9. Redistribución territorial de personal.
10. Optimización del uso de infraestructura existente.



7.5 Estrategias de innovación, tecnología médica y TICs

Líneas estratégicas

1. Interoperabilidad total del expediente clínico electrónico.
2. Telemedicina, telemonitorización y teleintervención.
3. Creación y operación del Centro Estatal de Datos en Salud (CEDAS).
4. Biobanco digital y analítica avanzada.
5. Formación continua en competencias digitales.
6. Ciberseguridad y protección de datos.
7. Aplicación de inteligencia artificial a planeación y prevención.
8. Desarrollo de alta especialidad, robótica y cirugía asistida.
9. Alianzas público-privadas para innovación tecnológica.

7.6 Proyectos estratégicos integradores

Los programas se operacionalizan mediante proyectos estratégicos, priorizados por impacto territorial, viabilidad financiera y alineación con el roadmap 2026–2050. Estos proyectos constituyen los vehículos principales de implementación y serán sujetos de seguimiento específico en el Capítulo 8.

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

SALUD 2050



El presente capítulo establece el sistema de indicadores de evaluación y seguimiento del Programa Sectorial de Salud con horizonte al año 2050. Su función es medir de manera objetiva, periódica y comparable el avance en el cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos en el Capítulo 6 y la efectividad de las estrategias y programas descritos en el Capítulo 7.

Este capítulo concentra exclusivamente información cuantificable, con línea base, metas intermedias y finales, así como fuentes y responsables claros. No incorpora narrativa prospectiva ni definiciones operativas, las cuales se abordan en otros capítulos.

8.1 Enfoque metodológico del sistema de indicadores

El sistema de indicadores se estructura bajo los siguientes principios:

- Trazabilidad directa diagnóstico–problema–objetivo–estrategia–resultado.
- Organización por eje estratégico del Programa Sectorial.
- Jerarquización en indicadores principales (KPIs) e indicadores complementarios.
- Metas escalonadas en tres horizontes: 2030, 2040 y 2050.
- Alineación con indicadores OMS/OPS y sistemas nacionales (SINAIS, ENSANUT, ENIGH), ajustados al contexto estatal.
- Uso prioritario de fuentes oficiales y registros administrativos institucionales.



8.2 Matriz de indicadores estratégicos de evaluación y seguimiento

Eje 1. Acceso efectivo y equidad en salud

Indicadores principales

INDICADOR	UNIDAD	LÍNEA BASE (2024)	META 2030	META 2050	FUENTE / FRECUENCIA	RESPONSABLE
Población que reside a <30 minutos de un punto efectivo de APS (fijo o móvil)	% población	Nd	65%	75%	80–85%	Análisis territorial / bienal
Reducción de urgencias evitables (APS) en corredores intervenidos	% reducción	Nd	15%	25%	30–40%	Registros hospitalarios / anual
Cobertura efectiva de atención en salud	% población	Nd	80%	85%	≥90%	ENSANUT / bienal
Población que reside a <30 minutos de un punto efectivo de APS (fijo o móvil)	% población	Nd	65%	75%	80–85%	Análisis territorial / bienal

Fuente: Elaboración propia

Indicadores complementarios

INDICADOR	UNIDAD	LÍNEA BASE (2024)	META 2030	META 2050	FUENTE / FRECUENCIA	RESPONSABLE
Diferencia de acceso efectivo urbano–rural	Puntos porcentuales	Nd	-20%	-35%	Brecha mínima	ENSANUT / bienal
Tiempo promedio de espera para consulta de primer nivel	Días	Nd	≤5	≤3	≤2	Registros APS / anual
Hospitalizaciones por condiciones sensibles a APS	Tasa por 10,000 hab.	Nd	-15%	-25%	-35%	SINAIS / anual

Fuente: Elaboración propia



Eje 2. Infraestructura y capacidad instalada

Indicadores principales

INDICADOR	UNIDAD	LÍNEA BASE (2024)	META 2030	META 2050	FUENTE / FRECUENCIA	RESPONSABLE
Camas hospitalarias por 1,000 habitantes	Camas / 1,000 hab.	Déficit	≥2.0	≥2.5	Estándar OMS	SINAIS / anual
Municipios con hospital de segundo nivel	% municipios	Nd	60%	80%	≥90%	Inventario ISSEA / bienal

Fuente: Elaboración propia

Indicadores complementarios

INDICADOR	UNIDAD	LÍNEA BASE (2024)	META 2030	META 2050	FUENTE / FRECUENCIA	RESPONSABLE
Índice de ocupación hospitalaria promedio	%	Nd	≤90%	≤85%	Rango óptimo	Registros hospitalarios / trimestral
Tiempo promedio de traslado a hospital de segundo nivel	Minutos	Nd	≤45	≤35	≤30	Análisis territorial / bienal
Hospitales con certificación ambiental	% hospitales	Nd	30%	60%	≥80%	Informes técnicos / bienal
Unidades con energía renovable	% unidades	Nd	25%	50%	≥70%	Informes infraestructura / bienal

Fuente: Elaboración propia



Eje 3. Recursos humanos para la salud

Indicadores principales

INDICADOR	UNIDAD	LÍNEA BASE (2024)	META 2030	META 2050	FUENTE / FRECUENCIA	RESPONSABLE
Cobertura de plazas críticas en zonas prioritarias	% plazas	Nd	75%	85%	≥95%	RH institucional / anual
Índice de rotación anual de personal en zonas prioritarias	%	Nd	≤15%	≤10%	≤7%	Rh institucional / anual

Fuente: Elaboración propia

Indicadores complementarios

INDICADOR	UNIDAD	LÍNEA BASE (2024)	META 2030	META 2050	FUENTE / FRECUENCIA	RESPONSABLE
Médicos por 10,000 habitantes	Médicos	Nd	Incremento sostenido	Acorde a perfil	Óptimo	SINAIS / anual
Enfermeras por 10,000 habitantes	Enfermeras	Nd	Incremento sostenido	Acorde a perfil	Óptimo	SINAIS / anual
Horas promedio de capacitación anual por trabajador	Horas	Nd	≥40	≥60	≥80	RH / anual
Índice de satisfacción laboral	Índice	Nd	Mejora sostenida	Alto	Alto y estable	Encuesta interna / bienal

Fuente: Elaboración propia



Eje 4. Gobernanza y articulación institucional

Indicadores principales

INDICADOR	UNIDAD	LÍNEA BASE (2024)	META 2030	META 2050	FUENTE / FRECUENCIA	RESPONSABLE
Interoperabilidad funcional ISSEA–IMSS–ISSSTE	% procesos	Nd	50%	75%	≥95%	Auditoría tic / bienal
Sesiones efectivas del consejo Aguascalientes con seguimiento	% sesiones	Nd	≥70%	≥85%	≥95%	Informes consejo / anual

Fuente: Elaboración propia

Indicadores complementarios

INDICADOR	UNIDAD	LÍNEA BASE (2024)	META 2030	META 2050	FUENTE / FRECUENCIA	RESPONSABLE
Programas con planeación multianual integrada	% programas	Nd	60%	80%	≥95%	Planeación sectorial / bienal

Fuente: Elaboración propia

Eje 5. Financiamiento y protección financiera

Indicadores principales

INDICADOR	UNIDAD	LÍNEA BASE (2024)	META 2030	META 2050	FUENTE / FRECUENCIA	RESPONSABLE
Hogares con gasto catastrófico en salud	% hogares	Nd	≤3%	≤2%	<1–2%	ENIGH / bienal
Proporción del gasto preventivo en salud	% gasto total	Nd	≥20%	≥30%	≥40%	Cuenta pública / anual

Fuente: Elaboración propia



Eje 6. Innovación y salud digital

Indicadores principales

INDICADOR	UNIDAD	LÍNEA BASE (2024)	META 2030	META 2050	FUENTE / FRECUENCIA	RESPONSABLE
Unidades con expediente clínico interoperable	% unidades	Parcial	60%	85%	100%	Informes TIC / anual
Teleconsultas por 1,000 habitantes	Número	Nd	≥50	≥100	≥150	Registros TIC / anual

Fuente: Elaboración propia

Indicadores complementarios

INDICADOR	UNIDAD	LÍNEA BASE (2024)	META 2030	META 2050	FUENTE / FRECUENCIA	RESPONSABLE
Crónicos con telemonitorización activa	% pacientes	Nd	20%	40%	≥60%	Registros clínicos / anual
Incidentes de ciberseguridad críticos	Número	Nd	0	0	0	Auditoría TIC / anual
Rehospitalizaciones evitables	% reducción	Nd	10%	20%	≥30%	SINAIS / anual

Fuente: Elaboración propia

PROYECCIONES A LARGO PLAZO Y ESCENARIOS

SALUD 2050



9.1 Enfoque prospectivo y supuestos generales

El análisis prospectivo del Programa Sectorial de Salud se construye a partir de escenarios, entendidos como trayectorias plausibles del sistema ante distintos niveles de intervención. No se trata de planes operativos, sino de lecturas estructurales del futuro.

El roadmap estratégico se reinterpreta como tres trayectorias:

- Escenario de Fundación.
- Escenario de Consolidación.
- Escenario de Transformación.

Estos escenarios integran tendencias demográficas, epidemiológicas, territoriales, institucionales y financieras identificadas en el diagnóstico.

9.2 Proyecciones estructurales del sistema de salud

Hacia 2050, Aguascalientes enfrentará presiones estructurales simultáneas:

- Déficit persistente de camas hospitalarias frente a estándares OMS si no se interviene.
- Crecimiento sostenido de la demanda hospitalaria, impulsado por enfermedades crónicas.
- Envejecimiento poblacional acelerado, con mayor demanda de servicios especializados y de largo plazo.
- Presión financiera creciente derivada de atención curativa intensiva.
- Persistencia de brechas urbano-rurales en acceso y oportunidad.

Estas proyecciones muestran que la expansión inercial de la infraestructura y del gasto no es suficiente para garantizar sostenibilidad.



9.3 Escenario sin intervención (inercial)

En ausencia de cambios estructurales, el sistema de salud evolucionaría hacia:

- Persistencia de la sobrecarga metropolitana.
- Expansión periurbana sin cobertura efectiva de APS.
- Incremento de hospitalizaciones evitables y uso de urgencias.
- Mayor gasto de bolsillo, saturación hospitalaria y desgaste del personal.

Este escenario implica mayores costos sociales y financieros, con deterioro progresivo de la calidad y la equidad.

9.4 Escenario de intervención gradual y realista

Este escenario asume una intervención financieramente viable y progresiva:

- Reducción parcial de brechas territoriales.
- Priorización de zonas críticas y corredores de demanda.
- Integración funcional, aunque no perfecta, de población migrante.
- Uso incipiente pero creciente de salud digital.

Permite contener el deterioro del sistema, pero no elimina riesgos estructurales de largo plazo.



9.5 Escenario transformacional al 2050

El escenario transformacional plantea un sistema capaz de anticipar, adaptarse y redistribuir capacidades, caracterizado por:

- Red territorial inteligente de APS, hospitales y servicios digitales.
- Cobertura efectiva $\geq 90\%$ en zonas prioritarias.
- Historia clínica única e interoperable.
- Uso de IA y big data para anticipar saturación y demanda.
- Desarrollo de alta especialidad basada en demanda real.
- Turismo médico como fuente complementaria de financiamiento estructural.

Este escenario no persigue cobertura absoluta, sino capacidad adaptativa, predictiva y focalizada.

9.6 Escenarios de riesgo y mitigación

Se identifican riesgos estructurales asociados a:

- Riesgos climáticos y eventos extremos.
- Transiciones demográficas y epidemiológicas.
- Riesgos tecnológicos y de ciberseguridad.
- Brecha digital persistente.
- Riesgos financieros por dependencia del gasto de bolsillo.

La mitigación depende de decisiones tempranas en gobernanza digital, planeación multianual e inversión estratégica.

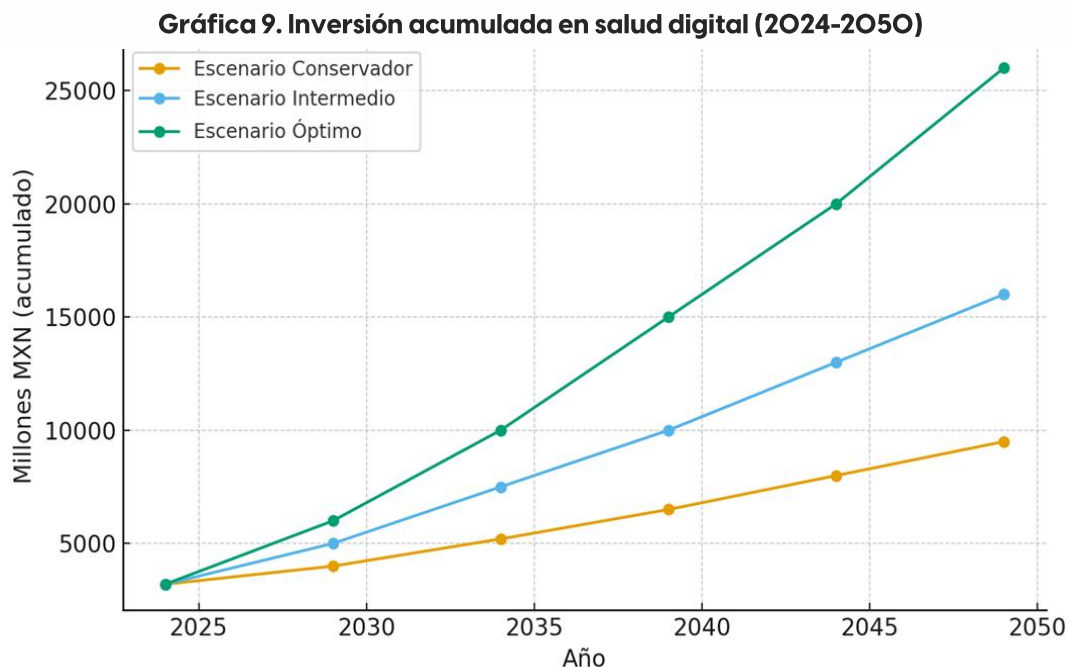
9.7 Escenarios alternativos al 2050

- Escenario óptimo: Salud Inteligente, con integración plena digital y territorial.
- Escenario intermedio: Salud Híbrida, con avances parciales y brechas residuales.
- Escenario crítico: Fragmentación tecnológica y presión financiera crónica.

9.8 Proyecciones de inversión

Se proyectan tres trayectorias de inversión:

- Conservadora: contención del deterioro.
- Intermedia: mejora gradual con riesgos persistentes.
- Óptima: transformación estructural y sostenibilidad.



Fuente: Elaboración propia



BIBLIOGRAFÍA

Organismos Internacionales

Organización Mundial de la Salud (OMS).

- WHO. Universal Health Coverage: Moving Towards Better Health – Action Framework. Ginebra: OMS; 2018.
- WHO. World Health Statistics 2023. Ginebra: OMS; 2023.
- WHO. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2022. Ginebra: OMS; 2022.
- WHO. Global Report on Health Systems Responsiveness. 2020.
- WHO. Ageing and Health. 2021.
- WHO. Primary Health Care: Declaration of Astana. 2018.

Organización Panamericana de la Salud (OPS).

- OPS. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 2014.
- OPS. Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Washington, DC: OPS; 2010.
- OPS. Informe de situación de la salud en las Américas 2022.
- OPS. Marco de acción para la transformación digital del sector salud. 2021.

Banco Mundial.

- Banco Mundial. Global Monitoring Report on Health Expenditure and Financing. Washington, DC; 2022.
- Banco Mundial. Population Aging and Long-Term Care. 2020.



OCDE.

- OECD. Health at a Glance 2023. París: OCDE; 2023.
- OECD. Health Workforce Policy Review. 2021.

2. Fuentes Nacionales (México)

INEGI – Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

- INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.
- INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2022.
- INEGI. Proyecciones de Población 2020–2050.
- INEGI. Perfil Sociodemográfico INEGI Aguascalientes 2020.

CONAPO – Consejo Nacional de Población.

- CONAPO. Proyecciones de la Población de México y Entidades Federativas 2020–2050.
- CONAPO. Índices de marginación por entidad federativa. 2020.

ENSANUT – Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

- ENSANUT Continua 2022. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- ENSANUT COVID 2020.
- ENSANUT 2018–2019.

Secretaría de Salud Federal.

- Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).
- Secretaría de Salud. Indicadores Epidemiológicos Nacionales 2020–2024.
- Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico 2021–2024.



3. Fuentes Estatales (Aguascalientes)

Gobierno del Estado de Aguascalientes.

- Gobierno del Estado de Aguascalientes. Plan Estatal de Desarrollo 2023–2027.
- Gobierno del Estado. Plan Aguascalientes 2050.
- Secretaría de Planeación. Estudios Demográficos y Territoriales 2020–2024.

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes (ISSEA).

- ISSEA. Informe Sectorial de Salud 2022–2024.
- ISSEA. Diagnóstico estatal de infraestructura en salud. 2023.
- ISSEA. Cobertura de Servicios de Salud en Aguascalientes. Reportes internos 2020–2024.
- ISSEA. Plan de Fortalecimiento de Primer Nivel de Atención. 2022.

Secretaría de Desarrollo Urbano Municipal y Estatal.

- SEDUM. Diagnóstico Urbano 2023.
- IMPLAN Aguascalientes. Estudios de Movilidad y Accesibilidad Territorial 2020–2023.
- IMPLAN. Atlas de Riesgos Aguascalientes.
- IMPLAN. Proyección de Crecimiento Urbano Zona Metropolitana 2040.

4. Evidencia científica y artículos de referencia

Acceso y cobertura efectiva:

- Gutiérrez JP, García-Saisó S. "Cobertura efectiva en México: avances, desafíos y oportunidad a futuro". Salud Pública de México. 2019.
- Lozano R et al. "Measuring effective coverage in health systems". Lancet. 2020.



Planificación territorial y densidad:

- Guagliardo M. "Spatial Accessibility Measures: Concept and Applications". Health Services Research. 2004.
- Dávila-Cervantes C. "Accesibilidad geográfica y desigualdad". Rev Panam Salud Pública. 2017.
- Tao Z et al. "Spatial healthcare accessibility in urban areas". International Journal of Health Geographics. 2022.

Envejecimiento:

- Beard JR, et al. World Report on Ageing and Health. OMS; 2015.
- García-González JJ. "Envejecimiento y necesidades de infraestructura en México". Geriatria y Gerontología. 2020

Recursos humanos en salud:

- Buchan J, Campbell J. The Health Workforce of the Future. WHO; 2019.
- Giuffrida A. "Geographical distribution of health workforce: challenges and evidence". OECD Working Paper. 2021.

APS y Redes Integradas:

- Muldoon LK et al. "Primary Care and Health Systems Performance". BMJ. 2018.
- OPS. Aportes para la organización de redes integradas de servicios de salud. 2016.

5. Documentos temáticos complementarios

- ONU. World Population Prospects 2022.
- Lancet Commission on Global Health Systems. Health Systems for the SDGs. 2018.
- ECLAC/CEPAL. Panorama Social de América Latina 2022.
- Harvard School of Public Health. Innovations in Health System Design. 2023.

ANEXO

SALUD 2050



ANEXO 1. Cartera de proyectos estratégicos del programa sectorial de largo plazo de Salud

El sector Salud enfrenta desafíos estructurales asociados a la transición epidemiológica, el envejecimiento poblacional, la desigualdad territorial en el acceso a servicios y la presión financiera derivada del incremento en enfermedades crónicas no transmisibles. La construcción de una cartera de Proyectos Estratégicos en este sector exige superar la lógica fragmentada de programas aislados y avanzar hacia intervenciones integrales que fortalezcan simultáneamente la infraestructura, el capital humano, la prevención, la digitalización y la gobernanza sanitaria.

En este contexto, los proyectos estratégicos no se limitan a ampliar la cobertura, sino que buscan consolidar un modelo de atención centrado en la prevención, la calidad y la equidad, con capacidad de adaptación tecnológica y sostenibilidad financiera hacia el 2050. La articulación entre atención primaria, especialidades, salud pública y gestión institucional constituye el eje transversal de la propuesta sectorial.

La estructuración de los Proyectos Estratégicos Sectoriales responde a una lógica de integración programática que articula de manera coherente los problemas estructurales identificados en el diagnóstico, las estrategias definidas para atenderlos y los indicadores establecidos para medir su desempeño. Estos componentes, aunque analíticamente diferenciados, no necesariamente deben traducirse en proyectos independientes.



En un horizonte de largo plazo, cada proyecto estratégico debe concebirse como una unidad programática transformadora, con suficiente masa crítica institucional y presupuestal, y con capacidad de incidir simultáneamente en diversos resultados e indicadores. Bajo esta lógica, la cartera se organiza con criterios de coherencia sistémica y consistencia causal, integrando intervenciones que comparten problema estructural, población objetivo, arquitectura institucional y propósito estratégico superior. Este enfoque reduce la fragmentación operativa, fortalece la gobernanza de la cartera y potencia el impacto estructural.

Asimismo, la integración programática favorece la eficiencia y sostenibilidad presupuestal, facilita la evaluación en el mediano y largo plazo y permite establecer una secuenciación clara hacia 2030, 2040 y 2050. Los proyectos deben entenderse como un hilo conductor estratégico que orienta la acción pública de largo plazo; la planeación operativa y la ejecución corresponderán a las instancias competentes, asegurando coordinación, seguimiento y evaluación con enfoque transexenal.



1. Sistema Integral de Acceso Efectivo y Atención Primaria en Salud

Descripción

Integra la transición de afiliación nominal a cobertura efectiva, el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS), la consolidación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y los esquemas de protección universal. Este proyecto constituye la columna vertebral del acceso equitativo y resolutivo del sistema.

Alcance

- Cobertura estatal con enfoque territorial prioritario.
- Reconfiguración del modelo de atención hacia resolutividad en primer nivel.
- Integración funcional entre subsistemas.

Población

- Población sin derechohabencia.
- Habitantes en zonas con barreras geográficas o institucionales.
- Usuarios frecuentes de urgencias evitables.

Programación

PERIODO	ENFOQUE ESTRATÉGICO	COMPONENTES CLAVE
2026– 2030	Transición de afiliación nominal a cobertura efectiva con fortalecimiento del primer nivel	Fortalecimiento de APS; integración inicial de RISS; reducción de urgencias evitables; expansión de protección a población sin derechohabencia
2030– 2040	Consolidación estatal de cobertura efectiva y resolutividad en primer nivel	Cobertura efectiva $\geq 85\%$; coordinación plena entre niveles de atención; reducción estructural de uso inadecuado de urgencias
2040– 2050	Universalización y sostenibilidad del modelo de atención primaria integrada	Cobertura efectiva universal; APS como eje del sistema; estabilización del índice estatal de cobertura efectiva



2. Estrategia Estatal de Equidad Territorial y Movilidad Sanitaria

Descripción

Articula la planeación territorial basada en densidad y accesibilidad, la operación de unidades médicas itinerantes y la salud móvil con teleasistencia.

Su finalidad es cerrar brechas geográficas estructurales y reducir tiempos de acceso.

Alcance

- Cobertura rural y periurbana.
- Integración de salud móvil con telemedicina.

Población

- Habitantes en zonas rurales y periurbanas.
- Comunidades con tiempos elevados de traslado.

Programación

PERIODO	ENFOQUE ESTRATÉGICO	COMPONENTES CLAVE
2026– 2030	Implementación de red de movilidad sanitaria en zonas prioritarias	Unidades médicas itinerantes; clínicas móviles con teleasistencia; reducción inicial de tiempos de traslado
2030– 2040	Consolidación territorial y cierre progresivo de brechas	Planeación basada en accesibilidad; cobertura rural ampliada; reducción $\geq 40\%$ en tiempos promedio de acceso
2040– 2050	Equidad territorial estructural en acceso a servicios	Brecha territorial mínima; integración permanente de salud móvil con red hospitalaria



3. Sistema Estatal de Infraestructura Hospitalaria Regionalizada y Resiliente

Descripción

Concentra la expansión, descentralización y modernización hospitalaria, incluyendo hospitales sustentables y nodos regionales de alta especialidad.

Es el proyecto habilitador de capacidad instalada y respuesta ante contingencias.

Alcance

- Construcción y reconversión hospitalaria.
- Integración de estándares de resiliencia.

Población

- Población estatal con énfasis en regiones deficitarias.

Programación

PERIODO	ENFOQUE ESTRATÉGICO	COMPONENTES CLAVE
2026– 2030	Expansión inicial y fortalecimiento de resiliencia hospitalaria	Incremento progresivo de camas; reconversión hospitalaria; incorporación de criterios de sostenibilidad
2030– 2040	Regionalización y consolidación de alta especialidad	Nodos regionales especializados; incremento sostenido de camas por mil habitantes; certificaciones de resiliencia
2040– 2050	Infraestructura homologada a estándares internacionales	≥2 camas por mil habitantes; hospitales verdes consolidados; capacidad plena ante contingencias



4. Sistema Integral de Recursos Humanos para la Salud con Enfoque Territorial

Descripción

Integra formación con retorno de servicio, incentivos para zonas prioritarias, padrón estatal de recursos humanos y profesionalización continua.

Su objetivo es corregir déficit, concentración urbana y problemas de retención.

Alcance

- Formación con retorno de servicio.
- Incentivos territoriales.
- Sistema estatal de gestión de RH.

Población

- Personal médico y de enfermería.
- Zonas prioritarias.

Programación

PERIODO	ENFOQUE ESTRATÉGICO	COMPONENTES CLAVE
2026– 2030	Corrección inicial del déficit y redistribución territorial	Becas con retorno de servicio; incentivos para zonas prioritarias; padrón estatal de RH
2030– 2040	Equilibrio territorial y profesionalización consolidada	Cobertura $\geq 90\%$ en zonas prioritarias; capacitación continua institucionalizada
2040– 2050	Estabilidad estructural y suficiencia de capital humano	Eliminación del déficit estructural; distribución territorial homogénea; retención sostenible



5. Modelo Integral de Gobernanza y Planeación Sanitaria Multianual

Descripción

Supera la fragmentación institucional mediante coordinación interinstitucional, planeación multianual integrada y plataforma estratégica de información.

Es el proyecto transversal que articula al sistema como red funcional.

Alcance

- Integración de subsistemas.
- Planeación multianual articulada.

Población

- Instituciones del sistema estatal de salud.

Programación

PERIODO	ENFOQUE ESTRATÉGICO	COMPONENTES CLAVE
2026– 2030	Instalación del modelo de planeación integrada	Consejo estatal operativo; planeación multianual coordinada; armonización programática Plataforma estratégica de información consolidada; eliminación de duplicidades
2040– 2050	Gobernanza integrada y eficiente de largo plazo	Sistema articulado como red única; planeación prospectiva institucionalizada



6. Sistema Estatal de Protección Financiera y Equidad en Salud

Descripción

Integra protección preventiva, cobertura contra gastos catastróficos y fondo de equidad territorial. Su propósito es reducir estructuralmente el gasto de bolsillo y eliminar el empobrecimiento por motivos de salud.

Alcance

- Fondo de equidad territorial.
- Sistema de cobertura contra gastos catastróficos.

Población

- Hogares en deciles bajos.
- Población sin protección efectiva.

Programación

PERIODO	ENFOQUE ESTRATÉGICO	COMPONENTES CLAVE
2026– 2030	Implementación de mecanismos preventivos de protección financiera	Cobertura contra gastos catastróficos; fondo de equidad territorial; reducción inicial del gasto empobrecedor
2030– 2040	Reducción estructural del gasto de bolsillo	Disminución $\geq 50\%$ de gasto catastrófico; ampliación de protección universal
2040– 2050	Eliminación del empobrecimiento por motivos de salud	Sistema financiero sostenible; gasto de bolsillo en niveles mínimos estructurales



7. Innovación, Salud Digital e Inteligencia Sanitaria

Descripción

Articula expediente clínico interoperable, telemedicina, centro estatal de datos, modelos predictivos de demanda e inteligencia artificial aplicada a planeación y prevención.

Es el proyecto habilitador tecnológico de largo plazo.

Alcance

- Interoperabilidad total del expediente clínico.
- Telemedicina universalizada.
- Sistema predictivo de demanda.

Población

- Usuarios del sistema de salud.
- Instituciones y tomadores de decisión.

Programación

PERIODO	ENFOQUE ESTRATÉGICO	COMPONENTES CLAVE
2026– 2030	Interoperabilidad inicial y digitalización del sistema	Expediente clínico interoperable $\geq 60\%$; expansión de telemedicina; base de datos estatal consolidada
2030– 2040	Consolidación de inteligencia sanitaria y analítica avanzada	Centro estatal de inteligencia; modelos predictivos de demanda; teleconsultas masivas
2040– 2050	Sistema predictivo con IA plenamente integrado	Planeación basada en IA; reducción estructural de rehospitalizaciones evitables; gobernanza digital madura



Matriz Ejecutiva Consolidada 2026–2050

PROYECTO ESTRATÉGICO	META 2030	META 2040	META 2050
Sistema integral de acceso efectivo y atención primaria en salud	≥70% cobertura efectiva; reducción ≥20% urgencias evitables	≥85% cobertura efectiva	Cobertura efectiva universal ≥95%
Estrategia estatal de equidad territorial y movilidad sanitaria	Reducción ≥20% tiempo promedio de acceso en zonas rurales	Reducción ≥40%	Brecha territorial ≤10% respecto a zonas urbanas
Sistema estatal de infraestructura hospitalaria regionalizada y resiliente	1.2 camas por mil hab.	1.6 camas por mil hab.	≥2 camas por mil hab.; resiliencia total
Sistema integral de recursos humanos para la salud con enfoque territorial	Incremento ≥25% personal en zonas prioritarias	Distribución territorial equilibrada ≥90% cobertura	Déficit estructural eliminado
Modelo integral de gobernanza y planeación sanitaria multianual	100% programas con planeación multianual integrada	Interoperabilidad total entre subsistemas	Sistema integrado consolidado
Sistema estatal de protección financiera y equidad en salud	Reducción ≥25% gasto catastrófico	Reducción ≥50%	Eliminación del gasto empobrecedor estructural
Innovación, salud digital e inteligencia sanitaria	≥60% unidades con expediente interoperable	100% interoperabilidad; telemedicina ≥30 consultas por 1,000 hab.	Sistema predictivo con ia integrado y reducción ≥30% rehospitalizaciones evitables

Consideraciones técnicas:

1. Las metas deberán validarse con base en series históricas epidemiológicas, registros administrativos del sistema estatal de salud y proyecciones demográficas y de carga de enfermedad.
2. Se recomienda establecer metas intermedias quinquenales que permitan monitorear cobertura, calidad y resultados en salud (mortalidad evitable, esperanza de vida, acceso efectivo).
3. Cada proyecto estratégico deberá contar con un tablero integral de seguimiento con indicadores de desempeño sanitario y responsables institucionales claramente definidos (Secretaría de Salud, IMSS-Bienestar u organismos equivalentes).
4. La medición deberá armonizar fuentes como registros hospitalarios, sistemas de vigilancia epidemiológica, encuestas nacionales de salud y estadísticas vitales.
5. Se sugiere realizar evaluaciones externas en 2030 y 2040 para recalibrar metas al 2050 conforme a tendencias demográficas, transición epidemiológica e innovación tecnológica en salud.



ANEXO 2. Tabla de trazabilidad del Programa Sectorial de Largo Plazo de Salud

PROBLEMA ESTRUCTURAL IDENTIFICADO EN EL DIAGNÓSTICO	EVIDENCIA EN EL DIAGNÓSTICO	OBJETIVO ESTRATÉGICO ASOCIADO	ESTRATEGIAS VINCULADAS	INDICADOR	PROYETOS ESTRATÉGICOS	TIPO	FASE
Brecha entre afiliación formal y cobertura efectiva	Alta afiliación, pero uso intensivo de servicios de urgencias por población sin derechohabiencia Barreras geográficas e institucionales persistentes	Acceso efectivo y equidad en salud	Transición de afiliación nominal a cobertura efectiva Fortalecimiento de APS Integración de riss Protección financiera a población sin derechohabiencia	Índice estatal de cobertura efectiva uso de urgencias evitables	Sistema integral de acceso efectivo y atención primaria en salud	B	1
Desigualdad territorial en acceso a servicios de salud	Concentración de unidades y personal en zonas urbanas Tiempos de traslado elevados en zonas rurales y periurbanas	Acceso efectivo y equidad en salud	Planeación territorial basada en densidad y accesibilidad Movilidad médica programada Clínicas móviles con telemedicina	Tiempo promedio de acceso a servicios de salud	Estrategia estatal de equidad territorial y movilidad sanitaria	A	1
Insuficiencia y mala distribución de infraestructura hospitalaria	0.7 camas por mil habitantes Déficit frente a estándares internacionales Baja resiliencia ante contingencias	Infraestructura y capacidad instalada	Expansión y descentralización hospitalaria Hospitales verdes Nodos regionales de alta especialidad	Camas hospitalarias por mil habitantes	Sistema estatal de infraestructura hospitalaria regionalizada y resiliente	B	1
Déficit y concentración urbana de recursos humanos	Insuficiente personal médico y de enfermería en zonas periféricas Dificultades de retención	Recursos humanos para la salud	Becas con retorno de servicio Incentivos territoriales Padrón estatal de RH Capacitación continua	Personal de salud por 1,000 habitantes en zonas prioritarias	Sistema integral de recursos humanos para la salud con enfoque territorial	B	2
Fragmentación institucional del sistema de salud	Baja interoperabilidad; duplicidades Planeación desarticulada entre subsistemas	Gobernanza y articulación institucional	Planeación multianual integrada Coordinación interinstitucional Uso estratégico de información	Programas con planeación multianual integrada	Modelo integral de gobernanza y planeación sanitaria multianual	C	2



PROBLEMA ESTRUCTURAL IDENTIFICADO EN EL DIAGNÓSTICO	EVIDENCIA EN EL DIAGNÓSTICO	OBJETIVO ESTRATÉGICO ASOCIADO	ESTRATEGIAS VINCULADAS	INDICADOR	PROYETOS ESTRATÉGICOS	TIPO	FASE
Alta presión del gasto de bolsillo y riesgo de gasto catastrófico	Persistencia de población sin protección financiera efectiva Gasto elevado en deciles bajos	Financiamiento y protección financiera	Fortalecimiento del gasto preventivo Esquemas de protección financiera Fondo de equidad territorial	Hogares con gasto catastrófico en salud	Sistema estatal de protección financiera y equidad en salud	C	2
Aprovechamiento limitado de innovación y salud digital	Sistemas fragmentados Brechas de conectividad Ausencia de centro estatal de datos	Innovación y salud digital	Interoperabilidad total del expediente clínico Telemedicina Analítica avanzada Gobernanza digital	Unidades con expediente clínico interoperable Teleconsultas por 1,000 habitantes	Innovación, salud digital e inteligencia sanitaria	A	2
Baja capacidad predictiva y de planeación basada en evidencia	Planeación reactiva Escaso uso de modelos prospectivos y datos integrados	Innovación y salud digital	Modelos predictivos de demanda Uso de IA en planeación y prevención	Re-hospitalizaciones evitables Cobertura de telemonitorización			

TIPO		FASE	
A	Transformacionales	1	2026–2032
B	Habilitadores institucionales	2	2030–2040
C	Infraestructura estratégica	3	2035–2050
D	Población		



El Programa Sectorial de Salud 2050 forma parte del marco estratégico del Plan Aguascalientes 2050 y orienta la transformación estructural del sistema de salud hacia un modelo con acceso efectivo, equidad territorial y sostenibilidad financiera.

Este documento es un instrumento derivado del Plan Aguascalientes 2050 y fue elaborado bajo la coordinación del Consejo Aguascalientes, con apoyo técnico de la SEPLADE y la participación de actores especializados del sector salud.

Su contenido define objetivos estratégicos, estrategias e indicadores orientados a fortalecer la atención primaria, reducir desigualdades territoriales, mejorar la resiliencia del sistema y aprovechar la innovación y la salud digital como habilitadores del bienestar.

El Programa tiene carácter estratégico y orientador, y constituye una base técnica para alinear políticas públicas, inversiones y decisiones institucionales en materia de salud al horizonte 2050.