

CONTENIDO

CAPTULO I

EL PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON ESTATAL DE DESARROLLO

1.1. Compromisos del gobierno con el sector

CAPTULO II DÓNDE ESTAMOS?

2.1. Cómo se integra el Sector

2.2. Diagnóstico

CAPTULO III A DÓNDE QUEREMOS LLEGAR

3.1. Escenario futuro deseado

CAPTULO IV CÓMO VAMOS A LOGRARLO?

4.1. Objetivos estratégicos

4.2. Estrategias sectoriales y resultados

4.3. Factores críticos de éxito

Alcanzar mejores niveles de bienestar social en la población bajacaliforniana, mediante la acción conjunta del gobierno y sociedad para que las familias y cada individuo tengan acceso a una política social orientada al ejercicio de sus derechos, que coadyuve a generar las condiciones para el desarrollo, pleno y armónico de las personas, es el mayor reto que enfrenta Baja California.

Siendo la salud un derecho fundamental, y la base para el desarrollo de las potencialidades de los individuos, nuestro Estado avanza hacia la consolidación de la garantía del derecho a la protección a la salud al crear las condiciones para que toda la población pueda acceder a los servicios de salud, sin considerar su situación social.

Por ello, el impulso de una visión integradora y de desarrollo estratégico del sector salud resulta trascendental, para promover un cambio sustantivo dentro del marco institucional de provisión de servicios, que privilegie la atención preventiva y que promueva en la sociedad el desarrollo de las capacidades anticipatorias para prevención de daños.

En este sentido, el sector público, social y privado han definido la política estatal de salud como el conjunto de acciones orientadas a generar y fortalecer la oferta de servicios suficientes, oportunos y de calidad a toda la población, con énfasis en la prevención de enfermedades a través de la promoción de aptitudes y actitudes relacionadas con el autocuidado de la salud y la regulación de las condiciones sanitarias, que respondan a las necesidades presentes y se anticipen a escenarios futuros mediatos, de acuerdo a las tendencias epidemiológicas actuales.

Preservar la salud implica el desarrollo de directrices coordinadas y concensuadas con los distintos actores, por lo que el presente programa sectorial de salud debe ser concebido como una declaración del compromiso que el gobierno y sociedad asumen para mejorar la expectativa de una vida saludable y el disfrute irrestricto de uno de los derechos universales del ser humano, la salud.

Lic. José Guadalupe Osuna Millán
Gobernador Constitucional del Estado

En los últimos años Baja California ha presentado un descenso en la mortalidad general, un aumento en esperanza de vida y una reducción importante de la natalidad. Estos tres fenómenos dan lugar a una participación creciente de los adultos mayores en la estructura poblacional, este proceso de envejecimiento y la exposición a riesgos relacionados con estilos de vida no saludables, marcan el predominio de enfermedades crónico-degenerativas, accidentes, cánceres y cardiopatías isquémicas como principales causas de mortalidad y el incremento de la morbilidad por adicciones, accidentes y obesidad.

Sin duda, la transformación de los patrones de daños a la salud impone retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que las etapas intermedias y terminales de las enfermedades que predominan en nuestra población demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, que exige el empleo de alta tecnología y múltiples áreas de especialidad.

En este sentido el compromiso del gobierno y del sector salud en conjunto se hace manifiesto en la transición de un modelo donde la protección a la salud se basa en estrategias integrales y diferenciadas, que por un lado favorezcan el desarrollo de estilos de vida saludables en la población y por otro fortalezcan la capacidad resolutive de todo el sector conforme a las necesidades presentes.

En congruencia con esta política, el Programa Sectorial de Salud 2009-2013 contiene las estrategias y líneas de acción para hacer frente a los problemas de salud que presenta nuestra Entidad, bajo las siguientes directrices que conducirán los esfuerzos sectoriales:

- Énfasis a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;
- Aseguramiento universal, para garantizar acceso a servicios integrales de salud;
- Vigilar que los bienes y servicios estén libres de riesgos sanitarios;
- Garantizar el abasto oportuno de los medicamentos e insumos requeridos;
- Brindar una atención de calidad, con calidez y segura a toda la población, y por último;
- Fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico para ofrecer a los pacientes una atención efectiva y cercana a su lugar de residencia

José Guadalupe Bustamante Moreno

Secretario de Salud del Estado

CAPITULO I. - EL PROGRAMA SECTORIAL DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL PLAN ESTATAL DE DESARROLLO

1.1. COMPROMISOS DEL GOBIERNO EN EL SECTOR

Baja California requiere de un sistema de salud fortalecido, reflejado en un modelo integrado de salud, que coordine esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales y estimule la participación social en la construcción de entornos saludables.

Garantizar el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos, implica la democratización, que traducido al campo de la salud, significa ver a la atención de la salud no como una mercancía, un objeto de caridad o un privilegio, sino como un derecho de todos los ciudadanos.

Este concepto se expresa en cinco valores o cualidades que se consideran claves de perseguir: inclusión social, igualdad de oportunidades, justicia financiera y corresponsabilidad;

La *inclusión social* supone que, en una democracia, todas las personas, independiente de su estatus socio-económico o laboral, tienen el mismo derecho a la protección en salud, que debe basarse en las necesidades de salud, y no a la capacidad de pago de las personas. Este valor le confiere un carácter universal al sistema y vincula el derecho constitucional a la salud al individuo.

La *igualdad de oportunidades* implica que todos los miembros de la sociedad accedan a la misma calidad de atención y al mismo conjunto de servicios.

La *justicia financiera* es un valor que indica que los individuos contribuyen al sistema de salud de acuerdo con su capacidad financiera y reciben servicios de acuerdo con sus necesidades. Los servicios son gratuitos en el punto de entrega y el acceso lo define el prepago. Esto hace posible la solidaridad entre las clases sociales, entre sanos y enfermos, jóvenes y viejos y entre población trabajadora y población dependiente.

La *corresponsabilidad*, es decir la responsabilidad compartida entre gobierno y ciudadanos, y entre los distintos niveles de gobierno. Este valor se operacionaliza a través de los principios de solidaridad financiera y subsidiariedad.

Finalmente, la *autonomía*, entendida como la libertad para elegir de manera informada lo que al usuario mas le conviene, valor que se fortalece con la presupuestación democrática, que empoderar al ciudadano al garantizar que los recursos federales y estatales del sistema de salud sigan a la gente.

En este contexto, el presente Programa Sectorial de Salud instrumenta los objetivos estratégicos que definirán el rumbo y conducirán los esfuerzo de la salud, dentro del marco rector del Plan Estatal de Desarrollo 2008-2013 y en congruencia plena a los principios de: rectoría efectiva del sistema estatal de salud; servicios con calidad y seguridad; financiamiento equitativo y recursos suficientes y oportunos que han sido enmarcados en el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

CAPITULO II.- ENDÓNDE ESTAMOS?

2.1 DESCRIPCIÓN DEL SECTOR

En Baja California, al igual que en el nivel nacional se transita hacia la universalidad en la cobertura de salud mediante la operación de tres seguros públicos:

- El seguro de atención médica para los asalariados del sector privado formal de la economía, el cual integra a la población regida por el apartado A del artículo 123 constitucional;
- El seguro médico para los trabajadores del Sector Público de la economía, esencialmente los regulados por el apartado B del artículo 123 antes referido; y
- El Seguro Popular de salud para los trabajadores no asalariados, los autoempleados, así como sus familiares y dependientes económicos.

Al cierre 2008, de la totalidad de la población en el estado, 2,782, 028 habitantes son derechohabientes de alguna institución de seguridad social y el resto de la población que se registra en 297, 335 habitantes carece de seguridad social.

Asimismo, la oferta de servicios médicos se divide en tres subsistemas: El primer subsistema de seguridad social se orienta a brindar servicios públicos a personas con seguridad social a cargo de varias instituciones que afilian de forma obligatoria a los trabajadores de la economía formal entre las cuales se encuentran:

1. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California (ISSSTECALI).
4. Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)
5. Secretaría de Marina (SEDEMAR)

El financiamiento de estas instituciones se integra por las contribuciones de empleados y patrones, así como de las aportaciones del gobierno federal y estatal respectivamente, no obstante este régimen está limitado exclusivamente a los trabajadores con una relación jurídica laboral, empresas privadas, dependencias y organismos gubernamentales, campesinos organizados, sociedades cooperativas de producción entre otros. El segundo subsistema está dirigido a la atención de personas carentes de seguridad social, siendo las principales instituciones encargadas las siguientes:

1. Instituto de Servicios de Salud del Estado de Baja California (ISESALUD).
2. Instituto Mexicano del Seguro Social-Oportunidades (IMSS-Oportunidades).
3. Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.(IPEBC)
4. Unidad de Especialidades Médicas del Estado de Baja California. (UNEME)

Este subsistema sufrió cambios importantes en su financiamiento a partir de la reforma a la Ley General de Salud en 2003, logrando la incorporación voluntaria y paulatina de todas aquellas familias bajacalifornianas no derechohabientes de las instituciones de seguridad social al Régimen de Protección social en Salud (Seguro Popular).

Finalmente el tercer subsistema proporciona servicios privados a personas con capacidad de pago, el cual por igual a población afiliada a alguna institución de seguridad social o sin afiliación. Sus usuarios son de todos los niveles económicos, los cuales han presentando una demanda cada vez mayor en los últimos años, beneficiados por las carencias en la oferta pública y la dificultad para responder a las cambiantes demandas y requerimientos de la población.

2.2 DIAGNÓSTICO

I.- INTRODUCCIÓN

Factores socio-demográficos que son comunes en la mayoría de los países en desarrollo como son: disminución del crecimiento poblacional, aumento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad por infecciones, aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, las adicciones y los accidentes y lesiones, se convierten en determinantes para entender la situación actual de la salud en México, y en referencia obligada para elaboración de planes, programas y estrategias en salud que respondan a las necesidades actuales y futuras de los problemas de salud en cada una de las regiones del país.

En México los daños a la salud (muerte, enfermedad y discapacidad) tienden a concentrarse de manera creciente en los adultos mayores y se deben sobre todo a padecimientos no transmisibles. Según estimaciones de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud, 84% de las muertes en el país se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones, y 53% se concentran en los mayores de 65 años.

Se han emprendido por el gobierno federal diversos procesos de reforma para realizar y cumplir las tareas del Estado mexicano en materia de protección de la salud. Destaca por su trascendencia, la creación del Sistema de Protección Social en Salud, el cual ha posibilitado que vastos sectores de la población, desvinculados de la seguridad social, tengan acceso a los servicios de salud.

II.- SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

La población total del estado de Baja California en 2009 es de 3,165,776 habitantes, 27.27% más que en el año 2000; el 52.2% son hombres (1,652,671) y el 47.8% mujeres (1,513,105). La distribución por municipio corresponde el 50.24% a Tijuana; 29.25% en Mexicali; 14.39% a Ensenada; 3.35% a Tecate y 2.76% a Playas de Rosarito.

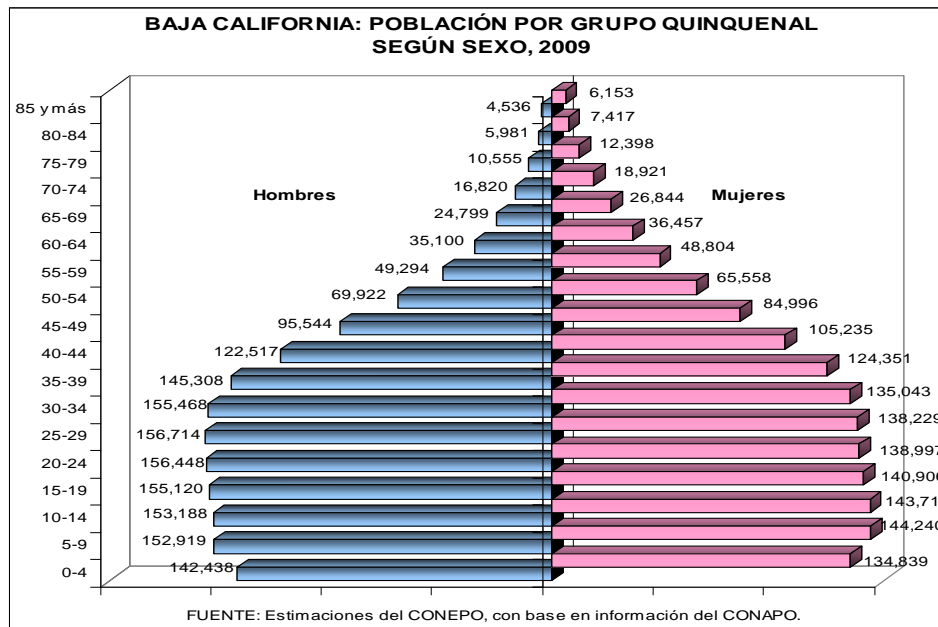
Comparando la pirámide poblacional del estado con nivel nacional se observa una similitud, con base ancha y vértice angosto, es decir, con predominio de la población menor de 15 años (22.99%) y la población de 65 años y más corresponde al 4.25%; el 8.76% al grupo de menores de 5 años, los adolescentes alcanzan el 18.73% y la población económicamente activa (20 a 64 años) corresponde al 58.88% de la población total.

La ubicación geográfica del estado, frontera con los Estados Unidos de Norte América implica la incidencia de factores propios de la franja fronteriza como inmigración, deportaciones, penetración de las aseguradoras médicas de Estados Unidos contratando servicios médicos y hospitalarios de este lado de la frontera.

El perfil epidemiológico de Baja California es producto de esta complejidad de factores determinantes asociados a las condiciones de vida de la sociedad, y su capacidad para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos.

Al igual que en el resto del país, prevalecen las enfermedades crónico-degenerativas, accidentes, cánceres y cardiopatías isquémicas como principales causas de mortalidad y se incrementan como causa de morbilidad sólo por debajo de las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas, problemas como adicciones, accidentes y obesidad, las tasas de morbilidad y mortalidad locales se ubican por arriba de la media nacional.

PIRAMIDE DE POBLACION DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, 2009.



III.- COBERTURA EN SALUD

Población en General

En el 2002 se tenía una población total en el estado de 2,655,503 habitantes de los cuales 1,851,341 contaban con seguridad social (69.72 %) mientras que en el 2008 la población se incrementó en un 15.96% haciendo un total de 3,079,363 habitantes de los cuales 2,805,034 (91.09%) cuenta con seguridad social, incluidas 683,122 personas afiliadas a Seguro Popular, lo que corresponde al 22.18% de la población.

El IMSS reportó en 2008 una derechohabiencia de 1,840,410 personas, 59.77% de la población total, al ISSSTE, le correspondieron 130,274 derechohabientes (4.23%), ISSSTECALI registró un padrón de 128,222 derechohabientes (4.16%), al ISESALUD le corresponde el atender a la población afiliada a Seguro Popular y a la que aún no está registrada bajo ningún régimen de seguridad social (927,254); 53, 203 personas se ubica en otras instituciones (como IMSS Oportunidades).

Recursos en Salud

Según información, preliminar del año 2007, de la Dirección General de Información en Salud (DGIS-SS), el estatus de los principales indicadores de infraestructura en salud, en el estado es: en unidades públicas de consulta externa el indicador estatal está en 8.1 y el nacional es de 18.1; los hospitales públicos en 0.7 en el estado y 1.1 a nivel nacional; quirófanos 1.8 en el estado y a nivel nacional 2.8, estos tres indicadores se miden por 100 mil habitantes; consultorios generales 2.0 en el estado y a nivel nacional es de 3.0 por 10 mil habitantes; las camas censables 0.6 y 0.7 por mil habitantes.

INDICADORES DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD, 2007

INFRAESTRUCTURA EN SALUD	ESTATAL	NACIONAL
UNIDADES PUBLICAS DE CONSULTA EXTERNA*	8.1	18.1
HOSPITALES PUBLICOS*	0.7	1.1
CONSULTORIOS GENERALES**	2	3
CAMAS CENSABLES***	0.6	0.7
QUIROFANOS*	1.8	2.8

FUENTE: DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (DGIS-SS). 2007 INFORMACIÓN PRELIMINAR
*POBLACIÓN POR 100,000 HABITANTES; **POBLACIÓN POR 10,000 HABITANTES; ***POBLACIÓN POR 1,000 HABITANTES

En cuanto a los indicadores de recursos humanos, a nivel estatal los médicos generales corresponden a 0.3 en el estado y 0.5 a nivel nacional; médicos especialistas 0.6 y 0.7 respectivamente; enfermeras 1.8 y 2.8, todos estos indicadores son por 100 mil habitantes. El promedio de enfermeras por médico es de 1.6 en el estado y 1.3 a nivel nacional.

INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD, 2007

RECURSOS HUMANOS EN SALUD	ESTATAL	NACIONAL
MEDICOS POR HABITANTE*	1	1.4
MEDICOS GENERALES POR HABITANTE*	0.3	0.5
MEDICOS ESPECIALISTAS POR HABITANTE*	0.6	0.7
ENFERMERAS POR HABITANTE*	1.5	1.9
RELACIÓN DE ENFERMERAS POR MEDICO	1.6	1.3

FUENTE: DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (DGIS-SS). 2007 INFORMACIÓN PRELIMINAR
*POBLACIÓN POR 100,000 HABITANTES

IV.- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Los datos de este apartado fueron obtenidos del SUIVE (Sistema Único Integral de Vigilancia Epidemiológica) y del SEED (Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones) del periodo 2000 al 2008, se definió la tendencia de los principales padecimientos y causas de muerte que se presentaron en Baja California y se hizo un comparativo con la media nacional. Toda la información que se muestra es sectorial y al hacer referencia de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Tijuana se incluye a los municipios de Tecate y Rosarito.

Morbilidad General

De acuerdo al Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), en el año 2008, en Baja California se notificaron 737,728 casos de nuevas de enfermedades que corresponde a una tasa de 23,146.35 por 100 mil habitantes, comparando con el año 2000 se observa una disminución de 40.54%, habiéndose registrado 988,972 casos de nuevas enfermedades y tasa de 38,927.95.

Las veinte principales causas de morbilidad se clasifican en dos grandes grupos: padecimientos transmisibles y padecimientos no transmisibles.

Morbilidad por enfermedades transmisibles

A nivel Estatal, entre las primeras 20 causas identificadas en el año 2008, destacaron las enfermedades transmisibles: en 1º lugar las infecciones respiratorias agudas, en 2º lugar se ubican las infecciones intestinales por otros organismos, en 9º la varicela; la candidiasis urogenital en 11º lugar y en el 12º lugar las neumonías y bronconeumonías.

Morbilidad de enfermedades no transmisibles

Entre los padecimientos no transmisibles destacaron en el año 2008: en 3º lugar las infecciones de vías urinarias, en 4º la úlcera, gastritis y duodenitis, en 5º lugar la hipertensión arterial, en 6º la otitis media aguda, en 7º la diabetes mellitus no insulino dependiente, en 8º el asma y el estado asmático, en 10º la gingivitis y la enfermedad periodontal, y en 13º las quemaduras.

20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, TODOS LOS GRUPOS DE EDAD, 2008

**20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD
BAJA CALIFORNIA AÑO 2008**

NÚMERO	CAUSA	VOLUMEN	TASA
1	Infecciones Respiratorias Agudas	431,884	13,550.43
2	Infecciones Int. por otros Organismos	97,242	3,050.98
3	Infecciones de Vías Urinarias	58,290	1,828.85
4	Úlcera, Gastritis Duodenitis	28,530	895.13
5	Hipertensión Arterial	19,158	601.08
6	Otitis Media Aguda	13,498	423.50
7	Diabetes Mellitus no Insulinodependientes	12,008	376.75
8	Asma y Estado Asmático	9,311	292.13
9	Varicela	8,304	260.53
10	Gingivitis y Enf. Periodontal	7,267	228.00
11	Candidiasis Urogenital	5,162	161.95
12	Neumonías y Bronconeumonías	4,710	147.77
13	Quemaduras	4,078	127.94
14	Conjuntivitis	3,933	123.39
15	Otras Helmintiasis	2,949	92.52
16	Amibiasis Intestinal	2,819	88.44
17	Mordedura de perro	2,178	68.33
18	Paratifoidea y otras Salmonelosis	2,126	66.70
19	Fiebre Tifoidea	1,860	58.35
20	Intoxicación Alimentaria Bacteriana	1,699	53.30
	Resto de Diagnósticos	20,722	650.15
	TOTAL	737,728	23,146.35

TASA POR 100,000 HABITANTES *2008 PRELIMINAR
POBLACIÓN CONAPO 3,187,233 HABITANTES
FUENTE: SUAVE. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA DEL ISESALUD

Mortalidad General

En el año 2000 se registraron en el Sistema Epidemiológico Estatal de las Defunciones (SEED) 11,364 defunciones en el Estado con una tasa de 447.31 por 100 mil habitantes. Entre las principales

causas destacan: en 1º sitio las enfermedades del corazón, en 2º lugar los tumores malignos, en 3º los accidentes, en 4º la diabetes mellitus, en 5º sitio las enfermedades cerebro vasculares, la mortalidad por SIDA ocupó el 10º lugar y la tuberculosis pulmonar el 14º lugar.

Para el año 2008, se registraron 14,200 defunciones con una tasa general de 445.53 por 100 mil habitantes, representando una disminución del 0.4% en la tasa, respecto al año 2000. Se observa que las 6 primeras causas mantuvieron el mismo orden que en el año 2000; ciertas afecciones originadas en el periodo natal del 7º pasó al 9º sitio; las agresiones (homicidios) del 8º bajaron al 7º lugar; influenza y neumonía cambió del 9º a la 8ª posición; el SIDA del 10º lugar pasó a ocupar la 12ª posición; las malformaciones congénitas variaron del 11º a 13º lugar; la insuficiencia renal se reubicó del 12º al 10º sitio; la EPOC del lugar 13º ocupa actualmente el lugar 11º; la tuberculosis pulmonar se mantiene en el 14º lugar, permaneciendo en el primer lugar a nivel nacional y la mortalidad por SIDA del 10º lugar, se ubicó en el 12º en el 2008, manteniéndose el estado en el primer lugar, a nivel nacional.

20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD, TODOS LOS GRUPOS DE EDAD, 2008

**20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
BAJA CALIFORNIA 2008**

NÚMERO	CAUSA	CASOS	TASA
1	Enfermedades del corazón	2,499	78.41
2	Tumores malignos	1,937	60.77
3	Accidentes	1,579	49.54
4	Diabetes Mellitus	1,549	48.60
5	Enfermedades cerebro vasculares	868	27.23
6	Enfermedad del Hígado	624	19.58
7	Agresiones (homicidios)	487	15.28
8	Influenza y Neumonía	389	12.20
9	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	359	11.26
10	Insuficiencia Renal	333	10.45
11	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	287	9.00
12	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	276	8.66
13	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	253	7.94
14	Tuberculosis pulmonar	174	5.46
15	Septicemia	166	5.21
16	Hepatitis Viral	98	3.07
17	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	75	2.35
18	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	65	2.04
19	Úlcera gástrica y duodenal	60	1.88
20	Enfermedades infecciosas intestinales	42	1.32
	Las demás	2,080	65.26
	Total	14,200	445.53

TASA POR 100,000 HABITANTES *2008 PRELIMINAR
POBLACIÓN CONAPO 3,187,233 HABITANTES
FUENTE: SEED. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA DEL ISESALUD

V.- PROBLEMAS O ENFERMEDADES DEL REZAGO

En este grupo de padecimientos se incluyen los padecimientos relacionados con el rezago social de las comunidades como la desnutrición, la tuberculosis pulmonar y otros grupos de padecimientos transmisibles destacando las enfermedades respiratorias agudas, infecciones intestinales y las infecciones de transmisión sexual.

DESNUTRICIÓN EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD

DESNUTRICIÓN LEVE

De 2000 a 2008, la tendencia sectorial por desnutrición leve, en todos los grupos de edad, ha sido descendente, habiéndose registrado una tasa de 70.57 por 100 mil habitantes en el 2000 con 1,793 casos y para el 2008 disminuyó a 46.75 con 1,490 casos, lo que representa un 33.76% menos.

Por institución en el año 2008, en el nivel estatal y por todos los grupos de edad, el 62.08% lo registró el ISESALUD con 925 casos, seguido por el IMSS con el 21.61% con 322 casos, el IMSS Oportunidades registró 55 casos (3.69%), al ISSSTE le corresponde el 0.07% con un caso, en otras instituciones se registraron 187 casos que corresponde al 12.5%.

DESNUTRICIÓN MODERADA

En el año 2000 se registró tasa de morbilidad, por desnutrición moderada, de 19.80 por 100 mil habitantes, con 503 casos y para 2008 correspondió a 6.34 con 202 casos, observándose una tendencia claramente descendente, habiendo disminuido en 67.98% en este periodo.

Por institución en el año 2008, el 84.65% lo registró el ISESALUD con 171 casos, al IMSS le correspondió el 9.9% con 20 casos, el IMSS Oportunidades notificó 4 casos (1.9 %) y otras instituciones reportaron 7 casos, lo que corresponde al 3.47%, el ISSSTE no registró ningún caso de desnutrición moderada.

DESNUTRICIÓN SEVERA

Entre los años 2000 y 2008 en el estado, la tendencia por Desnutrición Severa también ha sido descendente, habiéndose registrado una tasa de 14.25 por 100 mil habitantes en el 2000 con 362 casos y para el 2008 disminuyó a 6.87 con 219 casos, lo que representa un 51.79% menos.

Por institución en el año 2008, en el nivel estatal y por todos los grupos de edad, el 88.13% lo registró el ISESALUD con 193 casos, le sigue el IMSS con el 7.76%, y 17 casos, el IMSS Oportunidades reportó 9 casos, que corresponden al 4.11%, no se reportaron casos durante este año en el ISSSTE ni por otras instituciones de salud.

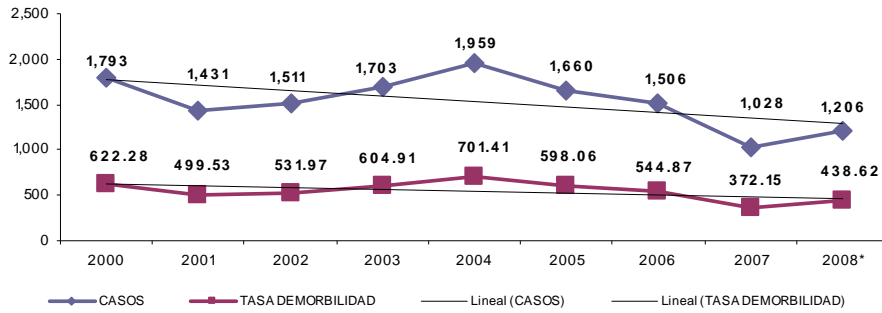
DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS

MORBILIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS

La Desnutrición en los menores de 5 años de edad a nivel Estatal presentó una tendencia descendente en el periodo 2000 - 2008, registrándose 1,793 casos en el año 2000 con una tasa de 622.28 por 100 mil niños, se presentó un pico máximo en el año 2004 con 1,959 casos y tasa de 701.41, el 2008 cierra con 1,206 casos y tasa de 438.62, lo que representa una disminución del 29.5% en el periodo.

MORBILIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS, 2000 - 2008

DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS

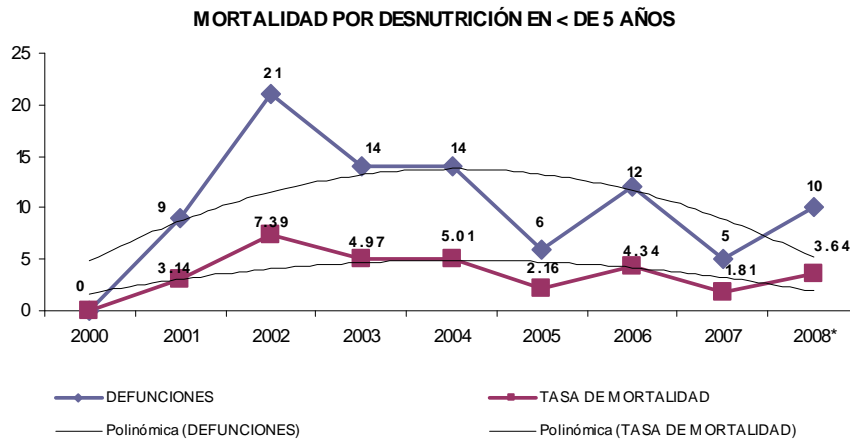


FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
 TASA POR 100,000 HABITANTES MENORES DE 5 AÑOS
 *2008 PRELIMINAR

MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS

En cuanto a la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, en el año 2001 se presentaron 9 defunciones con una tasa de mortalidad de 3.14 y el registro preliminar del 2008 es de 10 defunciones para una tasa de 3.64 defunciones por cada 100 mil niños menores de 5 años. Comparado con nivel nacional observamos que en 2007 Baja California ocupó el lugar 22 a nivel nacional con una tasa de mortalidad de 1.81 contra 1.7 respectivamente.

MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS, 2000 - 2008



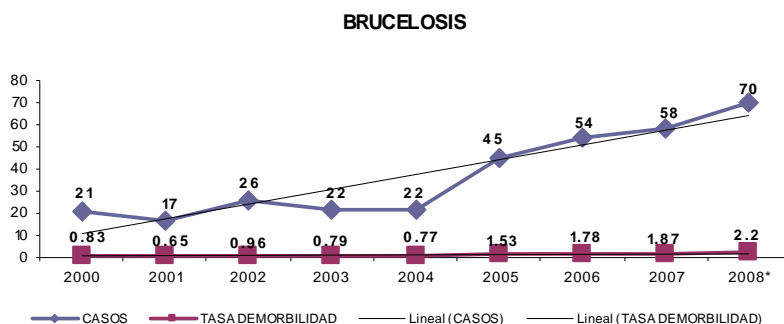
FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
 TASA POR 100,000 HABITANTES MENORES DE 5 AÑOS.
 *2008 PRELIMINAR

ENFERMEDADES ALIMENTARIAS

BRUCELOSIS

La brucelosis manifestó una marcada tendencia ascendente en el periodo, se registraron 21 casos en el año 2000, con tasa de 0.83 por 100 mil habitantes, para el 2008 se presentaron 70 casos para una tasa de 2.20, lo que representa un incremento del 165.06% en la tasa de morbilidad.

MORBILIDAD POR BRUCELOSIS, TODOS LOS GRUPOS DE EDAD, 2000 – 2008



FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 HABITANTES.
*2008 PRELIMINAR

La Jurisdicción de Mexicali registró en el año 2001, 13 casos con tasa de 1.62 por 100 mil habitantes y para el 2008 la tasa aumentó a 3.89 con 37 casos, mostrando un incremento del 140.12%; Tijuana registra una variación del 547.62% más en este periodo, variando la tasa de 0.21 (3 casos) a 1.36 con 24 casos; Ensenada notificó un caso en el año 2001 y tasa de 0.26 alcanzando en 2008 una tasa de 1.92 con 7 casos, lo que corresponde a un incremento del 638.46%.

Por institución de salud, en 2008 el IMSS registró 58 casos (82.86%), el ISESALUD y otras instituciones de salud notificaron 6 casos (8.57%), IMSS Oportunidades e ISSSTE no reportaron casos. Respecto a mortalidad no se registraron defunciones por este padecimiento.

CISTICERCOSIS

Aunque en el Estado se considera de baja frecuencia, su tendencia ha sido descendente, con registros de 5 casos en el año 2000 con una tasa de 0.31 por 100 mil habitantes, mientras que en el 2008 sólo se presentó 1 caso para una tasa de 0.03, en el año 2003 se presentó exacerbación registrándose 10 casos y tasa de 0.36. En la Jurisdicción de Mexicali en el 2002 se registró un caso, 7 en 2003 y 3 en 2004, entre el 2005 y 2008 no se registraron casos; en Tijuana se registraron 2 casos en el año 2001 y en 2008 se registró un caso, se observa un repunte en el 2007 con 5 casos (tasa de 0.29); en Ensenada en los años 2001, 2003 y 2005 se registró un caso, entre el 2006 y 2008 no se registraron casos.

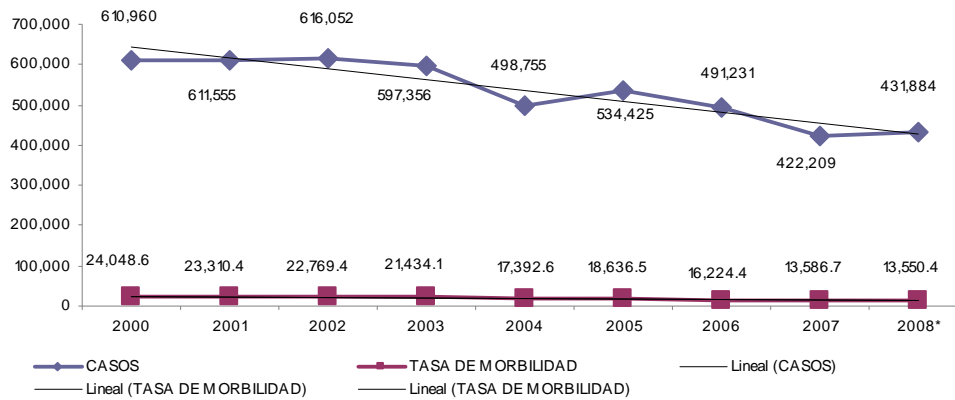
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

MORBILIDAD POR IRA EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD.

La morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas han mostrado en el nivel Estatal, una tendencia descendente, en el año 2000 se registró tasa de 24,048.63 por 100 mil habitantes de todos los grupos de edad con 610,960 casos y para el 2008 la tasa registrada fue de 13,550.43 con 431,884 casos, lo que representa una disminución del 43.65% entre el 2000 y el 2008.

MORBILIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, TODOS LOS GRUPOS DE EDAD, 2000 - 2008

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS



FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD. TASA POR 100,000 HABITANTES. *2008 PRELIMINAR

Por Jurisdicción de Servicios Salud en el año 2007 la tasa más alta se registró en Vicente Guerrero con 22,554.62 casos por 100 mil habitantes, seguida de Ensenada con tasa de morbilidad de 20,965.43; Mexicali registró una tasa de 15,408.43 y finalmente la Jurisdicción de Tijuana registró la menor tasa de morbilidad con 10,486.21 casos por cada 100 mil habitantes.

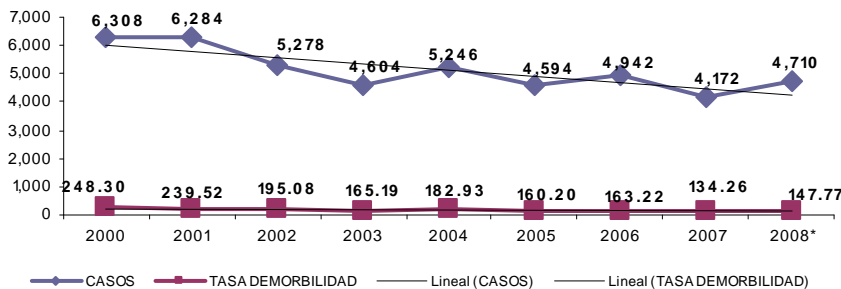
Por institución en el año 2008, en el nivel estatal y por todos los grupos de edad, el 47.86% lo registró el IMSS con 206,718 casos, el ISESALUD reportó 120,251 casos (27.84 %), a otras instituciones le corresponde el 17.46 % (75,399 casos), el ISSSTE con el 5.46% (23,586) e IMSS Oportunidades con el 1.37% y 5,926 casos.

Neumonías y Bronconeumonías

En cuanto a las infecciones respiratorias clasificadas como neumonías y bronconeumonías la tasa de morbilidad entre la población general varió de 248.30 en el año 2000 (6,308 casos) a 147.77 en 2008 (4,710 casos), lo que significa una disminución del 40.49%.

MORBILIDAD POR NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS, 2000 – 2008

NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS



FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD. TASA POR 100,000 HABITANTES. *2008 PRELIMINAR

Morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en todos los grupos de edad.

En relación a la mortalidad por IRAS entre la población general, la Influenza y Neumonía se ubican

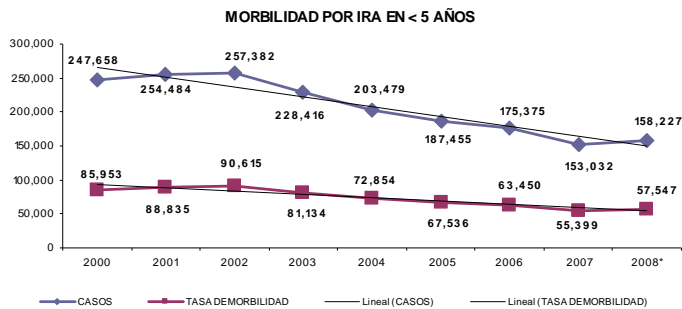
dentro de las diez principales causas en el Estado; en el año 2000 se registró una tasa de 12 x cada 100,000 habitantes con 305 defunciones, ocupando el lugar número nueve de la tabla; en el 2005 se observa un repunte (424 decesos) con una tasa de mortalidad de 14.38 (7ª. Posición) y para el 2007 se registró una tasa 11.99 defunciones por 100 mil habitantes con 386 casos, observándose una tasa similar entre los años 2000 y 2007.

Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años

Morbilidad

Para el grupo de menores de 5 años la tasa de morbilidad por IRAS registrada en el año 2000 fue de 85,952.97 por cada 100 mil menores de 5 años y para el 2008 fue de 57,547.34, disminuyendo en 33 % en este periodo. La tasa de morbilidad en 2007 (55,399.41) en el Estado, fue menor a la media nacional (71,248.7 por 100 mil niños menores de 5 años), ocupando Baja California el lugar 32 a nivel nacional.

MORBILIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS.



FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.
*2008 PRELIMINAR

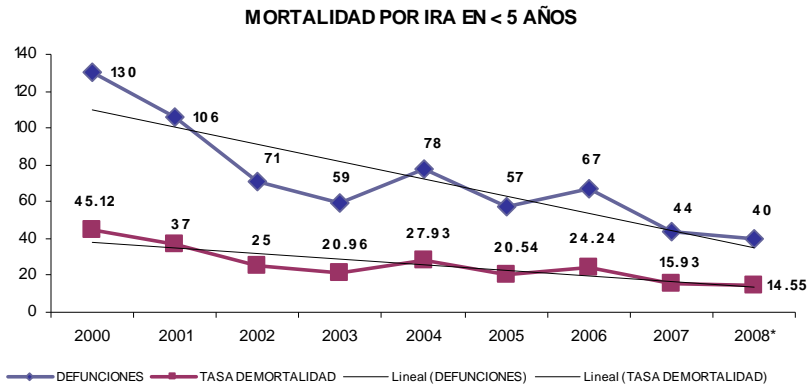
Por Jurisdicción de Servicios de Salud se observa que en Mexicali, entre el 2001 y el 2008, la tasa de morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años varió de 79,474.10 a 70,066.83, lo que representa un 11.83% menos; en la Jurisdicción de Tijuana la tasa disminuyó en 42% (de 73,861.61 a 42,826.40), finalmente en la Jurisdicción de Ensenada varió de 103,373.86 a 65,326.72 (disminución del 36.8%). La Jurisdicción de Vicente Guerrero hasta el año 2006 se incluía en el SUAVE de la Jurisdicción de Ensenada; entre el 2007 y 2008 la tasa de morbilidad por IRAS en menores de 5 años se registró en 22,630.43 y 24,042.92 respectivamente, observándose incremento del 6.24%.

Por institución en el año 2008, en el nivel estatal, el 50.61% lo registró el IMSS con 77,287 casos, el ISESALUD reportó 51,326 casos (33.61 %), a otras instituciones le corresponde el 11.23 % (17,154 casos), el ISSSTE con el 2.89% (4,413) e IMSS Oportunidades con el 1.65% y 2,523 casos.

Mortalidad

En el grupo de menores de 5 años, la mortalidad por IRA muestra una tendencia descendente con una tasa de 45.12 por 100 mil niños menores de 5 años y 130 defunciones en el año 2000 y 40 fallecimientos y tasa de 14.55 en 2008. La tasa de mortalidad en 2007 (15.93) en el Estado, fue menor a la media nacional (27.0 por 100 mil niños menores de 5 años), ocupando Baja California el lugar 11 a nivel nacional.

MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE 5 AÑOS, 2000-2008



FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
 TASA POR 100,000 MENORES DE 5 AÑOS.
 * 2008: preliminar.

Por Jurisdicción de Servicios de Salud se observa que en Mexicali, entre el 2001 y el 2008, la tasa de morbilidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años varió de 29.46 a 20.25, lo que representa un 31.26% menos; en la Jurisdicción de Tijuana la tasa disminuyó en 64.51% (de 38.12 a 13.53), finalmente en la Jurisdicción de Ensenada varió de 23.50 a 7.37 (disminución del 68.64%).

Enfermedad Diarreica Aguda

Morbilidad, todos los grupos de edad

Las infecciones intestinales por otros microorganismos, en todos los grupos de edad, ocupan el segundo lugar entre las principales causas de morbilidad; se observa una tendencia descendente, en el año 2000 se registró una tasa de 4,957.10 por 100 mil habitantes con 125,936 casos y para 2008 se notificaron 97, 242 casos para una tasa de morbilidad de 3,050.98, lo que representa una disminución de 38.29 % entre 2000 y 2008.

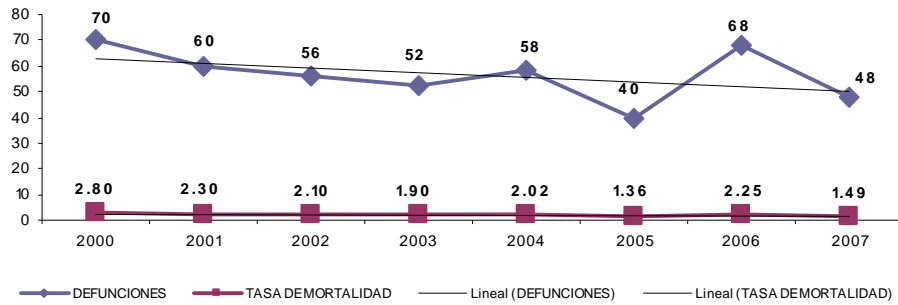
Por institución en el año 2008, en el nivel estatal y por todos los grupos de edad, el 59.78% lo registró el IMSS con 58,133 casos, el ISESALUD reportó 17,604 casos (18.1 %), a otras instituciones le corresponde el 15.28 % (14,864 casos), el ISSSTE con el 6% (5,830) e IMSS Oportunidades con el 0.83% y 811 casos.

Mortalidad por Enfermedades Infecciosas Intestinales

En cuanto a la mortalidad por esta causa, ocupa entre el 18º y 20º lugar entre el 2000 y 2007. La tasa de mortalidad en el año 2000 fue de 2.8 con 70 defunciones y en 2007 bajó a 1.60 con 48 defunciones lo que representa una disminución del 46.78% en este período.

MORTALIDAD POR INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS MICROORGANISMOS EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD, 2000-2008

ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESINALES



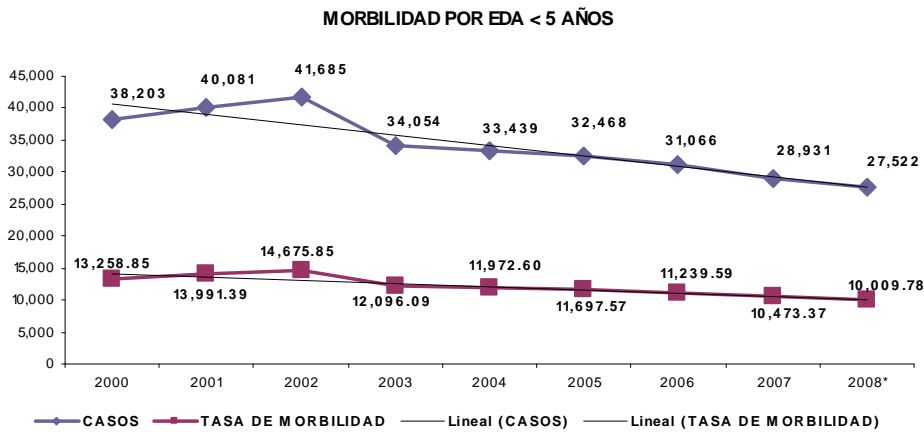
FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 HABITANTES.
*2008 PRELIMINAR

Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años

Morbilidad

La enfermedad diarreica aguda en los niños menores de 5 años de edad, entre el 2000 y 2008, se observa tendencia a la baja, en el año 2000 se registraron 38,203 casos con una tasa de 13,258.85 casos por cada 100 mil niños y para el año 2008 se presentaron 27,522 casos para una tasa de 10,009.78, observándose una disminución del 24.5%.

MORBILIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN < 5 AÑOS, 2000-2008



FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
*2008 PRELIMINAR

Comparando la tasa estatal con nivel nacional, en el año 2007, la media nacional registrada fue de 12,876.6 y en el estado correspondió a 10,173.37, ubicándose en el lugar número 32.

Analizando la morbilidad por Jurisdicción observamos que en Mexicali, la tasa de morbilidad disminuyó 9% entre 2001 y 2008; en Tijuana la disminución correspondió al 30.56%, en Ensenada al 32.7% menos y en la Jurisdicción de Vicente Guerrero entre 2007 y 2008, disminuyó en 11.07%.

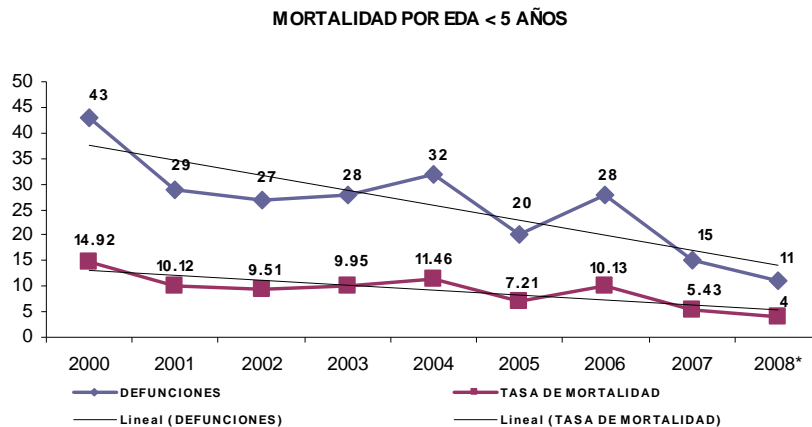
Por institución en el año 2008, en el nivel estatal y por todos los grupos de edad, el 55.33% lo registró

el IMSS con 14,464 casos, el ISESALUD reportó 7,634 casos (29.2 %), a otras instituciones le corresponde el 10.5 % (2,745 casos), el ISSSTE con el 3.45% (903) e IMSS Oportunidades con el 1.51% y 394 casos.

Mortalidad

La mortalidad por EDA en menores de 5 años también presentó tendencia a la baja, se registraron 43 defunciones en el año 2000 con tasa de 14.92 y en el año 2008 fueron 11 decesos y 4.00 de tasa, lo que representa una disminución del 73.19% en este período, entre 2007 y 2008 disminuyó 26.33%.

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN <5 AÑOS, 2000-2008



FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 MENORES DE 5 AÑOS.
*2008 PRELIMINAR

Comparando la tasa de mortalidad estatal (5.43) con la media nacional (15.0), en el 2007 el estado ocupó el lugar número 20.

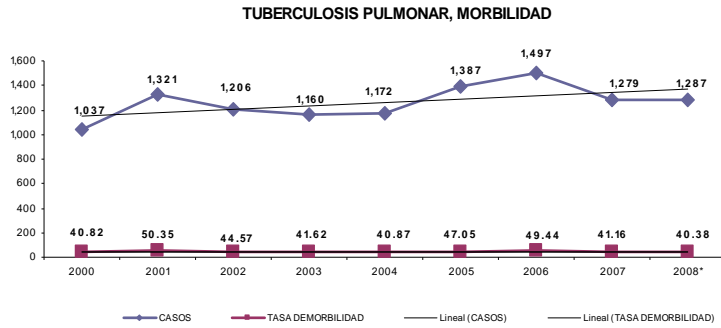
Analizando la mortalidad por Jurisdicción observamos que en Mexicali, la tasa de mortalidad aumentó 24.63% entre 2001 y 2008; en Tijuana la disminución correspondió al 72.07%, en Ensenada disminuyó 61.67%, la información de la Jurisdicción de Vicente Guerrero se incluye en Ensenada.

Tuberculosis Pulmonar

Morbilidad

La Tuberculosis Pulmonar merece una especial atención ya que las tasas registradas en el estado siguen siendo superiores a las del resto del país, ocupando el primer lugar a nivel nacional. En el periodo del 2000 al 2008, la tasa de morbilidad se ha mantenido entre 40 y 50 casos por cada 100 mil habitantes, observándose una disminución en la tasa en los dos últimos años, con relación al 2006.

MORBILIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR, 2000-2008



FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 HABITANTES
2008 PRELIMINAR

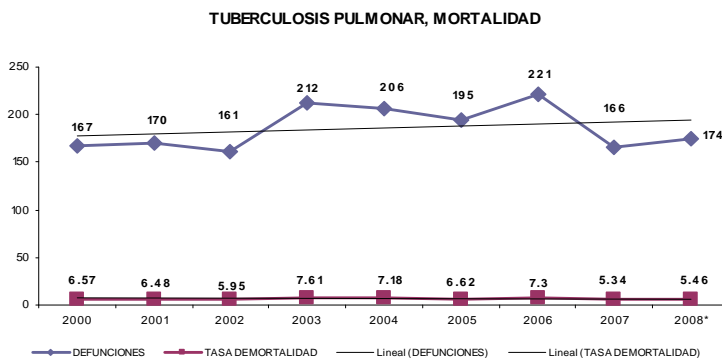
Por jurisdicción de Servicios de Salud, la tasa de morbilidad disminuyó en Mexicali, Tijuana y Ensenada en 30.8%, 14.09% y 21.9%, respectivamente entre los años 2001 y 2008, en la jurisdicción de Vicente Guerrero se vio incrementada de 33.69 a 45.05 entre el 2007 y 2008, lo que representa un aumento del 33.72%; para el año 2008, el primer lugar lo ocupó la jurisdicción de Vicente Guerrero con tasa de 45.05 por cada 100 mil habitantes y 51 casos, seguido por Tijuana con una tasa de 43.22 y 760 casos, en tercer lugar Mexicali con tasa de 36.28 y 345 casos y finalmente Ensenada con tasa de 35.92 y 131 casos.

Por institución en el año 2008, a nivel estatal y por todos los grupos de edad, se reportaron 1,287 casos de los cuales el 69.3 % lo registró el ISESALUD con 892 casos, seguido por el IMSS régimen ordinario con el 18.8 %, 242 casos, en tercer lugar por otras con el 18.85% y 114 casos y por último con el 1.39% por el ISSSTE e IMSS oportunidades el 1.63% con 18 y 21 casos respectivamente.

Mortalidad

En lo que respecta a la mortalidad, la tasa de mortalidad estatal está muy por encima de la media nacional (5.34 y 1.7 respectivamente, en el año 2007) ubicándose en el primer lugar a nivel nacional. En el año 2000 se registraron 167 defunciones con tasa de 6.57 x 100 mil habitantes, disminuyó en el 2005 a 5.95; se presenta elevación en los registros en el año 2003 con 212 fallecimientos y una tasa de 7.61, en el año 2004 con 206 muertes y una tasa de mortalidad de 7.18 x 100 mil habitantes y en el año 2006 se registraron 221 decesos y tasa de 7.30; en los dos últimos años se observa un descenso con tasas de 5.34 y 5.46 respectivamente.

MORBILIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR, 2000 - 2008.



FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 HABITANTES
2008 PRELIMINAR

Por institución en el año 2008, se registraron 174 defunciones de las cuales el 81.6 % lo registró el ISESALUD con 142 casos, seguido por el IMSS régimen ordinario con el 18.81 % con 31 casos, e

ISSSTE el 0.57% con 1 caso, el resto de las instituciones no presentó mortalidad por esta causa.

Padecimientos Prevenibles Por Vacunación

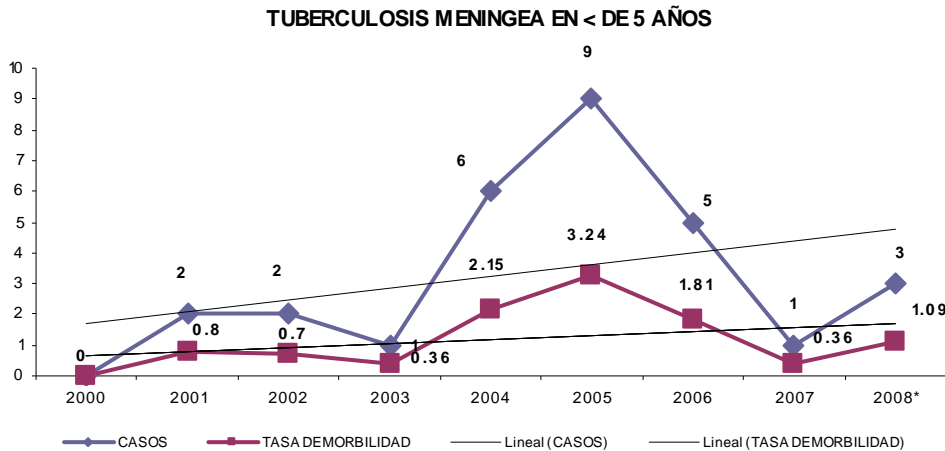
Este grupo lo integran los Padecimientos Evitables por Vacunación, y su vigilancia epidemiológica radica en la identificación de pacientes con cuadros clínicos apegados a definiciones operacionales de cada caso. Siendo el programa de vacunación universal la columna vertebral del sistema de sistema nacional de salud no solo por los impactos que este a tenido en la prevención y erradicación de estas enfermedades sino también por los recursos técnicos, humanos y financieros que a él se destinan, resulta por demás importante el mantener coberturas adecuadas que garanticen la protección específica efectiva.

Tuberculosis Meníngea en menores de 5 años

Morbilidad

En lo que se refiere a la morbilidad por tuberculosis meníngea en menores de 5 años, en el año 2000 no se presentó ningún caso, en 2001 y 2002 se registraron 2 casos, uno en el 2003; se vio un incremento en los siguientes tres años 6, 9 y 5 respectivamente y volvió a descender en el 2007 con un sólo caso, para el 2008 se registraron 3 casos.

MORBILIDAD POR TUBERCULOSIS MENÍNGEA EN < DE 5 AÑOS, 2000 - 2008.

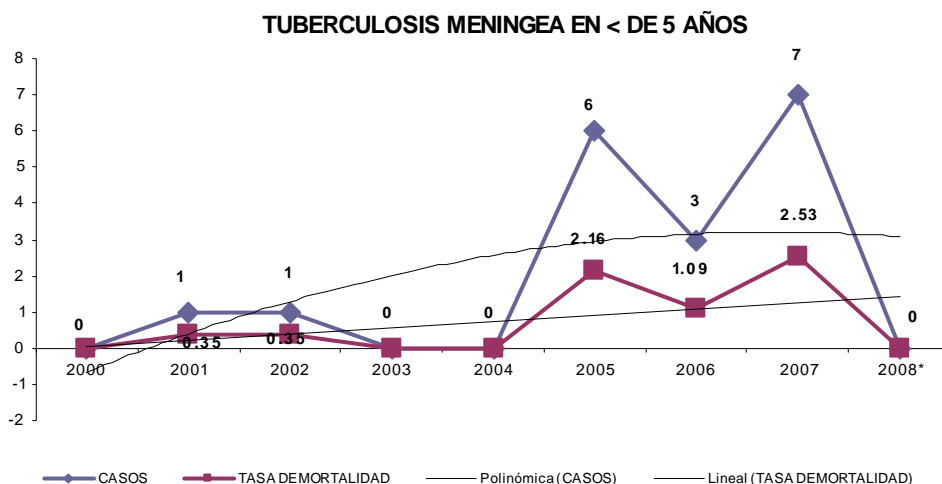


FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
 TASA POR 100,000 MENORES DE 5 AÑOS
 *2008 PRELIMINAR

Mortalidad

En cuanto a la mortalidad por Tuberculosis Meníngea en menores de 5 años en los años 2000, 2003, 2004 y 2008 no se registraron decesos por este padecimiento, en el año 2001 se registró un deceso y en los años 2005 y 2007, se presentaron exacerbaciones con 6 y 7 defunciones respectivamente. Comparando la tasa de mortalidad con la media nacional se observa que en el 2007 la tasa estatal (2.53) está por encima de la nacional (0.1), ocupando el primer lugar en la tabla de posiciones.

MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS MENÍNGEA EN < DE 5 AÑOS, 2000 - 2008.



FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 MENORES DE 5 AÑOS
2008 PRELIMINAR

Parálisis Flácida Aguda

En el periodo comprendido entre los años 2000 y 2008, en el estado de Baja California, la tendencia por Parálisis Flácida Aguda ha sido descendente, habiéndose registrado una tasa de 1.22 por 100 mil menores de 15 años de edad en el 2000 con 31 casos y en 2008 se presentó tasa de 0.25 con 8 casos en el 2008, lo que representa una disminución del 79.5% entre el 2000 y el 2008.

Por institución, en el año 2008, el 50% lo registró el ISESALUD con 4 casos, al IMSS de régimen ordinario le corresponde el 37.5% con 3 casos, 12.5% al IMSS Solidaridad con un caso. Las demás instituciones no notificaron ningún caso.

En cuanto a la mortalidad, entre el año 2000 y 2007 no se registró ninguna defunción por Parálisis Flácida Aguda, en el 2008 se registraron 5 defunciones para una tasa de 0.16. En Mexicali se registró una defunción con tasa de 0.11 y en Tijuana las 4 restantes defunciones, correspondiendo a una tasa de 0.23.

Enfermedad Febril Exantemática

En el periodo que abarca del 2000 al 2008, las Enfermedades Febriles Exantemática (EFES) han mostrado una tendencia descendente, registrándose una tasa de 51.33 por 100 mil menores de 15 años de edad con 1,304 casos, y para el 2008 de 18.01 con 574 casos; entre 2001 y 2007 el registro de casos varió entre 30 y 175, cifras muy inferiores a los registrados en 2000 y 2008.

Por institución en el año 2008, en el nivel estatal y por todos los grupos de edad, el 70.03% lo registró el ISESALUD con 402 casos, el IMSS Régimen ordinario con el 18.46 %, 106 casos, otras instituciones con el 10.97% (63 casos) y el ISSSTE con el 0.34 % (2 casos).

En relación a la mortalidad por EFES no se registra ningún deceso en este periodo.

Tétanos

La tasa de morbilidad por tétanos en todos los grupos de edad entre los años 2000 y 2008 muestra una disminución del 35.89%, (0.39 y 0.25 por 100 mil habitantes, respectivamente), registrando altibajos en todo este periodo, registrándose entre 2 y 10 casos.

Por Jurisdicción de Servicios Salud en el periodo 2001 al 2008, Mexicali presentó un incremento del 425% con tasa de 0.12 por 100 mil habitantes (1 caso) y 0.63 en 2008 (6 casos), Tijuana registró

tasas de 0.07 (1 caso) y 0.11 (2 casos), respectivamente, para un incremento del 57%; Ensenada y Vicente Guerrero no registraron casos en este periodo.

En cuanto a la mortalidad por tétanos entre 2000 y 2006 no se registraron defunciones, en 2007 se presentaron 3 decesos (tasa de 0.10) y 7 (tasa de mortalidad de 0.22) en 2008.

Por institución en el año 2008, en el nivel estatal y por todos los grupos de edad se reportaron 8 casos de los cuales 4 (50%) se registraron en el ISESALUD, 3 más en el IMSS de régimen ordinario y 1 el IMSS oportunidades.

Tos ferina

Su frecuencia es muy baja y se presentaron 12 casos en el lapso del 2000 al 2008; 2 en el 2000, 1 en el 2001, 3 en el 2004, 2 en el 2005 y 3 en el 2006 y uno en 2007 con tasa de 0.03 por 100 mil menores de 5 años, inferior a la media nacional que fue de 0.2, ocupando el lugar número 17 a nivel nacional.

Por Jurisdicción de Servicios de Salud, Mexicali registró 2 casos en el año 2005 y un caso en el 2006 con tasa de 0.11 por 100 mil niños, entre 2007 y 2008 no se registró ningún caso; en Tijuana se presentaron 2 casos en el año 2000 y 1 en 2004; a partir del 2005 no se han registrado casos; finalmente Ensenada reportó un caso en 2001, 2 en 2004 y 2006, con tasa de 0.47 por 100 mil menores de 5 años en este último año, en 2007 y 2008 no se registraron casos.

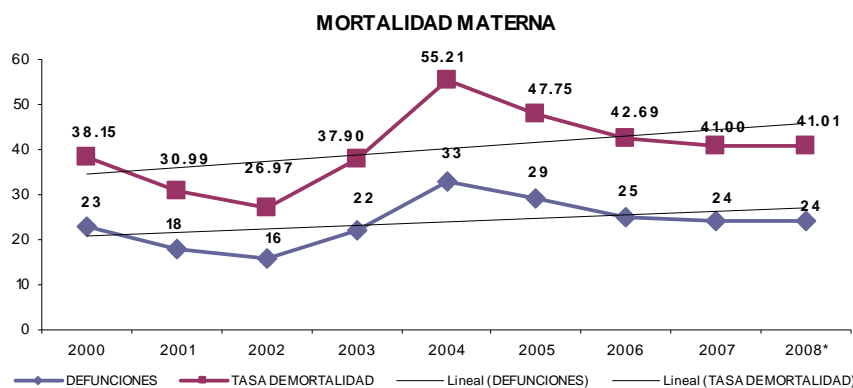
En cuanto a la mortalidad se registró una defunción en 2003 (Tijuana) y una 2004 (Ensenada) para tasa de mortalidad de 1.85 por cada 100 mil menores de 5 años.

Mortalidad Materna y Perinatal

En lo referente a la Mortalidad Materna en el periodo 2000 a 2008 se observa que el mayor número de defunciones se registró en los años 2004 y 2005 (33 y 29 defunciones, respectivamente) y el menor registro corresponde a los años 2001 y 2002 (18 y 16) y en el resto del periodo se mantuvo entre 23 y 25 defunciones; comparando la tasa de mortalidad del 2000 (38.15) con la de 2008 (41.01), se observa un incremento del 7.49%. Comparando con nivel nacional en el 2007 la tasa estatal correspondió a 41.0 por debajo de la media nacional de 58.6 ocupando el lugar número 16 en la tabla de posiciones.

Analizando por jurisdicciones se observa que entre el 2001 y 2008 en Mexicali la tasa varió de 17.72 a 46.69 que corresponde a un incremento del 163.49%; en Tijuana la variación se incrementó en 19.53% (de 36.40 a 43.51 respectivamente) y en la Jurisdicción de Ensenada la tasa disminuyó en 50.6% en este periodo (43.95 en 2001 y 21.71 en 2008).

MORTALIDAD MATERNA, 2000 - 2008.



FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD. TASA POR 100,000 MUJERES 2008 PRELIMINAR

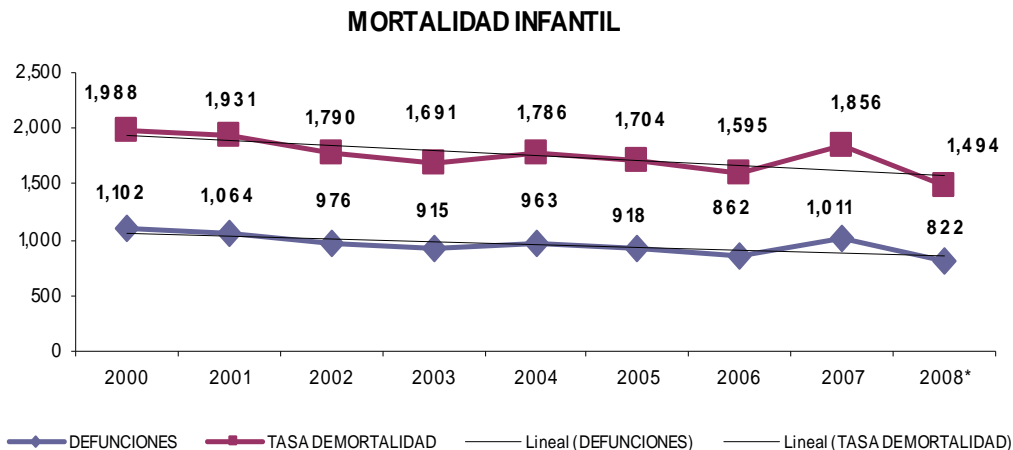
La mortalidad perinatal presentó una tendencia ascendente, en el periodo del 2000 al 2008 con 492 muertes y tasa de 816.6 por cada 100 mil Nacidos Vivos Estimados (NVE) y 653 defunciones para una tasa de 1,115.9, respectivamente, lo que representa un incremento del 36.65%; la tasa estatal 2007 (1,192.43) es inferior a la media nacional (776.1), ocupando el lugar número 12 en la tabla de posiciones de ese año.

Mortalidad Infantil

En Baja California la mortalidad infantil (menores de un año de edad) presentó en el mismo periodo, una tendencia descendente con 1,102 decesos en el año 2000 y tasa de 1,987.70 por 100 mil NVE y en el año 2008 la tasa fue de 1,494.46 con 822 defunciones, lo que representa una disminución del 24.8% en los últimos 9 años; en el año 2007 se registraron 1,011 fallecimientos y una tasa de 1,855.83 por 100 mil NVE (superior a la media nacional que fue de 1,572.8, en ese mismo año), ocupando el estado el lugar número 9, a nivel nacional.

Analizando por Jurisdicciones de Servicios de Salud observamos que en el periodo 2001 a 2008 en Tijuana y Ensenada el comportamiento es descendente, 21.93% en Tijuana (tasa de 1,940.31 a 1,513.39) y 35.81% menos en Ensenada (tasas de 1,954.33 a 1,254.46); por el contrario en Mexicali la tendencia es ascendente, variando la tasa de mortalidad de 1,252.25 en 2001 a 1,591.33 en el año 2008, lo que representa un incremento del 27.08%.

MORTALIDAD INFANTIL, 2000 - 2008.



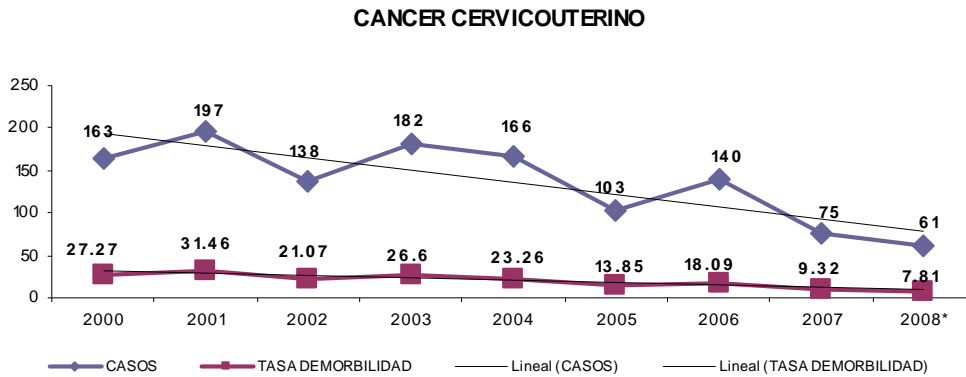
FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
 TASA POR 100,000 NVE
 *2008 PRELIMINAR

CANCER CERVICO UTERINO

En el Estado de Baja California y durante el periodo comprendido del año 2000 al 2008, la tendencia de la tasa de morbilidad fue descendente, habiéndose registrado 163 casos en el año 2000 con una tasa de 27.27 X 100 mil mujeres de 25 años y más, en el año 2008 se registraron 61 casos y la tasa de morbilidad disminuyó a 7.81 (71.36% menos); la tasa más alta se registró en 2001 (197

defunciones y tasa de mortalidad de 31.46).

MORBILIDAD POR CANCER CERVICOUTERINO, 2000 - 2008.

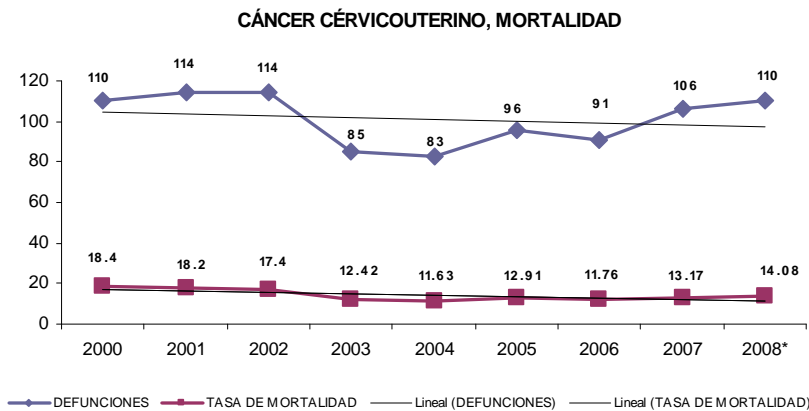


FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 MUJERES DE 25 AÑOS Y MAS
*2008 PRELIMINAR

La tendencia fue similar en las Jurisdicciones de Servicios de Salud, para cerrar en el año 2008 de la siguiente manera: en primer lugar Ensenada con 8 casos y tasa de 6.98, seguida por Tijuana con 31 casos y tasa de 7.20 y finalmente Mexicali con 21 casos y tasa de 8.89.

La tendencia de la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino también ha sido descendente, la estadística del año 2000 fue de 110 defunciones y tasa de 18.40 x 100 mil mujeres de 25 años y más, para el cierre preliminar del 2008 se registraron 110 decesos y una tasa de 14.08, lo que representa una disminución del 23.48%. Comparando el estado con nivel nacional, en el 2007, la media nacional fue de 4.2 y la tasa estatal correspondió a 14.08, ocupando el lugar número 14 en la tabla de posiciones.

MORTALIDAD POR CANCER CERVICOUTERINO, 2000 - 2008.



FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 MUJERES DE 25 AÑOS Y MAS
2008 PRELIMINAR

Por Jurisdicción, en el periodo comprendido entre 2001 y 2008 la tasa de mortalidad disminuyó en

mayor porcentaje en Ensenada (45.10%) con variaciones de la tasa de 22.26 a 12.22 en este periodo, Mexicali ocupa el segundo lugar con una disminución del 27.58% (la tasa disminuyó de 21.54 a 15.6) y finalmente Tijuana donde disminuyó en 22.90%, variando la tasa de 17.77 a 13.70 defunciones por 100 mil mujeres de 25 años y más.

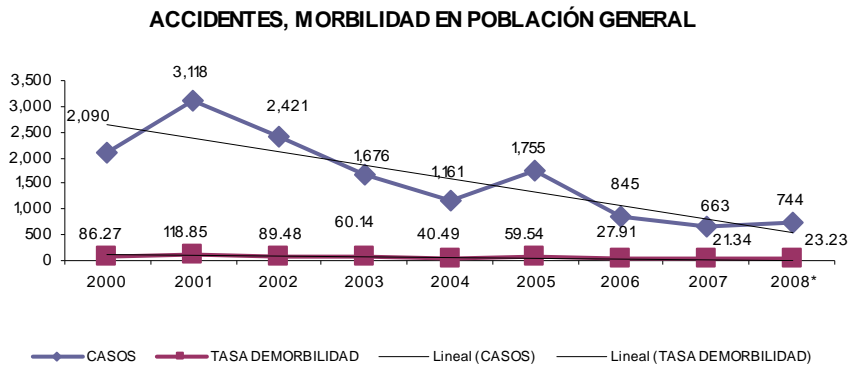
VI.- PROBLEMAS EMERGENTES

Accidentes y Lesiones

Morbilidad por accidentes de vehículo de motor.

En el lapso comprendido entre los años 2000 y 2008, en el Estado, la tendencia de accidentes por vehículo de motor ha sido descendente, habiéndose registrado una tasa de 82.26 por 100 mil habitantes en el 2000 con 2,090 casos, de 118.84 en el 2001 con el pico estadístico más alto del periodo con 3,118 casos y para el 2008 de 17.44 con 556 casos.

MORBILIDAD POR ACCIDENTES EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD, 2000 -2008.



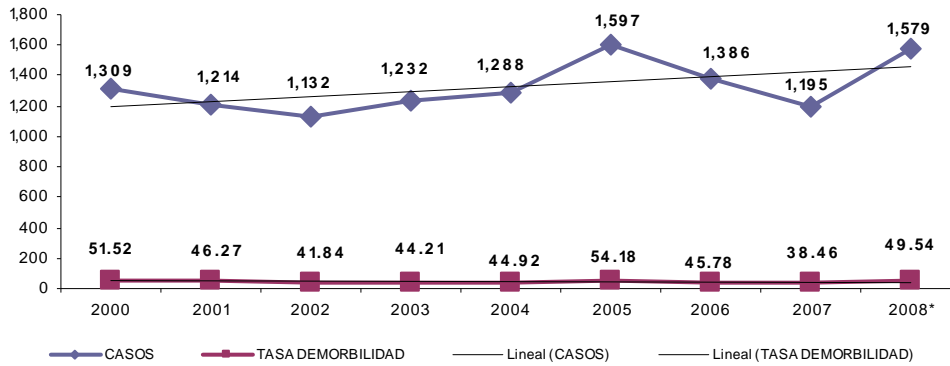
FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
 TASA POR 100,000 HABITANTES
 2008 PRELIMINAR

Mortalidad por accidentes, todos los grupos de edad.

En lo que se refiere a la mortalidad por accidentes de vehículos de motor, la tendencia ha sido ligeramente hacia la baja, habiéndose registrado 1,309 defunciones en el año 2000 con una tasa de 51.52 x 100,000 habitantes y en el 2008 con 1,579 muertes y tasa de 49.54 superior a la media nacional para este año que fue de 34.4, ubicándonos en el séptimo lugar a nivel nacional.

MORTALIDAD POR ACCIDENTES, TODOS LOS GRUPOS DE EDAD, 2000 - 2008.

MORTALIDAD POR ACCIDENTES



FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
 TASA POR 100,000 HABITANTES
 *2008 PRELIMINAR

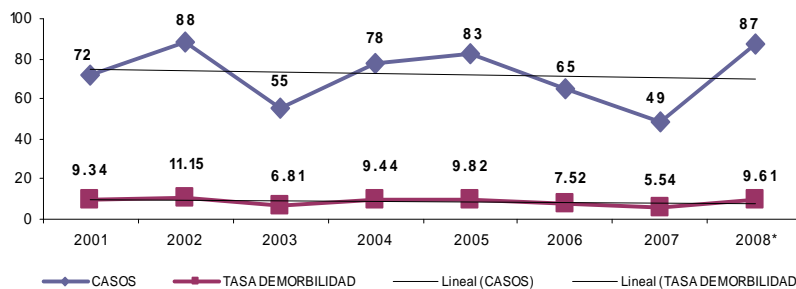
Por Jurisdicción de Servicios Salud en Mexicali se registró en el año 2001, tasa de 41.94 por 100 mil habitantes con 336 casos, para 2008 la tasa fue de 24.71 (235 casos), lo que representa una disminución del 41.08%; en Tijuana la tasa registrada en 2001 fue de 48.15 y 689 casos, para 2008 se notificaron 1,148 casos para una tasa de 65.29, aumentando en 36.60% en este periodo; la Jurisdicción de Ensenada registró en 2001 188 defunciones y tasa de 48.03 y para 2008 la tasa fue de 53.74 con 196 decesos, que corresponde a un incremento del 11.9%.

Mortalidad por accidentes de vehículo de motor, grupo de edad de 15 a 29 años.

En este grupo de edad, la mortalidad por accidentes de vehículos de motor, la tendencia ha sido estable, habiéndose registrado 72 defunciones en el año 2001 con tasa de 9.34 por 100 mil habitantes de 15 a 29 años y en el 2008 se registraron 87 decesos para una tasa de 9.61. Comparando con la media nacional en el 2007 la tasa registrada en el estado fue de 5.54 y la media nacional fue de 42.9, ubicándonos en el 15º lugar.

MORTALIDAD POR ACCIDENTES, DE VEHICULO DE MOTOR, 15 A 29 AÑOS, 2001 - 2008.

**MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE VEHICULO DE MOTOR,
15-29 AÑOS**



FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
 TASA POR 100,000 HABITANTES DE 15 A 29 AÑOS DE EDAD.
 2008 PRELIMINAR

Obesidad

La creciente epidemia de obesidad y sobrepeso, ocupando México el segundo lugar a nivel mundial únicamente superado por los Estados Unidos de Norteamérica, contribuye al no menos alarmante

crecimiento de las enfermedades crónico degenerativas asociadas a ésta como la diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cerebro vasculares e infartos al miocardio.

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 indican que siete de cada diez personas adultas presentan sobrepeso y obesidad.

La obesidad y el sobrepeso en los escolares, adolescentes y adultos representa un grave problema de salud pública. Por lo que se ha planteado la necesidad de articular las acciones de educación, salud y alimentación.

COMPARATIVO NACIONAL Y ESTATAL DEL % DE OBESIDAD Y SOBREPESO, POR GRUPO DE EDAD

% DE OBESIDAD Y SOBREPESO POR GRUPO DE EDAD		
Grupo de edad	Nacional	Estatad
Escolares (5-11 años)	26.30%	36.50%
Adolescentes	31.90%	34.60%
Adultos	69.80%	67.90%

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2006 (ENSANUT)

La encuesta Nacional de salud en escolares 2008, destaca para el estado de Baja California los siguientes resultados:

INDICADORES POR NIVEL DE ESCUELAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS, COMPARATIVO CON NIVEL NACIONAL

Indicador	Lugar Nacional		Relación con media Nacional
	Esc. Primarias	Esc. Secundarias	
Obesidad/sobrepeso	4o	2o	Mayor
Sedentarismo	6o	12o	Mayor
Anemia	4o	1o	Mayor
Caries	15o	13o	Mayor

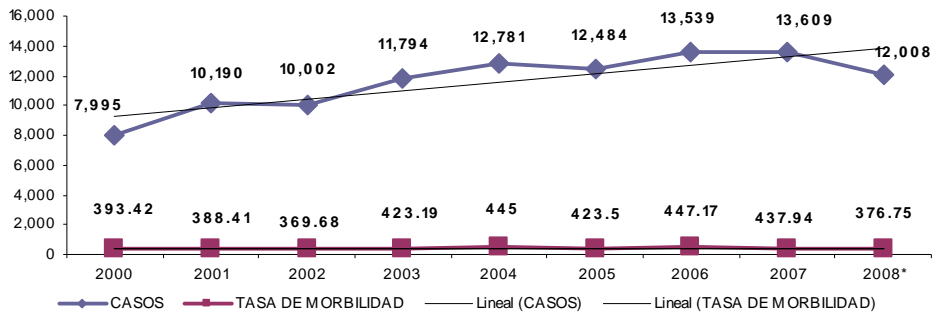
FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2006 (ENSANUT)

Diabetes Mellitus

Entre los años 2000 y 2008, en Baja California, la tendencia por Diabetes Mellitus ha sido ascendente, habiéndose registrado una tasa de 393.42 x 100,000 habitantes de todos los grupos de edad en el 2000 con 9,995 casos y para el 2008 la tasa disminuyó a 376.75 con 12,008 casos, lo que corresponde a un 4.24% menos; entre los años 2003 y 2007 la tasa de morbilidad se mantuvo entre 423.19 y 447.12.

MORBILIDAD POR DIABETES MELLITUS, 2001 - 2008.

DIABETES MELLITUS



FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 HABITANTES
*2008 PRELIMINAR

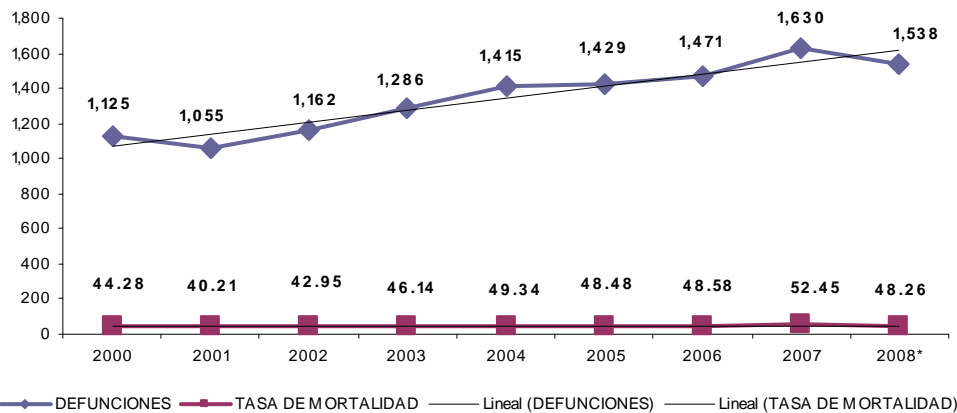
Por Jurisdicción de Servicios Salud en el año 2008 el primer lugar lo ocupó Tijuana con tasa de 390.78 por 100 mil habitantes y 6,871 casos, el segundo lugar Mexicali con tasa de 370.97 y 3,528 casos y en tercer sitio Ensenada con tasa de 307.61 y 1,122 casos.

Por institución en el año 2008, en el nivel estatal y por todos los grupos de edad, el 51.95% lo registró el IMSS con 6,238 casos, el ISESALUD con el 36.2%, con 4,347 casos, otras instituciones con el 5.65% (678 casos), el ISSSTE con el 4.54% (545) e IMSS Oportunidades con el 1.66%, 200 casos.

Comparando el periodo 2000 a 2008, la tendencia de la mortalidad por este padecimiento es ascendente; la tasa de mortalidad varió de 44.28 defunciones por cada 100 mil habitantes y 1,125 defunciones en el año 2000 a 48.60 con 1,549 defunciones en el año 2008, lo que representa un incremento del 9.75%; en todo este periodo la tasa más alta registrada fue en 2007, que correspondió a 52.45 (1,630 defunciones). La información del 2007 permite compararnos con la media nacional, observando que la tasa estatal (52.45) es inferior a la media nacional que para este año fue de 63.8 ocupando el lugar número 25 en la tabla de posiciones.

MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS TIPO II, 2001 - 2008. (ESTATAL)

DIABETES MELLITUS, MORTALIDAD



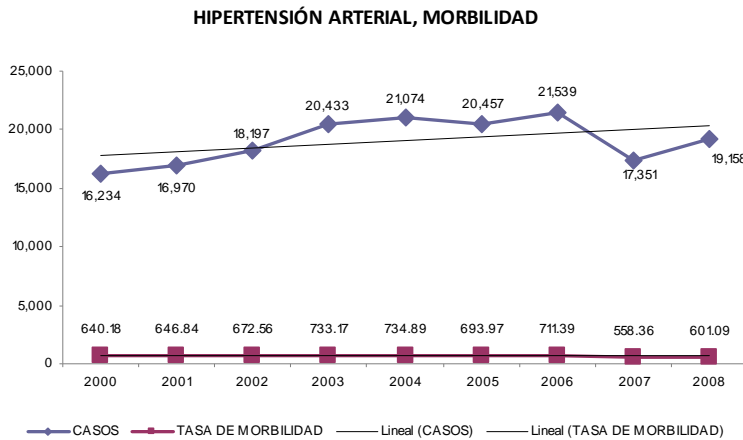
FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 HABITANTES
*2008 PRELIMINAR

Haciendo un análisis por jurisdicción, se observa que entre 2001 y 2008, en Mexicali la tasa de mortalidad por diabetes mellitus tipo II disminuyó en 5.3% (52.30 en 2001 y 49.53 en 2008); en las jurisdicciones de Tijuana y Ensenada la tasa se incrementó en un porcentaje similar (45.7% y 45.62%, respectivamente).

Hipertensión Arterial

Entre los años 2000 y 2008, la tendencia de la morbilidad por Hipertensión Arterial se observa descendente, registrándose una tasa de 640.16 x 100 mil habitantes de todos los grupos de edad en el 2000 con 16,264 casos y para el 2008 la tasa fue de 601.09 con 19,158 casos. En los años 2003, 2004 y 2007 la incidencia por este padecimiento presentó los registros más elevados de este periodo, con tasas de mortalidad de 733.17, 734.89 y 711.39, respectivamente.

MORBILIDAD ESTATAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, 2001 - 2008.



FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 HABITANTES
*2008 PRELIMINAR

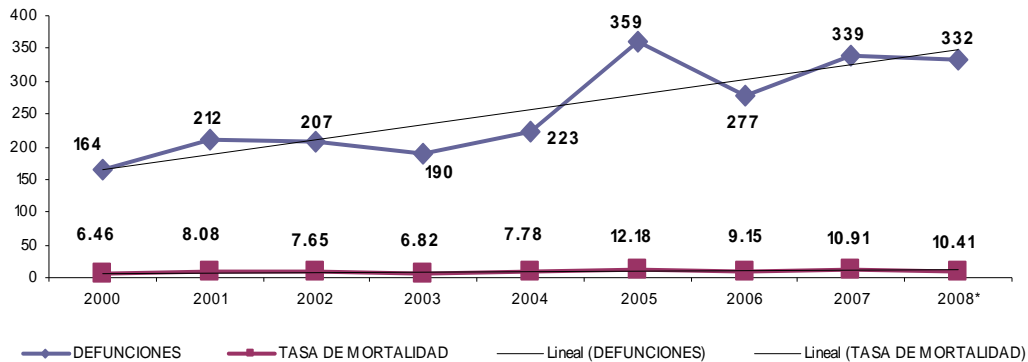
Por Jurisdicción, la tendencia varía, en Mexicali en el periodo 2001 a 2008 la tasa de morbilidad disminuyó en 24.81%, en Ensenada también disminuyó aunque en un porcentaje menor (6.21%), en Tijuana aumentó en 4.92 % en el mismo periodo, en la jurisdicción de Vicente Guerrero entre 2007 y 2008 aumentó en 41.31% (de 4963.86 a 697.89), en el 2008 el primer lugar lo ocupó Vicente Guerrero con 790 casos que equivale a tasa de 697.89 por 100 mil habitantes, enseguida Tijuana con 602.64 (10,596 casos), en tercer lugar Mexicali con tasa de 594.94 y 5,658 casos y finalmente Ensenada con tasa de 579.58 y 2,114 casos.

Por institución, en 2008 y a nivel estatal, el 58.16% de los casos lo notificó el IMSS (11,143 casos), a ISESALUD le corresponde el 28.06% (5,375 casos), el ISSSTE registró 971 casos (5.07%), el IMSS Oportunidades reportó 327 casos (1.71%) y a otras instituciones le corresponde el 7% con 1,342 casos.

La tasa de mortalidad por hipertensión arterial, entre los años 2000 y 2008, ha sido ascendente, con registros en el año 2000 de 164 defunciones y tasa de 6.46 por 100 mil habitantes y en el 2008 con 336 decesos y tasa de 10.54. La tasa en 2007 fue de 10.91, inferior a la tasa media nacional que para el mismo año fue de 13.2, ocupando el lugar número 27 en la tabla de posiciones.

MORTALIDAD POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL, COMPARATIVO 2000 - 2008.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL



FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
 TASA POR 100,000 HABITANTES
 2008 PRELIMINAR

Enfermedades del Corazón

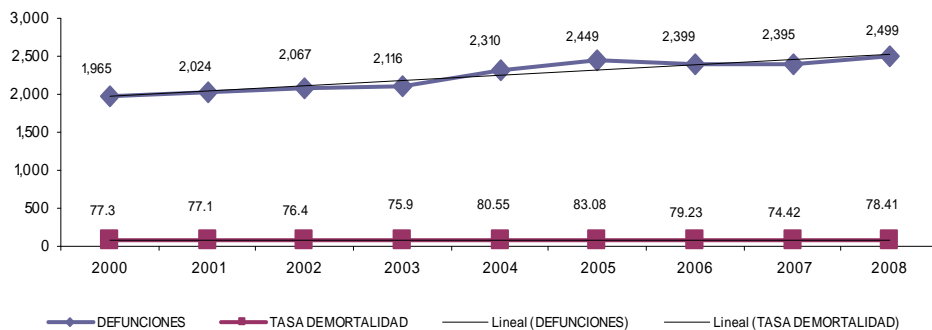
Las enfermedades del corazón constituyen la segunda causa de muerte en el país y la primera en Baja California tanto en mujeres como en hombres. Dentro de estas enfermedades destaca la cardiopatía isquémica, que es responsable de más de la mitad de las muertes en este grupo de padecimientos.

Estas enfermedades comparten factores de riesgo que es importante atender. Destaca dentro de ellos el sobrepeso y la obesidad, que afecta a 70% de la población de entre 30 y 60 años. El tabaquismo, las dislipidemias y la hipertensión arterial también influyen en el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares. Su prevalencia en adultos en México es de 21.5, 26.5 y 30.8%, respectivamente.

En el periodo del 2000 al 2008, se observa un incremento en el total de defunciones del 27.18%, con 1,965 defunciones en el año 2000 y 2,499 en el 2008, mientras que la tasa presenta un incremento de apenas el 1.42% (77.3 por 100 mil habitantes en el año 2000 y 78.4 en el año 2008).

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, 2000 - 2008.

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL CORAZÓN



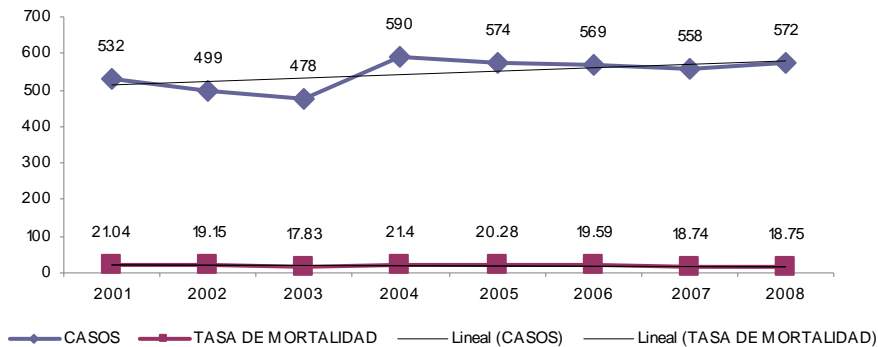
FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.

TASA POR 100,000 HABITANTES
2008 PRELIMINAR

Haciendo referencia específica al grupo de edad de menores de 65 años observamos que el año 2001 se registraron, en el Estado, 532 defunciones para una tasa de mortalidad de 21.04 por 100 mil personas menores de 65 años, en 2008 las defunciones correspondieron a 572 y la tasa a 18.75, lo que representa una disminución del 10.88%. Comparando con nivel estatal en el año 2007 en el Estado se registraron 558 defunciones y tasa de mortalidad de 18.74, muy inferior a la media nacional que se registró en 51.8 por 100 mil habitantes menores de 65 años, ocupando el lugar número 17 a nivel nacional.

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZÓN EN MENORES DE 65 AÑOS, 2001 - 2008.

ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZÓN EN < DE 65 AÑOS

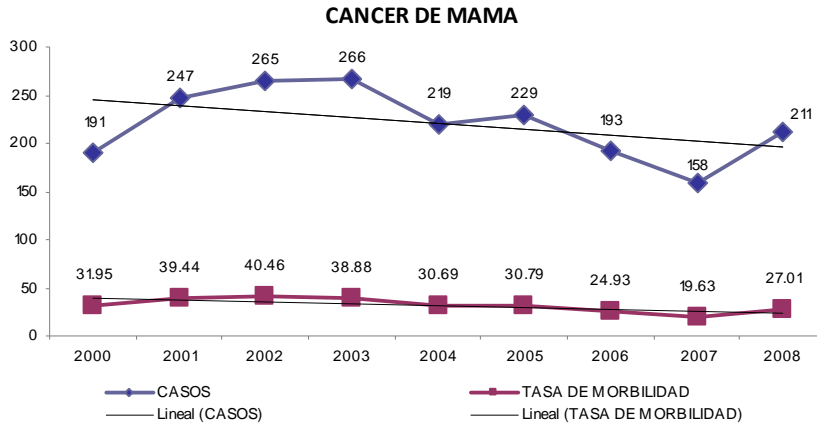


FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 HABITANTES MENORES DE 65 AÑOS
*2008 PRELIMINAR

Cáncer Mamario

En el periodo 2000-2008 en el nivel Estatal, la tendencia de la morbilidad ha sido descendente, se registraron 191 casos en el año 2000 y la tasa fue de 31.95 por 100 mil mujeres de 25 años y más, para el 2008 fueron 211 casos y tasa de 27.01, lo que representa una disminución del 15.46% . El mayor repunte se registró en el año 2002 con 265 casos y tasa de 40.46.

MORBILIDAD POR CANCER DE MAMA, 2001 - 2008.

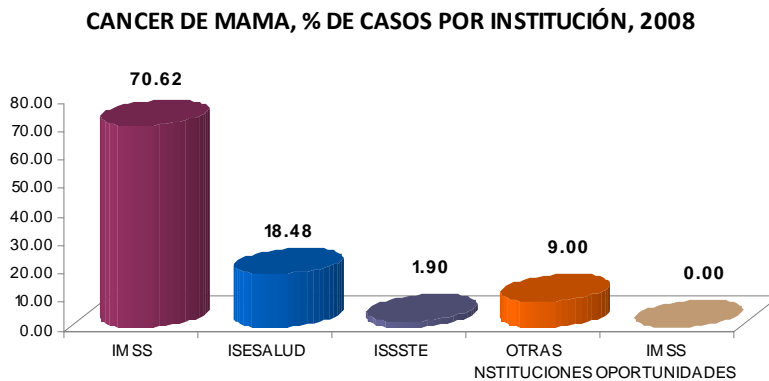


FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
 TASA POR 100,000 MUJERES DE 25 AÑOS Y MAS
 *2008 PRELIMINAR

La jurisdicción de Servicios de Salud de Mexicali, presentó entre el año 2001 y 2008 una tendencia francamente descendente, con tasas de 50.1 y 19.05 respectivamente, lo que representa un 61.98% menos. Tijuana también presenta una disminución en la tasa de morbilidad en este periodo, aunque más moderada (15.81%), las tasas corresponden a 37.25 en 2001 y 31.36 en 2008; en Ensenada, la tasa registrada en 2001 fue de 44.52 con 38 defunciones y en 2008 se registró en 25.32 y 29 defunciones, lo que corresponde a una disminución del 43.13%.

Por institución, en 2008 y a nivel estatal, el IMSS notificó el 70.62% de los casos (149), a ISESALUD correspondió el 18.48% (39 casos), el ISSSTE registró 4 casos (1.9%), el IMSS Oportunidades no reportó casos (1.71%) y a otras instituciones le corresponde el 9% con 19 casos.

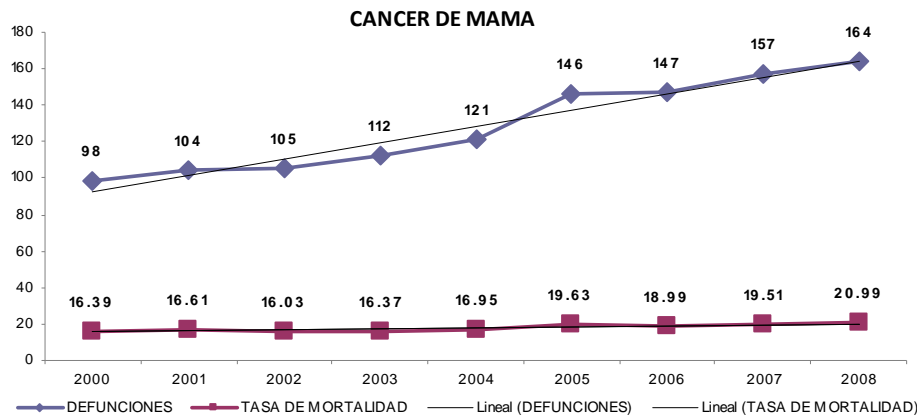
PORCENTAJE DE DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE CANCER DE MAMA POR INSTITUCIÓN, 2008.



FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
 *2008 PRELIMINAR

En cuanto a la mortalidad la tendencia fue ascendente, en el año 2000 con 98 muertes y tasa de 16.39 por 100 mil mujeres de 25 años y más, en el año 2008 se registraron 164 decesos con tasa de 20.99, lo que representa un incremento del 28%. Comparando la tasa de mortalidad estatal con el nivel nacional, en 2007 la tasa estatal fue de 19.51 y la media estatal 15.8, ocupando el lugar número 9 en la tabla de posiciones.

MORTALIDAD POR CANCER DE MAMA, 2000 - 2008.



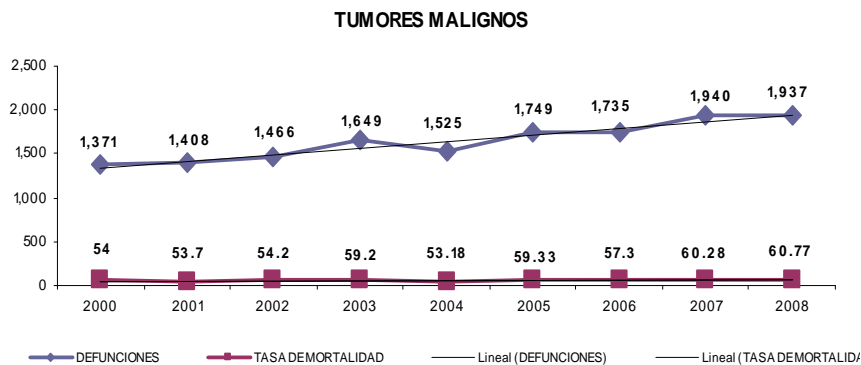
FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 MUJERES DE 25 AÑOS Y MÁS
*2008 PRELIMINAR

Por Jurisdicción de Servicios de Salud en Mexicali se registraron en el año 2001 42 defunciones, con tasa de 21.04 por 100 mil mujeres de 25 años y más, en 2008 se presentaron 59 defunciones que corresponde a una tasa de 24.98, que representa un incremento del 18.72%; en Tijuana la tendencia también fue ascendente, para el año 2001 se registraron 53 casos con una tasa de 18.11, para el año 2008 se presentaron 87 decesos y una tasa de 20.21, es decir un incremento en la tasa del 11.6%; en Ensenada la tasa varió de 10.55 (9 defunciones) a 13.27 (18 decesos), lo que representa el 25.78% de incremento en este periodo.

Tumores Malignos

Los tumores malignos son otra causa importante de muerte, ocupando el segundo lugar como causa de muerte en el estado, durante todo el periodo 2000-2008. En el año 2000 ocurrieron 1,371 defunciones, con una tasa de mortalidad de 54.0 por 100 mil habitantes, mientras que para el 2008 se notificaron 1,936 decesos para una tasa de 60.77, mostrando un incremento del 12.54% en el periodo. Los tumores más comunes son en los niños las Leucemias; el tumor maligno del cuello del útero y cáncer de mama son los tumores que más muertes ocasionan en las mujeres; en los hombres, los tumores malignos que más muertes causan son los tumores de tráquea, bronquios y pulmón, seguidos de los tumores de próstata.

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS, TODOS LOS GRUPOS DE EDAD. 2000 - 2008.

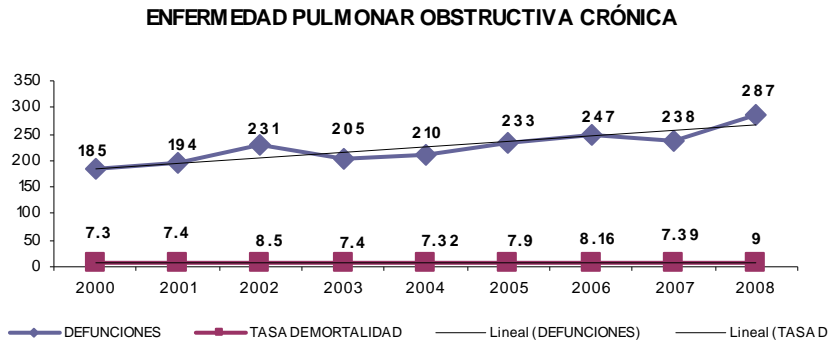


FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 HABITANTES
*2008 PRELIMINAR

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

La EPOC es otra de las principales causas de mortalidad en el estado, ubicándose entre el 13º y el 11º lugar entre los años 2000 y 2008; la tasa de mortalidad muestra una tendencia ascendente, en el año 2000 se registró en 7.3 con 185 defunciones y para el año 2008 se notificaron 287 decesos para una tasa de 9 defunciones por 100 mil habitantes, lo que representa el 23.29% de incremento.

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. 2000 - 2008.

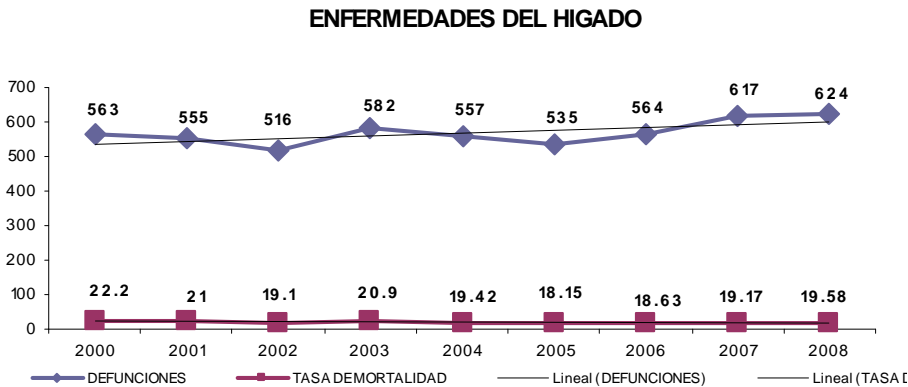


FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 HABITANTES
*2008 PRELIMINAR

Enfermedades del Hígado

Las enfermedades del hígado se han mantenido, en el estado, como la 6º causa de muerte en los últimos 9 años. La tasa de mortalidad disminuyó en 11.35% en este periodo; en 2000 ocurrieron en el Estado 563 muertes (tasa de 22.22 por 100 mil habitantes) y para el 2008 se registró una tasa de 19.58 con 624 defunciones. La mayor parte de estas muertes se debe a cirrosis hepática, que está fuertemente asociada al consumo de alcohol. Las tasas de mortalidad por esta causa son mayores en los hombres que en las mujeres.

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL HIGADO. 2000 - 2008.

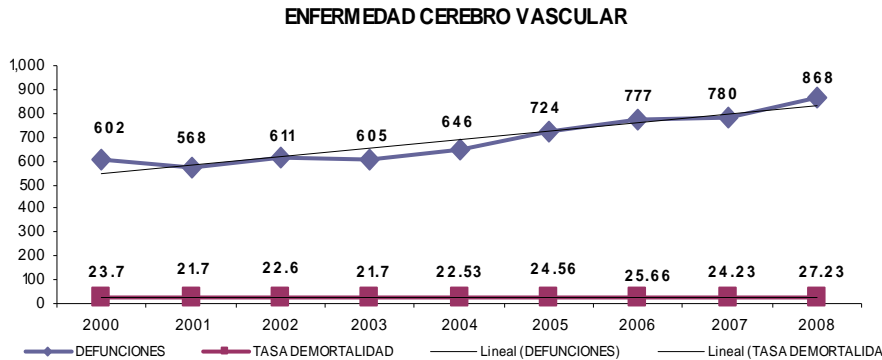


FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 HABITANTES
*2008 PRELIMINAR

Enfermedades Cerebro vasculares

La enfermedad cerebro-vascular, la quinta causa de muerte en el Estado en todo el periodo; la tendencia se mantenido ascendente, en el año 2000 se registraron 602 defunciones con tasa de mortalidad de 23.7 por 100 mil habitantes y para el 2008 se presentaron 868 defunciones con una tasa del 27.23, lo que representa un incremento del 14.89%. Más de 70% de las muertes por este tipo de padecimientos ocurre en sujetos mayores de 60 años.

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. 2000 - 2008.

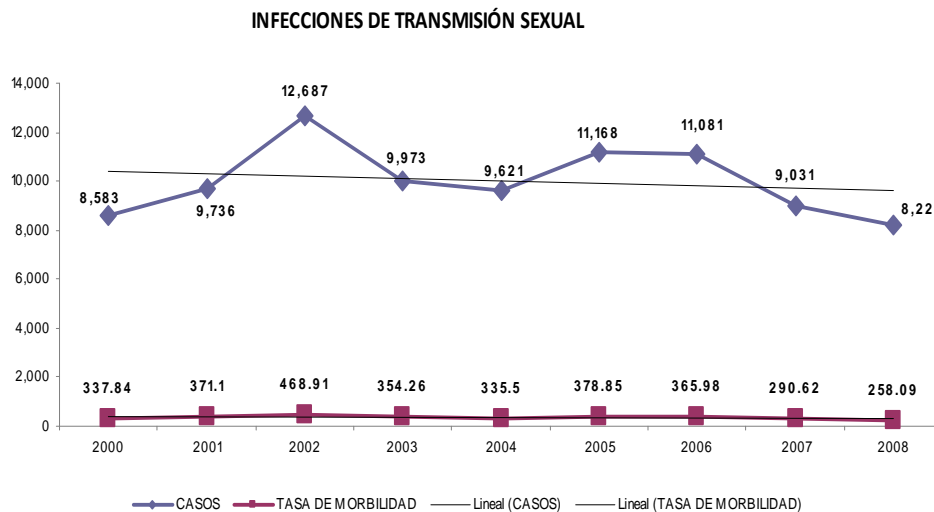


FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 HABITANTES
*2008 PRELIMINAR

Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA

Las Infecciones de Transmisión Sexual, en el año 2000 se registraron de 8,583 casos y una tasa de 337.84 por 100 mil habitantes, presentando un pico máximo en el año 2002 con una tasa de 468.91 y con tendencia ascendente entre el año 2000 y 2006, disminuyendo en 2007 y con cierre al año 2008 de 8,226 casos y tasa de 258.09 entre el 2000 y 2008 la tasa disminuyó en 23.6%

MORBILIDAD POR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, 2001 – 2008



FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.

TASA POR 100,000 HABITANTES
*2008 PRELIMINAR

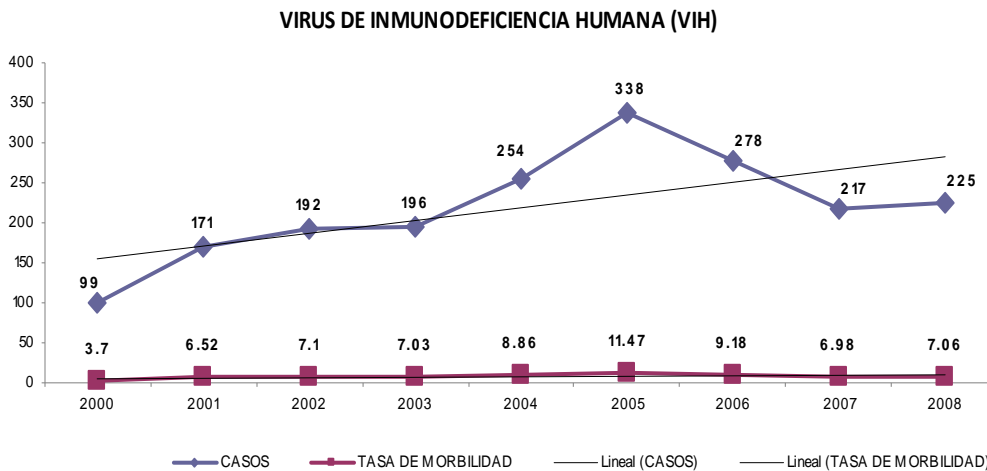
En las tres Jurisdicciones de Servicios de Salud el comportamiento de la tendencia fue similar; en Ensenada se cerró en el año 2008 con la tasa más alta (370.39 y 1,351 casos), en Mexicali la tasa fue de 267.08 y 2,540 casos, finalmente Tijuana registra la tasa más baja (223.40) con 3,928 casos.

En relación a la mortalidad por infecciones de transmisión sexual, entre los años 2000 y 2007 no se presentaron defunciones, sin embargo en 2008 se registraron 4 defunciones y tasa de 0.13 por 100 mil habitantes.

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Entre los años 2000 y 2008, en el estado de Baja California, la tendencia por Infección ha sido ascendente, habiéndose registrado una tasa de 3.7 por 100 mil habitantes en el año 2000 con 94 casos con un repunte en el 2005 de 11.47 y 338 casos, el año 2008 cerró con una tasa de 7.06 y 225 casos.

MORBILIDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, 2001 - 2008.



FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 HABITANTES
*2008 PRELIMINAR

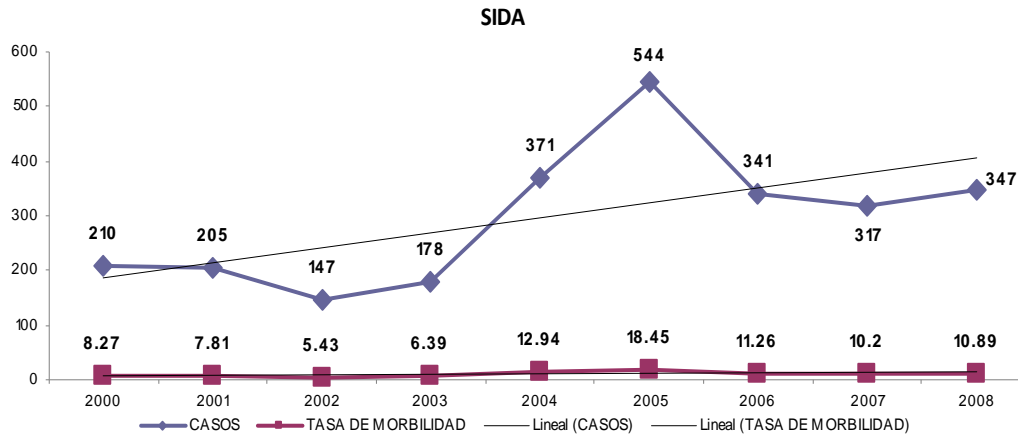
Por Jurisdicción de Servicios de Salud la tasa de morbilidad más alta en 2008 la registró Ensenada (10.69 y 39 casos), seguida por Tijuana con tasa de 7.68 y 135 caos y finalmente Mexicali con tasa de 4.63 por 100 mil habitantes y 44 casos. En el periodo 2001 a 2008, en Mexicali se incrementó la tasa en 85.2% (2.50 y 4.63, respectivamente), Tijuana varió de 9.01 a 7.68, disminuyendo en 14.76% y en Ensenada la tasa de morbilidad se incrementó de 5.62 a 10.69 (90.21% más).

Por Institución y para el año 2008, el 68.44 % de los casos lo registró el ISESALUD con 154 casos, el 23.11% el IMSS con 52 casos, otras instituciones registraron el 5.77% (13 casos), IMSS Oportunidades registró 5 casos (2.22%) y el ISSSTE reportó un solo caso (0.44%).

SIDA

Entre los años 2000 y 2008, en el estado de Baja California, la tendencia de la tasa de morbilidad por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se mostró ascendente, en el año 2000 se registraron 210 casos y tasa de 8.27 por 100 mil habitantes y en 2008 la tasa fue de 10.89 con 347 casos, incrementándose en 31.68% en este periodo. Se observa un mayor incremento en el año 2005, con tasa de 18.45.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, MORBILIDAD 2001 - 2008.

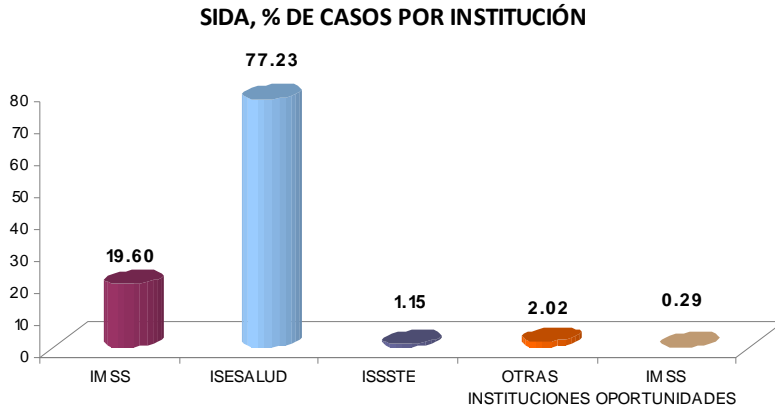


FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 HABITANTES
*2008 PRELIMINAR

Por Jurisdicción de Servicios de Salud, en Mexicali durante el periodo 2001 a 2008 la tasa de morbilidad por SIDA se incrementó en 60.20%, variando de 2.50, por 100 mil habitantes y 20 casos, elevándose la tasa a 6.20 (59 casos); en Tijuana en el año 2001 se registró tasa de 10.97 (157 casos) y tasa de morbilidad de 15.19 en 2008 (267 casos), lo que representa un incremento del 38.64%; en Ensenada se registró una tasa de 4.34 (17 casos) en el 2001 y 5.48 (20 casos) en 2008, lo que corresponde a un incremento del 26.27%.

Por Institución y para el último año del periodo de análisis, el 77.23% de los casos se registraron en el ISESALUD con 267 casos, el 19.6% por el IMSS Ordinario con 68 casos, en ISSSTE se registraron 4 casos (1.15%), otras instituciones reportaron 7 casos (2.02%) y uno más por e IMSS Oportunidades (0.29%).

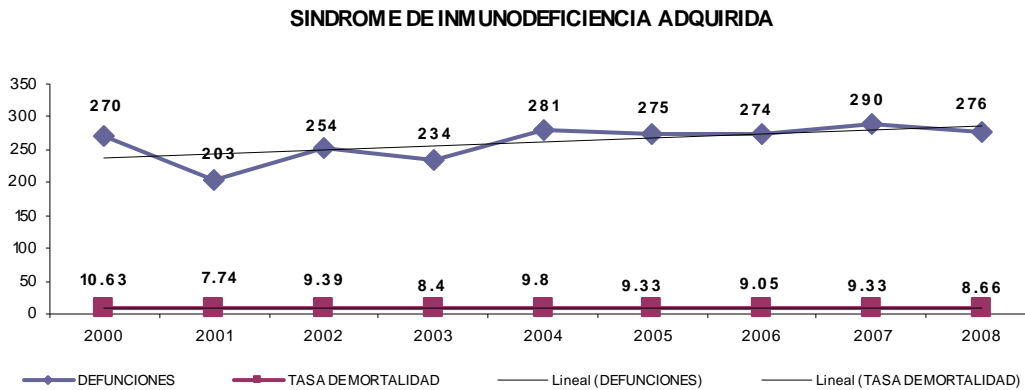
SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, % DE CASOS POR INSTITUCIÓN, 2008.



FUENTE: SUAVE. Sistema Único Automatizado de la Vigilancia Epidemiológica. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
*2008 PRELIMINAR

La tasa de mortalidad por SIDA en el estado es la más alta a nivel nacional, ocupando el primer lugar. El comportamiento en los últimos 9 años ha sido descendente, variando de 10.63 (270 casos) a 8.66 (276 casos) entre 2000 y 2008.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, MORTALIDAD, 2000 - 2008.



FUENTE: SEED. Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones. Depto. de Epidemiología del ISESALUD.
TASA POR 100,000 HABITANTES
*2008 PRELIMINAR

Por Jurisdicción, en Mexicali la tasa de mortalidad se incrementó en 19.63%, registrando tasa de 3.87 en 2001 (31 casos) y 4.63 (44 casos) en 2008; en Tijuana se presentaron 157 casos en 2001, con tasa de mortalidad de 10.97, incrementando a 198 casos y tasa de 11.26 en 2008 (2.64%); en Ensenada la mortalidad se incrementó en 114.75%, variando la tasa de 4.34 (17 casos) en 2001 a 9.32 (34 casos) en 2008.

Zoonosis

Rabia Humana

En el Estado de Baja California durante el periodo 2000-2008, no se registraron casos o defunciones por este padecimiento.

VII.- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES CONTEMPORÁNEAS

Fiebre Del Oeste Del Nilo

La Vigilancia Epidemiológica para este padecimiento se sustenta en la Guía Federal para la Prevención y Control del Virus del Oeste del Nilo, cuyos objetivos son el de establecer y desarrollar un sistema de vigilancia epidemiológica del virus del oeste del Nilo en nuestro país y en la entidad, así como en el de desarrollar un modelo de prevención con la participación de la comunidad.

Para monitorear el padecimiento se ha definido la red estatal de unidades centinela con sede en los hospitales generales del ISESALUD en el Estado. Cabe hacer mención que a la fecha no se han identificado casos por este padecimiento en el Estado.

Influenza

Se han identificado 3 modalidades de influenza: la endémica que se presenta cada año y su sinónimo es el de gripe, la Aviar cuya frecuencia en humanos es excepcional y se ha presentado en otros continentes y la Pandémica cuya presencia puede abarcar dos o más continentes del planeta.

La vigilancia epidemiológica se lleva a cabo mediante un sistema denominado SISVEFLU, (Sistema DE Vigilancia Epidemiológica de la Influenza) el cual se desarrolla en forma rutinaria en nuestro estado, cuyo objetivo es el de disponer de criterios médico-epidemiológicos homogéneos, previo, durante y posterior a la pandemia de influenza.

Para ello se retoma la coordinación sectorial con apoyo potencial de la totalidad de las unidades médicas en el Estado para brindar apoyo a la población ante la presencia de la Pandemia. Hasta el momento no se han identificado casos.

Amiba de la Vida Libre

Este padecimiento es de Vigilancia Epidemiológica local en el Municipio de Mexicali, originado por Naegleria Fowlery y/o Acanthamoeba spp, su hábitat es en los canales de riego y aguas estancadas, con desarrollo durante el verano a temperaturas superiores a los 40° C.

El cuadro clínico es de una meningoencefalitis, con una letalidad del 100%, que aunque su frecuencia resulta baja, su prevención es fundamental para evitar la presencia de casos.

El primer caso fue identificado en el año de 1978, sin embargo hasta el año de 1989 se tuvo acceso a las técnicas diagnósticas. Su frecuencia anual es variable, 1 caso en el año de 1989. 7 en 1990, 2 en 1991 y 1 en 1992; 1998 2 casos, 1 en 1999, 2 en el 2003, 1 en el 2005, 1 en el 2006 y 1 más en el 2008.

En el Comité Municipal de Vigilancia Epidemiológica de Mexicali (COMUVE), se establecen anualmente las estrategias de prevención dirigidas a la población en áreas de riesgo para este padecimiento.

Enfermedades asociadas a Riesgos Biológicos (Bioterrorismo)

Se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica con soporte en el Plan Federal de Protección de la Salud ante el Riesgo de Bioterrorismo y en el Convenio Binacional México-Estados Unidos, a partir del 2005, en los que se define a la Vigilancia Epidemiológica como una línea de acción cuyo objetivo es la detección oportuna de los daños a la salud ocasionados por la liberación intencionada de agentes biológicos para asegurar una pronta respuesta.

Los padecimientos considerados en este grupo son: Cólera, Peste, Ántrax, Botulismo y la Viruela.

Cabe resaltar que a la fecha se mantiene la Vigilancia Epidemiológica y Seguridad en Salud en alerta permanente, sin ningún caso identificado al presente.

Adicciones

En Baja California, con base a los resultados arrojados por la encuesta estatal de las adicciones del año 2007, el 47.21% de la población manifestó haber consumido algún tipo de droga (legal o ilegal) en los últimos 12 meses.

Destaca en los datos recolectados por esta misma encuesta el crecimiento en el consumo de sustancias en las mujeres de 29.50% en 2004 hasta un 41.18% en el 2007, mientras que en el sexo masculino desciende de 70.50% a 58.82% en el mismo periodo.

Al excluir el alcohol y tabaco de las sustancias adictivas que se consumen, en el 57.92% de los entrevistados que refirieron utilizar alguna droga, no especificaron que sustancia era, y en un 10.28% se mencionó a la marihuana observándose una reducción de un 10.28% en su mención, en relación al año anterior.

En Baja California, el 11% de las muertes en varones está asociado al consumo de alcohol, siendo el principal factor de riesgo de muerte prematura en hombres.

La sustancia adictiva que registra mayor índice de consumo en la población en general es el alcohol con un 50.34%, seguido del tabaco en un 42.66% y marihuana 3.24%, esta última sigue siendo la droga ilegal, de mayor consumo.

Vigilancia epidemiológica de las adicciones (SISVEA)

En el año 2007, a nivel Estatal, el Sistema Epidemiológico de las Adicciones (SISVEA) registra un incremento de 5,593 a 7,164 casos, observando una disminución de ingresos en el grupo de población de 10 a 25 años, y una tendencia de incremento en los grupos de edad mayor.

Se observa que el género femenino, solicita ingreso a los Centros de Rehabilitación a menor edad que el varón. El 3.65% del total de los egresados es por término de tratamiento.

La marihuana continua siendo a nivel Estatal la principal droga de inicio en los usuarios de Centros de Rehabilitación con un 25.57%, siguiendo en orden el alcohol y tabaco, en cuarto lugar aparece la metanfetamina. En relación al género la Marihuana predomina en las mujeres y el tabaco en los hombres.

La edad de inicio en ambos géneros es muy similar de 11 a 15 años con un 47.54%.

Tanto la metanfetamina, opioides, alcohol puro, crack, se observan en el grupo de 15 a 19 años sin predominio de género. Cuando es alcohol puro también el grupo de edad es de 15 a 19 años sin predominio de género.

El 10.97% solicitan ayuda a algún Centro de Rehabilitación de 0 a 4 años después de haber iniciado el consumo de sustancias adictivas y el 17.28% de 5 a 9 años, el género femenino lo hace mucho antes que el masculino ya que el 27.80% del total de mujeres lo solicita en el lapso de 0 a 4 años y 22.37% en el de 5 a 9 años.

CAPITULO III.- ADONDE QUEREMOS LLEGAR

Bienestar y Desarrollo Humano

Visión

El gobierno de Baja California cuenta con las instituciones y los mecanismos adecuados para la promoción y realización de acciones coordinadas, que conduzcan a mayores niveles de bienestar social y desarrollo personal, fomentando la participación de los ciudadanos en corresponsabilidad para la solución de problemas comunes, para enfrentar, con criterios de sustentabilidad y con garantías en la igualdad de oportunidades de desarrollo, los retos que le impone la inserción dinámica del estado en la globalidad.

3.1. Escenario futuro deseado para el sector

Visión del Sector:

Ser el sector integrador de las entidades públicas y privadas que inciden en la salud de la población, reconocido por coadyuvar a mejorar la calidad de vida de los bajacalifornianos.

CAPITULO IV.- COMO VAMOS A LOGRARLO

Objetivo General

Garantizar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud en la población de Baja California, a través de la vinculación intersectorial y la participación activa de la comunidad, asegurando el acceso oportuno a servicios de salud con calidez y calidad.

4.1. Objetivos Estratégicos

- Privilegiar el acto PREVENTIVO sobre el CURATIVO, mediante la educación y promoción de estilos de vida saludables en la población.
- Mejorar la CAPACIDAD RESOLUTIVA de las unidades de salud, mediante el fortalecimiento de la infraestructura, el equipamiento y la actualización continua del recurso humano.
- Elevar la SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS por la calidad de los servicios recibidos.

4.2. Estrategias Sectoriales

Tema I: Acceso Universal a Servicios Integrales de Salud

El fin último que persigue todo sistema de salud es impactar positivamente en las condiciones de la salud de la población. El derecho a la protección de la salud de las personas, implica por una parte la accesibilidad universal a los servicios y por otra la garantía de protección a la economía de los usuarios de los servicios de salud.

Objetivo: Garantizar el derecho a la protección a la salud, mediante la cobertura universal y el impulso de mecanismos de protección financiera para que las familias reciban servicios médicos en función de sus necesidades de salud y no de su capacidad de pago.

Subtema: Cobertura de Atención de los Servicios de Salud

Línea Estratégica: 1.1.1 Garantizar el derecho a la salud mediante la cobertura universal.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
1.1.1.1. Lograr la cobertura universal a través del sistema estatal de salud.	Elevar la cobertura de la población incorporada al sistema estatal de salud	= ó > 95%

Línea Estratégica: 1.1.2. Atención a la salud de la población vulnerable.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado
-----------------	------------------------	-----------

		2009-2013
1.1.2.1. Impulsar una política integral de la atención de la salud de las etnias del Estado.	Dar cobertura con el paquete garantizado de salud	una visita en unidad móvil = ó < a 15 días
1.1.2.2. Fortalecer las acciones de atención a la población migrante.	Dar cobertura con el programa Vete Sano-Regresa Sano	una visita en unidad móvil = ó < a 15 días
1.1.2.3. Fortalecer la prevención, detección oportuna, atención y rehabilitación de las personas con discapacidad.	Impulsar la capacitación al personal de salud en prevención y detección de los tipos de discapacidad mas frecuentes en el estado.	= ó > a 80% del personal en contacto con paciente del primer nivel de atención
	Canalizar a los pacientes para su rehabilitación.	Referencia del 100% de pacientes detectados a unidades especializadas

Subtema: Protección Financiera

Línea Estratégica: 1.2.1. Reducir el gasto de bolsillo por la atención a la salud.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
1.2.1.1. Brindar protección financiera a la población carente de seguridad social.	Elevar la cobertura de población afiliada a seguro popular	= ó > 95%

Proyecto	Resultado 2009-2013
Portabilidad de cobertura de Seguro Popular.	Suscripción de convenios con el 100% de las entidades federativas para la atención a afiliados a seguro popular y facturación cruzada.

Tema II.- Modelo de Atención a la Salud

La salud es un proceso complejo de cambios continuos, su atención requiere de la implantación de modelos de atención innovadores y flexibles que incidan directamente en los factores determinantes de riesgo y que respondan con mayor eficiencia a las necesidades de salud e incrementen la capacidad resolutoria de los servicios, mediante el fortalecimiento de las acciones rectoras y normativas que conduzcan y evalúen el desarrollo de la política pública en salud ante los distintos actores públicos, sociales y privados.

Objetivo: Reorganizar los servicios de salud para incrementar su capacidad de respuesta, mediante el fortalecimiento de la infraestructura y la articulación de redes de establecimientos médicos que por una parte garanticen el acceso a servicios efectivos, seguros y continuos, y por otra permitan el monitoreo, la evaluación y la rendición de cuentas sobre las acciones de salud.

Subtema: Sistema Estatal de Salud.

Línea Estratégica: 2.1.1. Consolidar el Sistema Estatal de Salud con base en el principio de separación de funciones, de rectoría, de financiamiento y prestación de servicios.

Proyecto	Resultado 2009-2013
Dotar de estructura a la Secretaría de Salud como órgano rector distinto del prestador de servicios.	Estructura orgánica, programática y presupuestal de la Secretaría de Salud.

Línea Estratégica: 2.1.2. Fortalecer el Sistema Estatal de Información en Salud.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
2.1.2.1 Consolidar Sistemas de información homogéneos a nivel sectorial.	Implantar el expediente clínico electrónico portable	100% de las instituciones
	Instrumentar el Sistema Estatal de Información Estratégica en Salud (SEIES)	100% de las instituciones

Subtema: Infraestructura en Salud

Línea Estratégica: 2.1.3. Fortalecer la inversión en infraestructura en salud, equipamiento y capital humano con criterios de racionalidad, eficiencia y seguridad.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
2.1.3.1 Consolidar el Modelo integrado de atención a la salud a través de redes intra e interinstitucionales para maximizar el aprovechamiento de la capacidad sectorial instalada.	Concertar convenios interinstitucionales en rubros prioritarios marcados por el Consejo Estatal de Salud	100% de instituciones incorporadas a la red estatal

Proyecto	Resultado 2009-2013
Diagnóstico sectorial de infraestructura en salud.	Plan Maestro de Infraestructura Sectorial con visión al 2015.

Subtema: Investigación, capacitación y profesionalización

Línea Estratégica 2.1.4 Generar investigación y enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y recurso humano.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
2.1.4.1. Promover un modelo sectorial de enseñanza e investigación en salud.	Implantar el sistema de telemedicina como una alternativa de enseñanza a distancia	100% de unidades rurales atendidas por MPSS
	Establecer el Fondo Estatal de Investigación en Salud	100% de las instituciones participando en el Fondo Estatal.
	Desarrollar investigación clínica, operativa y de salud pública conforme a la epidemiología estatal	= ó > a 1 proyecto de investigación por unidad hospitalaria por año.
2.1.4.2. Incidir en formación académica de los estudiantes de carreras afines a la salud y opinar sobre la demanda potencial en el mercado	Elaborar opiniones técnicas sobre currícula a través del CEIFCHRIS	100% de las currículas de las carreras afines a la salud

laboral.		
	Elaborar opiniones técnicas sobre apertura de nuevas carreras y/o nuevos planteles sobre carreras afines a la salud a través del CEIFCHRIS	Opinión técnica sobre el 100% de las nuevas carreras y/o planteles

Proyecto	Resultado 2009-2013
Creación de un Instituto Estatal para el desarrollo sistemático de la capacitación e investigación bajo un modelo de calidad y conforme al perfil epidemiológico del Estado.	Operar del Instituto Estatal de Capacitación e Investigación en Salud.

Tema III.- Prevención y control de enfermedades.

La transición epidemiológica por la que atraviesa el país está asociada al desarrollo de riesgos relacionados con comportamientos poco saludables, dentro de los que se incluyen la mala nutrición, la falta de actividad física, el tabaquismo, el consumo de drogas ilícitas y las prácticas sexuales inseguras. En Baja California se ha logrado avanzar en el control de las infecciones comunes, los padecimientos reproductivos y los padecimientos relacionados con la desnutrición. Sin embargo, resulta indispensable atender los riesgos relacionados con las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Una forma de abordar y controlar algunos de estos riesgos es mediante la promoción de la salud, fomentando comportamientos relacionados con algunos determinantes positivos críticos como la alimentación, la higiene y la actividad física, cuyo deterioro o descuido es común a varias de las principales causas de daño a la salud.

Objetivo:

Atender el proceso de salud-enfermedad de la población, poniendo énfasis en el acto preventivo, mediante acciones de promoción sobre el auto cuidado de la salud, detección oportuna, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades que presenta la población bajacaliforniana.

Subtema: Reducir las desigualdades en salud.

Línea Estratégica: 3.1.1. Fortalecer las políticas de salud para la prevención y atención de padecimientos en menores de cinco años.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
3.1.1.1. Impulsar acciones para el control de enfermedades prevenibles por la vacunación.	Elevar coberturas de vacunación en el menor de 8 años de edad.	= ó >95%
	Asegurar que la población < de 8 años censada por cada una de las instituciones se correlacione a la proyectada por el CONAPO.	= ó >90%
3.1.1.2. Desarrollar acciones para impactar en la mortalidad por IRA's y EDA's en el menor de 5 años.	Disminuir la tasa de mortalidad en los menores de 5 años por IRAS.	25%
	Mantener la tasa de mortalidad en los menores de 5 años por EDAS	= ó < 4

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
3.1.1.3. Impulsar acciones de prevención, detección y control de la desnutrición, sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes.	Detectar y atender el problema de desnutrición en los menores de 5 años en las unidades médicas de primer nivel de atención.	Control del 50% de los pacientes en tratamiento
	Detectar y atender el sobrepeso y la obesidad en los menores de 5 años en las unidades médicas de primer nivel de atención.	Control del 50% de los pacientes en tratamiento
	Detectar y atender el sobrepeso y la obesidad en niños de 5 a 9 años en las unidades médicas de primer nivel de atención.	Control del 30% de los pacientes en tratamiento

Proyecto	Meta 2009-2013
Implementación, por institución,	Programa implementado por institución, con

de un programa de prevención al sobrepeso y la obesidad en escolares.	indicadores afines para su seguimiento y evaluación.
---	--

Subtema: Mejorar las condiciones de Salud.

Línea Estratégica: 3.1.2. Fortalecer las políticas de prevención y atención a la salud de la mujer.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
3.2.1.1 Consolidar la coordinación sectorial en el área de Salud Reproductiva.	Constituir el Comité Sectorial de Salud Reproductiva dentro del Consejo Estatal de Salud.	Sesiones trimestrales del Comité
3.2.1.2 Fortalecer las acciones de prevención, detección y tratamiento oportuno de CACU y CAMA desde una perspectiva sectorial.	Realizar una campaña anual para impactar en los factores determinantes del cáncer cérvicouterino y mamario.	Campaña sectorial
	Elevar la cobertura de detección de primera vez, de cáncer cérvicouterino, en mujeres de 25 a 64 años de edad.	80% de cobertura

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
	Disminuir la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino.	= ó < 14
	Elevar la cobertura de detección por mastografía en mujeres de 50 a 69 años de edad.	60%
	Mantener la tasa de mortalidad por cáncer mamario por 100 mil mujeres de 25 años y más.	= ó < 20
3.2.1.3 Desarrollar acciones conjuntas para incidir en la mortalidad materna.	Realizar una campaña sectorial anualmente sobre la difusión de medidas de prevención y signos de alarma.	Campaña sectorial
	Registrar el promedio de consulta prenatal conforme a la NOM-007-	= ó > 5

	SSA2-1993	
3.2.1.4 Desarrollar acciones para prevenir embarazo en adolescentes.	Realizar una campaña sectorial anual.	Campaña sectorial anual.
	Alcanzar el porcentaje de aceptantes post evento obstétrico	= ó > 70%

Proyecto	Meta 2009-2013
Instrumentar la Red sectorial de Atención de Emergencias Obstétricas.	Coordinar el diseño de operación y facturación cruzado de la red de atención a emergencia obstétrica

Línea Estratégica: 3.1.3. Impulsar acciones integrales para la prevención y control de enfermedades crónico-degenerativas.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
3.1.3.1 Fortalecer las acciones preventivas, de diagnóstico, tratamiento y control de los pacientes con diabetes mellitus y riesgo cardiovascular.	Lograr que los pacientes diabéticos en tratamiento se mantengan con cifras de glicemia adecuadas.	= ó > 40%
Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
	Lograr que los pacientes hipertensos en tratamiento se mantengan con cifras tensionales adecuadas.	= ó > 50%
	Lograr que los pacientes con sobrepeso y obesidad en tratamiento, mantengan ó disminuyan su Índice de Masa Corporal.	= ó > 20%
3.1.3.2. Impulsar la detección de sintomatología prostática.	Elevar la cobertura de detección de sintomatología prostática en la población masculina de 45 años o más, a través del Cuestionario de Síntomas Prostáticos.	= ó > 60%

Línea Estratégica: 3.1.4. Reforzar las acciones sectoriales e intersectoriales de prevención y control de enfermedades infecto-contagiosas.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
3.1.4.1 Fortalecer las acciones preventivas, de diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades infecciosas.	Mantener la cobertura de detección en sintomáticos respiratorios de TBP.	= ó > 90%
	Ingresar a Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) los casos de TB diagnosticados	= ó > 90%
	Incrementar el % de curación de los casos de TB pulmonar BK+	= ó > 85%
	Incrementar el monitoreo de pacientes con VIH/SIDA en Tx Antirretroviral.	= ó > 90%
	Incrementar la cobertura de detección de sífilis en la mujer embarazada.	= ó > 90%

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
	Incrementar el porcentaje de seguimiento de las infecciones de transmisión sexual, considerando al menos una consulta subsecuente por cada consulta de primera vez.	= ó > 70%
3.1.4.2. Incidir en la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas	Disminuir la tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar.	= ó < 5
	Disminuir la tasa de mortalidad por SIDA.	= ó < 9

Línea Estratégica: 3.1.5. Impulsar acciones permanentes de prevención, tratamiento y rehabilitación de salud mental, que faciliten su reinsersión social.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
3.1.5.1 Ampliar la cobertura de prevención y atención de problemas de salud mental.	Ampliar la oferta de servicios especializados en consulta psiquiátrica y psicológica de Centros Integrales de Atención a la Salud Mental. (CISAME)	2 CISAMES operando

Línea Estratégica: 3.1.5. Inducir medidas de promoción de una vialidad segura que eviten las lesiones por accidente de tránsito.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
3.1.5.1. Desarrollar acciones para la prevención de una vialidad segura.	Promover la implementación del acuerdo por el que se establecen las condiciones médicas de referencia para la expedición de licencia de conductor y otras medidas de prevención contra los riesgos que ocasionan los accidentes de tránsito, publicada en el DOF 13 de junio de 2008.	Implementarlo al 100%
	Impartir el curso de educación vial y manejo a la defensiva en las escuelas.	100% de las escuelas
Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2013
	Proponer como requisito para la expedición de licencias, el curso de formación de conductores.	100% de los solicitantes de licencia tomen el curso.

Subtema: Coordinación interinstitucional

Línea Estratégica: 3.1.6. Coordinar esfuerzos con el sector público, social y privado, para potenciar esfuerzos y lograr mayor impacto en la salud de la población.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2013
-----------------	------------------------	----------------

3.1.6.1. Otorgar el Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención	Brindar atención integrada por grupo de edad. <i>Unidad de medida: Cobertura de Población con Atención Integrada</i>	30% de la población
Construir “Una Nueva Cultura para una Mejor Salud”	Elevar la cobertura de Cartillas de Salud Unificadas. <i>Unidad de medida: Población de Responsabilidad con Cartilla de Salud Unificada.</i>	95%
	Reformar la acción comunitaria para la salud, mediante la formación de una Base Social en Salud Organizada <i>Unidad de medida: Conformación de Redes Sociales.</i>	Una red social en salud en el ámbito de competencia
Reforma del Primer contacto en salud	Fortalecer la oferta del Paquete Garantizado de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. (Cadena de Valor) <i>Unidad de Medida: Unidad de Salud con un Programa de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.</i>	Implementación del Programa de promoción y prevención para una mejor salud, validado por el Consejo Estatal de Salud
	Impulsar el desarrollo de capital humano en salud pública. <i>Unidad de medida: Personal de salud capacitado en el modelo Estatal de Promoción y Prevención en Salud (MOEPS)</i>	80% de personal de salud de primer nivel de atención capacitado
Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2013
Hacer de la Salud, una política de estado.	Promover y desarrollar Entornos favorables a la salud. <i>Unidad de medida: Diagnóstico de entornos de riesgo en el ámbito de su competencia.</i>	Gestionar ante las instancias correspondientes el 100% de las acciones identificadas como necesarios para lograr entornos saludables a la salud.
	Impulsar a través de la Abogacía y Gestión intersectorial,	Convenir con las Secretarías de

	<p>desarrollar sinergias a favor de la salud con Municipios, Sector Público, Sector empresarial, medios de comunicación, etc.</p> <p><i>Unidad de medida: Firma de convenios de colaboración con los sectores público, social y privado.</i></p>	<p>Estado, Ayuntamientos, Sector empresarial, Organismos de la Sociedad Civil y Medios de Comunicación para concensuar políticas públicas e incidir en la salud de la población.</p>
--	--	--

Proyecto	Meta 2009-2013
Diseño de campaña sectorial para promover determinantes favorables para una mejor salud.	Desarrollo de campaña sectorial.

Línea Estratégica: 3.1.7. Fortalecer los vínculos binacionales para la prevención y control de enfermedades.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
3.1.7.1. Impulsar acciones de prevención y control de enfermedades prioritarias para la franja fronteriza.	Ejecución de los acuerdos binacionales establecidos en materia de Tuberculosis, VIH-SIDA, Adicciones y Bioterrorismo.	Ejecución al 100%

Tema IV: Atención de las Adicciones

El uso y abuso de sustancias nocivas para la salud se ha convertido en un fenómeno global que afecta a todos los países, con consecuencias adversas en la salud individual, la integración familiar y la estabilidad social. En Baja California, por esta repercusión social, las adicciones constituyen un problema de salud pública de situación prioritaria que obliga a los gobernantes y gobernados a buscar alternativas para proteger la salud de las personas, en particular de los jóvenes, ya que es la población predominante y la que ocupa un porcentaje significativo dentro del sector social y productivo, y de quienes depende el futuro inmediato de nuestra entidad.

Objetivo: Disminuir la incidencia y prevalencia de las adicciones en el estado, contribuyendo positivamente en el impacto social, económico y de salud de la población.

Línea Estratégica: 4.1.1. Privilegiar y fortalecer las acciones de prevención indicada y prevención selectiva, en un marco basado en evidencia.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
4.1.1.1. Impulsar la especialización de los centros de rehabilitación en áreas específicas de atención acorde a las necesidades de rehabilitación.	Promover la especialización de Centros de rehabilitación por tipo de atención.	100%

Línea Estratégica: 4.1.2. Consolidar el desarrollo de sistemas de monitorización en el grupo poblacional de niños y jóvenes tanto en la esfera escolar como fuera de ella.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
4.1.2.1. Fortalecer las acciones para la detección oportuna de adicciones.	Tamizar a alumnos de 3ro, 4to, 5to y 6to grado de primaria y tres grados de secundaria.	100% de alumnos de escuelas públicas
	Dar seguimiento a casos detectados a través de psicoterapia.	100% de alumnos detectados

Línea Estratégica: 4.1.3. Fortalecer las políticas para el acceso a tratamiento de rehabilitación integrales y seguros.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
4.1.3.1. Asegurar mediante la verificación, asesoría y certificación que la atención al adicto en los centros de rehabilitación se brinde conforme a las normas oficiales.	Garantizar que los Centros de rehabilitación cumplan con la NOM-028	= ó > a 90%

4.1.3.2. Promover en la población interna de los CERESOS la rehabilitación integral de las adicciones,	Asegurar que los internos de CERESOS con problemas de adicción se integren al programa de Reconstrucción Personal.	= ó > a 95%
4.1.3.3. Brindar tratamiento ambulatorio de adicciones a la población en general.	Ampliar la cobertura de atención a través de los Centros de Atención y Prevención en Adicciones (CAPAS).	17 Centros operando
	Gestionar el otorgamiento de becas de tratamiento para población de escasos recursos.	100%

Proyecto	Resultado 2009-2013
Atención a adictos deportados	Implementar un programa de atención para adictos deportados.
Impulsar estrategias de desarrollo laboral del adicto.	Crear unidades laborales que permitan el autofinanciamiento del adicto para su rehabilitación.

V.- Calidad de los Servicios

Mejorar las condiciones de salud de la población, implica contar con servicios de salud pública, social y privada, efectivos, seguros y de calidad, que respondan a las expectativas de los usuarios.

Objetivo: Impulsar la mejora continua de los servicios de salud, bajo criterios de calidad, calidez y seguridad, dentro de un marco que garantice el respeto a los derechos de los pacientes y favorezca la participación ciudadana.

Línea Estratégica 5.1.1. Mejorar continuamente los servicios de salud para elevar la satisfacción de los usuarios por la calidad y seguridad de los servicios recibidos.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
5.1.1.1. Impulsar la coordinación y vinculación estatal para el desarrollo de la calidad y seguridad en los servicios de salud	Constituir el Comité Estatal de Desarrollo de la Calidad y Seguridad de los Servicios de Salud.	Comité estructurado y operando

	Desarrollar proyectos para mejorar la seguridad del paciente y/o la efectividad de los procesos de atención médica validados por el Comité Estatal.	Un proyecto por año en 100% Hospitales Generales 100% CAAPS 80% Unidades de primer nivel
	Impulsar la gestión de calidad a través de capacitación al personal para el desarrollo de competencias críticas avaladas de acuerdo a los lineamientos del Comité Estatal.	Certificación de competencias al 100% del personal que conforman los equipos de mejora.

Línea Estratégica 5.1.2. Mejorar los procesos de distribución de medicamentos e insumos médicos.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
5.1.2.1. Desarrollar estrategias para mantener el abasto de medicamentos en estándares adecuados.	Surtir las claves prescritas al usuario.	= ó > a 90%

Línea Estratégica 5.1.3. Promover el arbitraje médico como primera instancia en la atención del conflicto entre prestadores y usuarios de los servicios de salud.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
5.1.3.1. Fortalecer el Arbitraje Médico e impulsarlo como instancia para la resolución de las diferencias entre los usuarios y proveedores de servicios de salud	Turnar a la Comisión Estatal de Arbitraje Médico los casos conflicto entre usuario y proveedor de servicios, que sean de su competencia y que hayan sido registrados en la institución.	100% de los casos de conflicto médico paciente
Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
	Resolver satisfactoriamente para el usuario y proveedor de servicios de salud, los conflictos presentados ante la Comisión Estatal de Arbitraje Médico.	= ó > a 90% del total de asuntos recibidos

Tema VI.- Protección contra Riesgos Sanitarios

Una de las principales tareas de los sistemas de salud es proteger a la población contra los llamados riesgos sanitarios, que se definen como aquellos eventos exógenos que ponen en peligro la salud o la vida humana como resultado de la exposición, casi siempre involuntaria, a factores biológicos, químicos o físicos presentes en el medio ambiente, o a productos o servicios que se consumen, incluyendo los servicios publicitarios.

Objetivo: Proteger a la población contra riesgos sanitarios, mediante acciones de fomento y control sanitario a establecimientos públicos, sociales y privados que inciden en la salud de la población.

Línea Estratégica 6.1.1. Impulsar y promover el cumplimiento de la normatividad sanitaria mediante acciones de fomento sanitario, que promuevan una cultura sanitaria de prevención.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
6.1.1.1 Fortalecer la vinculación con organismos públicos y privados con ingerencia en temas sanitarios, a fin de mantenerlos actualizados en la normatividad relativa y emprender acciones conjuntas de protección a la salud.	Celebrar reuniones, campañas y capacitación.	100 % de los organismos
	Atender las quejas sanitarias ciudadanas.	100%

Línea Estratégica 6.1.2. Fortalecer los vínculos internacionales en las ciudades fronterizas del estado para la prevención de riesgos sanitarios.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
6.1.2.1 Apoyar los planes binacionales de atención dentro del Programa de Frontera 2012.	Desarrollar el protocolo binacional de vigilancia de intoxicaciones por plaguicidas.	Desarrollar e implantar el protocolo.

	Atender las emergencias químicas que afecten a nuestra frontera, con la aportación de la evaluación de riesgos sanitarios.	100%
	Atender la problemática de riesgos sanitarios en el rubro de salud ambiental.	Elaborar proyectos fronterizos de salud ambiental en los temas de plaguicidas, materiales peligrosos y agua.

Línea Estratégica 6.1.3. Identificar y evaluar los riesgos sanitarios, proponer alternativas para su manejo y definir las medidas de prevención y control.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
6.1.3.1. Generar información que permita la aplicación de medidas de prevención y control de riesgos sanitarios.	Elaborar el Diagnóstico de Riesgos Sanitarios de Baja California.	Diagnóstico al 100%
6.1.3.2. Atender las emergencias sanitarias por fenómenos naturales, brotes, otros agentes, infecciones nosocomiales y prevención de riesgos en eventos masivos.	Mantener la coordinación interinstitucional efectiva para la atención de emergencias sanitarias.	Atender al 100% las emergencias sanitarias en el estado
6.1.3.3. Vigilar la Calidad sanitaria de agua	Aumentar la cobertura de monitoreo de cloración a sistemas de abastecimiento de agua.	Calidad bacteriológica del agua = ó > a 94%

Línea de Acción	Descripción de la meta	Resultado 2009-2013
6.1.3.4. Identificar y evaluar riesgos de exposición a plaguicidas fertilizantes y sustancias tóxicas (PLAFEST),	Implementar la evaluación de riesgo y medidas de control en zonas de impacto.	Disminuir casos de intoxicación en zonas de riesgo respecto al 2008.
6.1.3.5. Atender oportunamente las emergencias sanitarias complejas	Conformar y reglamentar la Red Estatal de Enlace	Constitución y operación de la Red Estatal de

Programa Sectorial de Salud 2009-2013

a través de los Comités para la Seguridad en Salud en los 5 municipios del estado.	Permanente entre los niveles Estatal y Municipal.	Enlace al 100%
	Conformar la reserva estratégica del estado en atención a emergencias sanitarias.	El 100% de las instituciones reservarán proporcionalmente el requerimiento de recursos e insumos para hacer frente a emergencias sanitarias.
	Atender emergencias sanitarias de interés epidemiológico en menos de 48 horas y en 24 horas la atención de brotes y casos de interés epidemiológico.	100% casos
	Instrumentar el Plan Hospitalario para Atención de Desastres y Situaciones de Emergencia en las instituciones del sector salud.	100% de hospitales
	Implantar y alimentar el sistema de emergencias epidemiológicas.	100% Unidades responsables
	Desarrollar los lineamientos y procedimientos para cumplir con el monitoreo, notificación y alertamiento temprano de emergencias en salud.	Lineamientos operativos al 100%

Línea de Acción	Descripción de la meta	Meta 2009-2013
6.1.3.6 Consolidar la capacidad de respuesta en los ámbitos estatal y municipal ante una pandemia de influenza.	Actualizar del Plan de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza.	Plan permanentemente actualizado
	Incorporar el expediente	100% de las instituciones

	clínico electrónico como una herramienta para la vigilancia epidemiológica	utilizarán el expediente electrónico como herramienta de vigilancia epidemiológica.
	Fortalecer la capacitación del personal responsable de la atención de emergencias.	100% del personal responsable capacitado
6.1.3.7 Ejercer la vigilancia epidemiológica y sanitaria internacional.	Establecer la vigilancia epidemiológica en los puntos de Sanidad Internacional.	Realizar la vigilancia sanitaria en el 100% de los puertos fronterizos.

Proyecto	Resultado 2009-2013
Elaborar proyecto, de establecimiento del Centro de Información Toxicológico.	Operación del Centro Estatal de Información Toxicológica

Línea Estratégica 6.1.4. Ejercer el control sanitario mediante la aplicación del marco normativo vigente.

Línea de Acción	Descripción de la meta	Meta 2009-2013
6.1.4.1. Actualizar la información de establecimientos sujetos a control sanitario.	Actualizar los padrones de establecimientos.	90%
6.1.4.2. Reforzar el control sanitario de los Hospitales Privados	Realizar verificaciones hospitalarias.	100% de los hospitales
6.1.4.3. Garantizar el control de establecimientos sujetos a Licencias y Permisos Sanitarios	Verificar a los establecimientos sujetos a autorización	100% de los establecimientos.

4.3 Factores Críticos de Éxito

Los factores que coadyuvaran a la consecución de los objetivos, estrategias y resultados del presente Programa Sectorial de Salud, se establecen en las siguientes premisas:

Rectoría de la Secretaría de Salud;

Esta función incluye la definición y conducción de la política de salud; el diseño, implantación y vigilancia del cumplimiento de las reglas para todos los actores del sistema; y la estrecha vinculación con otros sectores afines como desarrollo social, educación, ambiente, seguridad, etcétera, con quienes se implantarán de manera creciente políticas integrales dirigidas a mejorar el bienestar de la población. En este mismo contexto, la rectoría resulta relevante el diseño y operación de sistemas de información y evaluación sectorial.

Cobertura y accesibilidad a los servicios bajo un enfoque eminentemente preventivo:

Para poder ejercer de manera efectiva el derecho a la protección de la salud, los ciudadanos deben poder acceder de manera regular a aquellos servicios que respondan a sus necesidades. El nuevo modelo de atención debe buscar eliminar las barreras organizacionales y culturales, generando estructuras organizativas (horarios de atención, tiempos de espera, disponibilidad de recursos humanos y materiales) que faciliten la utilización de los servicios, y que se adaptan a las características culturales de la población a la que atiende.

El modelo de atención no debe centrarse en la atención curativa, debe integrar todo tipo de servicio de salud, personal o comunitario, con un énfasis anticipatorio, ello supone la promoción de estilos de vida saludables, la identificación y control de riesgos, y la detección temprana de enfermedades.

Calidad y seguridad en los servicios de salud:

De nada sirve ampliar el acceso a los servicios de salud si no se asegura su calidad, este sin duda es uno de los grandes desafíos, puesto que los sistemas de salud son sistemas adaptables y complejos, no son sistemas que puedan entenderse y dirigirse con enfoques mecánicos, la complejidad que existe en un sistema de salud radica en las múltiples interconexiones de los diferentes elementos que lo componen.

La calidad en un sistema de salud es vital, pero no es factible si no forma parte de una política y un proyecto claro de la alta dirección del sistema y sus componentes; para lograrlo de manera consistente, es necesario que se visualice como un valor dentro del sistema, y que se asuma fehacientemente que la mejora en la dimensión interpersonal de la calidad de los servicios genera mayor atractivo y aceptabilidad de la ciudadanía, y que buenos niveles de calidad técnica generan mejores y mayores impactos en salud, mayor confianza de la ciudadanía y se incide en la viabilidad financiera del sistema al disminuir los costos de la mala calidad.

Bajo la misma óptica de complejidad de los servicios de salud y el reto permanente por la calidad, los servicios tanto en su componente organizacional como tecnológico, deben prestarse reduciendo y mitigando en todo momento los actos inseguros que pongan en riesgo al paciente, atendiendo también a su dignidad como personas y a su capacidad para tomar decisiones en los asuntos relacionados con su salud.

Desarrollo de la infraestructura, equipamiento y recurso humano:

Los servicios de salud deben contar con los recursos y competencias necesarias para resolver la problemática de salud en la Entidad, bajo una organización bien definida que por una parte delimite la capacidad resolutoria de cada unidad y sistemáticamente cuente con mecanismos de referencia y contrarreferencia que incidan positivamente tanto en la satisfacción del usuario como en la eficiencia y efectividad de los servicios.

Los servicios de salud deben tener como uno de sus propósitos centrales producir los resultados esperados dado el nivel de desarrollo de la ciencia y tecnología. Esto depende tanto de los conocimientos, juicio y habilidad del personal, como de la disponibilidad de los insumos y la calidad del equipo con el que desarrollan su función. En materia de salud las necesidades son siempre mayores que los recursos, por ello resulta indispensable hacer uso eficiente de los mismos para producir servicios sin dispendio y desperdicio, esto exige una selección de los mejores procedimientos de atención y su adecuada ejecución.

Para garantizar esto se contarán con mecanismos de planeación, se definirán prioridades, se favorecerá el uso de intervenciones costo-efectivas, y se promoverá la eficiencia clínica y administrativa en las unidades de atención.

Impulso a la promoción de la salud:

El carácter anticipatorio en salud, significa prever y prevenir el desarrollo natural de la enfermedad. La vertiente de acción de la anticipación es la promoción, la cual tiene el objeto de modificar los determinantes de la salud y mejorar la calidad de vida, el bienestar y la independencia funcional de las personas.

En este sentido, invertir en promoción de la salud reditúa en un mayor beneficio en salud.

Participación activa de la comunidad:

El manejo de riesgos es elemental en dos aspectos; en un primer plano en el aspecto individual; promoviendo el desarrollo sano y equilibrado de los individuos, para ello es importante que la población conozca los determinantes de riesgo a su salud y acuda preventivamente a solicitar atención de acuerdo al perfil individual, según la edad, sexo y condición biológica.

En un segundo plano e igual de importante, el desarrollo de entornos saludables; este componente impulsa la creación de espacios físicos y sociales donde las personas vivan, estudien y trabajen en condiciones higiénicas, seguras, además de procurar la conservación de los recursos naturales y el manejo adecuado de agentes físicos, químicos y biológicos.