



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
COLEGIO DE GEOGRAFÍA

COBERTURA Y ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL
MUNICIPIO DE ENSENADA, BAJA CALIFORNIA, MÉXICO, 2015 - 2019

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN GEOGRAFÍA

PRESENTA:

PIÑA TEJEDA KATIA MONTSERRAT

NO. CTA. 312011370

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARÍA DEL CARMEN JUÁREZ GUTIÉRREZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, 2023





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mi madre Verónica Tejeda Martínez, que me ha demostrado que siempre se puede y que no estoy sola, gracias por todos los consejos, regaños, abrazos y por estar siempre, ahora, será mi turno.

A la memoria de mi padre Victor Piña Canales y mi abuelo Antonio Tejeda Lara, quienes pusieron su confianza en mí, y siempre me mostraron su apoyo, les debo gran parte de lo que soy, los amo y los extraño muchísimo.

A mi hermano Víctor Piña Tejeda, por toda la paciencia y el apoyo que me brinda, eres gran parte de todo esto.

A mi tutora, la Dra. María del Carmen Juárez Gutiérrez, por el tiempo brindado, la paciencia, el apoyo y las enseñanzas a lo largo de toda la carrera, en especial de los últimos años, la admiro mucho y le agradezco la oportunidad que me obsequio.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, la Facultad de Filosofía y Letras, el Colegio de Geografía y a la preparatoria N° 5, por permitir que me formara profesional y personalmente. Gracias a todos los profesores y profesoras que fueron parte de este desarrollo.

A mis sinodales, el Dr. Enrique Propin Frejomil, el Mtro. Carlos Alberto Ruiz Abad, el Mtro. Miguel Ángel Flores Espinosa y a la Mtra. Susana Isabel Velázquez Quesada, por sus comentarios y recomendaciones, pero también por aceptar ser parte de este proceso y hacer de este trabajo una mejor versión.

A Adrian Velasco, que me ha apoyado, motivado y acompañado. Gracias por todo.

A mis mejores amigas Brenda Merritt y Pamela Villalobos, por ser incondicionales y por tantas historias, a Raúl Castañeda, Marianna Arceo, Melissa Ortega, Diego García, Adrian González, Héctor Grajeda, Lorena Bárcenas. Pablito Lemus y Yabin Gordillo por ser parte importante de mí, por las risas y por hacer este trayecto más ameno y feliz.

Al profesor Andrés Barranco, que me ayudo mucho a lo largo de la carrera y compartió sus conocimientos, consejos y amistad.

“La vida sólo puede ser entendida mirando hacia atrás, pero tiene que ser vivida hacia delante” (Soren Kierkegaard).

Índice general

Introducción	5
Capítulo 1. Posiciones teóricas y conceptuales de la cobertura y la accesibilidad	9
1.1. Geografía de la salud	9
1.2. Teorías y conceptos básicos de accesibilidad y cobertura	12
1.2.1. Accesibilidad	12
1.2.2. Cobertura	17
1.2.3. Servicios de salud en México	18
1.3. Tendencias investigativas	21
Capítulo 2. Caracterización geográfica del municipio de Ensenada, Baja California	29
2.1. Condiciones físicas	29
2.2.1. Localización	29
2.2.2. Geomorfología y geología	29
2.2.3. Clima	33
2.2.4. Hidrografía	33
2.2.5. Edafología	35
2.2.6. Vegetación y fauna	36
2.2. Antecedentes históricos	39
2.3. Aspectos sociales y económicos	47
2.3.1. Dinámica de la población	48
2.3.2. Condiciones sociales	52
2.3.3. Condiciones económicas	57
2.4. Programas gubernamentales del desarrollo de salud	63
Capítulo 3. Condiciones socioterritoriales de la cobertura y accesibilidad en el municipio de Ensenada	65
3.1. Estrategias metodológicas	66
3.1.1. Cobertura hipotética	67
3.1.2. Cobertura real	69
3.2. Accesibilidad	70
3.3. Cobertura e Índice de aprovechamiento	81
Conclusiones	88
Bibliografía	91

Anexo 1. Periódico Oficial del Estado de Baja California. Tomo CXXVII. Mexicali, Baja California, 27 de febrero de 2020. N°10. Número Especial

Anexo 2. Periódico Oficial del Estado de Baja California. Tomo CXXVII. Mexicali, Baja California, 19 de febrero de 2021. N°46. Sección II

Anexo 3. Periódico Oficial del Estado de Baja California. Tomo CXXVIII. Mexicali, Baja California, 01 de julio de 2021. N°46. Número Especial

Anexo 4. Unidades Médicas, 2020

Anexo 5. Lista de costos unitarios

Índice de Figuras

1.1.	Mapa del cólera, John Snow	10
1.2.	Curvas de "isoaccesibilidad"	14
1.3.	Relación: sujeto-servicios de salud	15
1.4.	Aspectos de los bienes	20
1.5.	Antecedentes investigativos	22
1.6.	Modelo de Andersen y Newman	27
1.7.	Modelo de Aday y Andersen	28
2.1.	Delimitación Ensenada 2019-2020	30
2.2.	Geomorfología	32
2.3.	Topoformas	33
2.4.	Climatología	34
2.5.	Distribución porcentual de los climas	35
2.6.	Distribución porcentual de las regiones hidrográficas	36
2.7.	Vegetación y uso de suelo	38
2.8.	Localidades de la zona de estudio	49
2.9.	Ensenada: Estructura de la población, 2020	51
2.10.	Ensenada. Asistencia escolar	52
2.11.	Ensenada: Distribución de servicios	53
2.12.	Ensenada: Disponibilidad de TIC	54
2.13.	Defunciones por principales morbilidades	56
2.14.	Ensenada: Defunciones por grupo de edad y sexo, por Covid-19	57
2.15.	Población Económicamente Activa por sexo	58
2.16.	Distribución por sector de actividad por sexo	53
2.17.	Ensenada: Grado de marginación 2010 y 2020	60
3.1.	Municipio y localidad Ensenada: AGEB que cuenta con unidades médicas	71
3.2.	Distribución de unidades médicas por institución	72
3.3.	Distribución de servicios médicos privados	74
3.4.	Distribución de consultorios médicos particulares	74
3.5.	Distribución de unidades médicas según nivel de atención	76
3.6.	Localidades con respecto al hospital más cercano	79
3.7.	Caso 1: Tiempo de trayecto a unidad médica, radio 50 km	79

3.8.	Caso 2: Tiempo de trayecto a unidad médica, radio de 100 km	80
3.9.	Caso 3: Tiempo de trayecto a unidad médica, radio de 150 km	80
3.10.	Caso 4: Localidad de la Ciénega de Soto	81
3.11.	Personas afiliadas a alguna institución 2015 – 2020	82
3.12.	Población derechohabiente por AGEB	83
3.13.	Recursos médicos 2010-2015-2020	84

Índice de cuadros

2.A.	Distribución de habitantes por número de localidades	48
2.B.	Ensenada: Evolución de la cantidad de población y proporción con el Estado 2000-2020	50
2.C.	Mortalidad: últimos 3 años	55
3.A.	Indicadores para medir la cobertura	66
3.B.	Número de unidades médicas por institución, 2020	71
3.C.	Localidades cubiertas según el radio de distancia y tiempo de recorrido	77
3.D.	Tiempo estimado hasta hospital más cercano	78
3.E.	Índice de cobertura hipotética de los recursos	84
3.F.	Índice de cobertura real de los recursos	85
3.G.	Índice de aprovechamiento de recursos	86
3.H.	Recursos por sector de atención y población usuaria	87

Introducción

Uno de los sectores más importantes para el bienestar de la población son los servicios de salud, por lo tanto, estos deben brindar tres aspectos importantes: disponibilidad, buena calidad y accesibilidad para sus usuarios, ya que, aún cuando exista un porcentaje alto de asegurados, no necesariamente quiere decir que se esté logrando atender a toda la población que requiera del servicio, y viceversa. Esto dependerá en gran medida de los recursos tanto humanos, como materiales; con los que cuente cada unidad y de igual modo, los recursos que estén activos para su uso inmediato, y que no sean de reserva, guardados en los almacenes o se encuentren dañados.

El municipio de Ensenada en 2017, de acuerdo con datos del INEGI en la encuesta intercensal, contaba con una población de aproximadamente 486,639 personas

Por definición de la Secretaría de Salud (2017), una unidad de salud es el establecimiento de los sectores público, social y privado en el que se presta atención médica integral, como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a la población. Dicha unidad cuenta con recursos materiales, humanos, tecnológicos y económicos, cuya complejidad se establece según el nivel de operación, con el propósito de cubrir las necesidades de la población más cercana.

Así mismo, la Secretaría de Salud (2017), indica que la ubicación de las unidades de salud presenta una distribución heterogénea tanto en áreas rurales como urbanas, asegurando la fácil accesibilidad a los pacientes. Sin embargo, previo al año 2020, el municipio de Ensenada pudo haber sido una excepción a dicha definición; ya que las unidades de salud se encuentran localizadas en dos de sus ciudades más importantes como el puerto de Ensenada y San Quintín, provocando una disparidad en la accesibilidad a los servicios de salud.

Se conoce que el municipio en 2015, contaba con una disposición de 75 unidades de salud, del primer nivel de atención, se registraban 524 consultorios generales: 228 para población abierta, 133 para población con seguridad social y, 163 del

sector privado; el segundo nivel de atención (hospitalaria), cuenta con 16 unidades de las cuales 8 son de carácter privado y 8 públicos, de igual modo las instituciones de salud Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (SSA) implementaron en total 17 brigadas móviles que recorren áreas rurales para ampliar la cobertura y respaldar servicios del paquete básico de salud, esto a partir de lo publicado en la página oficial de gobierno de Ensenada en 2015. Por lo tanto, la cobertura y accesibilidad de los servicios de salud junto con las brigadas móviles pueden no ser suficientes, propiciando una atención diferenciada en las localidades que se encuentran más alejadas de las zonas de influencia, ya que se debe tomar en cuenta el tiempo y distancia en los traslados de las personas usuarias; cabe mencionar que no toda la población cuenta con seguridad social, lo que podría generar otro obstáculo al momento de requerir de los servicios por los costos que estos deben cubrir. Por lo tanto, es importante identificar la capacidad de cobertura y accesibilidad de los usuarios para conocer si es insuficiente o sí en realidad se cubren las necesidades de salubridad apropiadas.

La propuesta que se presenta analiza los servicios de salud, como un sistema complejo y dinámico, generando distintas relaciones entre las instituciones que otorgan un servicio de salud y los usuarios, ya sean derechohabientes o no; por tal motivo, la investigación se ve influenciada en un marco teórico y metodológico de la Geografía de la Salud.

El presente trabajo se plantea con el objeto de dar a conocer la cobertura espacial y la accesibilidad de los servicios de salud en el municipio de Ensenada; a su vez, identificar, en qué forma las instituciones proporcionan los servicios, las condiciones de los recursos, la infraestructura, la capacidad de atención, así como la cantidad de personas que son usuarios de estos servicios. Esto puede ser útil para el gobierno de los municipios de Ensenada, San Quintín y el próximo de San Felipe, para detectar algunas de las necesidades de sus respectivas poblaciones, o bien a las instituciones médicas que prestan sus servicios para vislumbrar a los derechohabientes, y considerar a los que no lo son, y así establecer si son

suficientes los equipamientos de las unidades médicas; de igual modo, tomar en cuenta la distribución de sus unidades, considerando los tiempos de recorrido de los usuarios ante emergencias y las mismas dificultades que se presentan ante la escasez de vías de comunicación transporte. La investigación plantea un lapso de fecha de 2015 – 2019, sin embargo por motivos de la pandemia la investigación se llevo a cabo hasta el 2021.

Es relevante mencionar que el área de estudio de este trabajo sufrió cambios territoriales durante su realización en los años 2019-2021. A mediados del año 2020, se informó por medio del Periódico Oficial del Estado de Baja California N°10 del 27 de febrero , con el decretó n°46, la Honorable Vigésima Tercera Legislatura Constitucional del Congreso del Estado de Baja California, aprueba la creación del nuevo municipio de San Quintín; mientras que en el Periódico Oficial N°46 con la fecha de 01 julio del 2021, con el decreto n°246, la Honorable Vigésima Tercera Legislatura Constitucional del Congreso del Estado de Baja California, aprueba la creación del nuevo municipio de San Felipe. . Lo anterior se retoma en los siguientes capítulos.

La **hipótesis** de la investigación se basa en la idea de que la cobertura y accesibilidad de los servicios de salud en el municipio de Ensenada es diferenciada debido a las barreras geográficas, la lejanía de las localidades, la escasez de vías de comunicación y los recursos económicos de la población.

Objetivos

General

Revelar la cobertura y accesibilidad de los servicios de salud en el municipio de Ensenada.

Particulares:

- Exponer los referentes teóricos y conceptuales sobre la accesibilidad y cobertura de los servicios

- Reconocer los trabajos previos sobre los servicios de salud
- Mostrar las características geográficas del municipio de Ensenada en relación con la distribución de la población
- Identificar la cobertura de los recursos materiales y humanos de las instituciones que brindan los servicios de salud
- Evaluar la accesibilidad económica y de distancia-tiempo para los usuarios de estos servicios
- Distinguir el desarrollo de infraestructura de los servicios de salud con la capacidad de atención

La estructura de la investigación contempla tres capítulos, cuyo contenido se resume a continuación:

El capítulo uno muestra las posiciones teóricas y conceptuales de la Geografía de la Salud, la cobertura y la accesibilidad, en este apartado se analiza el origen de la Geografía de la Salud algunos aportes y su introducción en América Latina con la finalidad de poder explicar la influencia de esta rama en el trabajo que se presenta. Se mencionan las teorías y conceptos de la cobertura y la accesibilidad y se presenta las tendencias investigativas en estos temas con un marco de referencia.

En el capítulo dos se expone la caracterización del municipio de Ensenada, mediante sus aspectos históricos, físicos y sociales con la idea de reconocer la existencia de barreras geográficas, económicas o sociales con respecto a los servicios de salud.

El capítulo tres describe la metodología que se utilizó para el cálculo de la cobertura y accesibilidad de los servicios de salud de la zona de estudio; se realiza un análisis a través de modelos cartográficos sobre los resultados espaciales que permiten conocer la situación de las unidades médicas del municipio.

Capítulo 1. Posiciones teóricas y conceptuales de la Geografía de la Salud, la cobertura y la accesibilidad

El presente capítulo aborda los principales postulados teórico-conceptuales acerca de la accesibilidad, cobertura y los servicios de salud en México, tratando de entender la estructura de estos para obtener un mejor aprovechamiento y utilidad con respecto a la población de Ensenada.

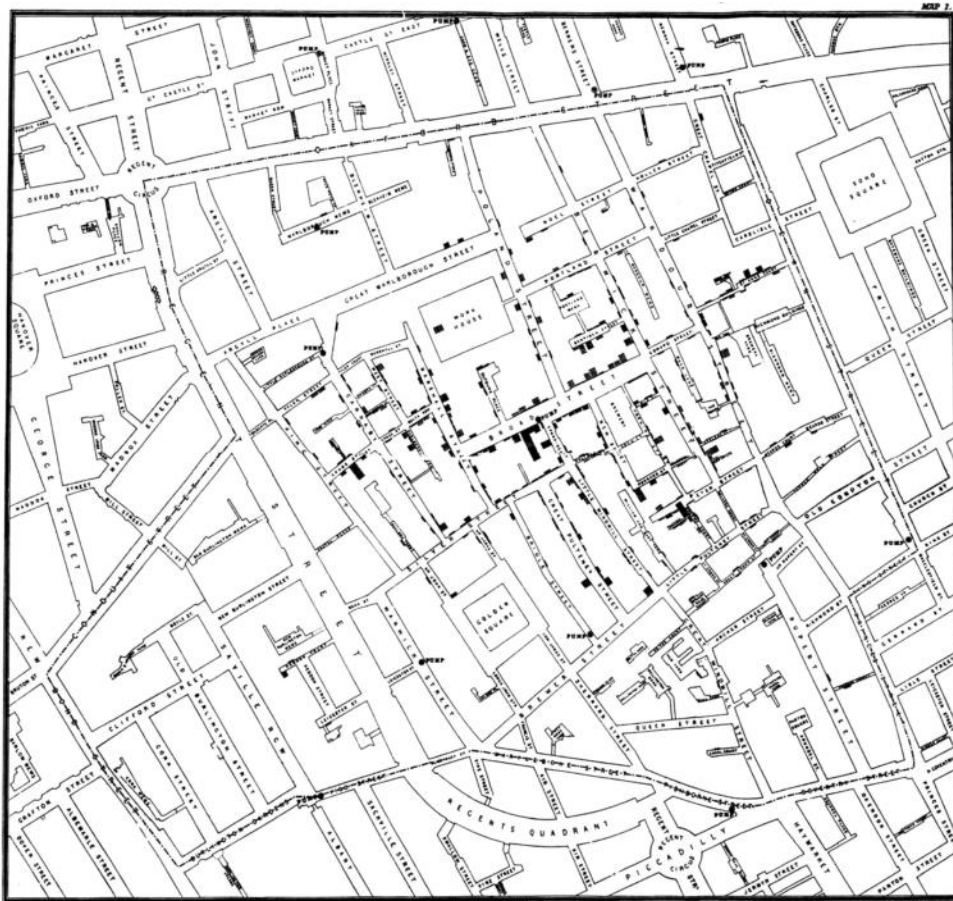
Para ello, en el primer apartado se aborda el marco epistemológico de los conceptos de accesibilidad, cobertura y servicios de salud en México.

En el segundo apartado se presentan como antecedentes de esta investigación los principales enfoques con que se han abordado estudios sobre la accesibilidad, cobertura y utilidad de los servicios de salud, aplicados principalmente en México basado en bibliografía existente. Y, por último, en el tercer apartado se presentan los antecedentes históricos de la transformación del municipio de Ensenada, hasta lo que conocemos hoy.

1.1. Geografía de la Salud

Barcellos, Buzai y Santana mencionan que esta rama de la geografía surge en el año 1976 durante un congreso de la Unión Geográfica Internacional (UGI) en Moscú. Anteriormente la única rama de la geografía que trataba con la salud era la Geografía Médica, que tiene un registro de primeras apariciones desde 1600- 1700 coincidiendo con la aparición de diversas representaciones de epidemias por el mundo, sin embargo, la primera vez que se le llamo como tal fue en la obra de Leonhard Ludwig Finke, con el nombre de “Versuch einer allgemeinen medicinisch-praktischen Geographie” en donde se presentó un análisis de la topografía de las enfermedades. Otro trabajo que funge como pionero dentro de la geografía de la salud, es el del inglés John Snow, cuando en 1854 realizó un estudio cartográfico con motivo de la epidemia del cólera (Figura 1.1), donde mostraba la incidencia del brote con relación a una bomba de agua, dejando como un claro ejemplo la importancia de los mapas como herramienta para la geografía de la salud.

Figura 1.1. Mapa del cólera, John Snow



Fuente: <https://culturacientifica.com/2019/04/11/el-mapa-del-colera-de-john-snow/>

A partir de este momento surgió un interés por los mapas sociales, logrando captar la distribución espacial de la población en las ciudades. Fue durante el siglo XIX donde surgió una división de abordajes: i) aspectos sociales, con una orientación higienista, en donde destacan autores europeos como e Louis René Villermé (Francia, 1830), Edwin Chadwick y Friedrich Engels (Inglaterra, 1840) y Rudolf Virchow (Alemania, 1850); y, ii) aspectos ambientales, siendo el francés Maximilien Sorre el pionero de esta rama a inicios del siglo XX, introduciendo el concepto de “complejos patógenos” al mencionar la relación entre seres vivos y el medioambiente, generando sitios de encuentros entre huéspedes y agentes causales contribuyendo a la producción de enfermedades (Barcellos, *et. al.*,2018)

Hasta 1949, el congreso de la UGI, de Lisboa, Portugal, dio reconocimiento oficial a la Geografía Médica. En 1950, el francés Jacques May, introdujo el concepto de “complejos geógenos” (aspectos sociodemográficos y económicos), el objetivo de esta rama es determinar las áreas de enfermedad y cartografiar su distribución espacial, un estudio sistémico de las enfermedades de la tierra y de la población.

En 1976, la Geografía Médica se convierte en la Geografía de la Salud, con dos líneas de aplicación: la geografía de las enfermedades (campo tradicional) y; la geografía de los servicios de salud, una necesidad de salud establecida por una comunidad. Esta línea busca comprender el marco de los problemas de salud para crear soluciones sobre el territorio y no sobre los individuos (Barcellos, *et. al.*, 2018).

De acuerdo con Iñiguez y Barcellos, “la geografía de los servicios de salud, ocupada en la distribución y planeamiento de componentes infraestructurales y de recursos humanos del sistema de salud” (Iñiguez y Barcellos 2003: 331), esto indica que la atención va dirigida hacia la eficiencia y disposición de los servicios, según las necesidades de la población.

Iñiguez y Barcellos dicen que en América Latina, fue a partir de la década de los años 80, cuando se observó un interés por la distribución geográfica de las endemias complementada con los recursos del espacio geográfico, incorporándose conceptos geográficos como “organización y dinámica espacial” en estudios de distribución de enfermedades. Fue en Brasil donde se desarrolló un método de abordaje de las endemias, esto bajo la influencia del pensamiento geográfico de Milton Santos y ciertas corrientes marxistas. Gracias a estas metodologías se crearon investigaciones sobre la enfermedad de Chagas y esquistomiasis, posteriormente se retomaron los estudios como SIDA y tuberculosis, cólera, etc. (Iñiguez y Barcellos 2003).

Dentro de esta década se impulsa la relevancia del espacio y el territorio en el desarrollo de la salud pública. Se crearon nuevos abordajes estratégicos de planeación para la problemática social, donde se toma en cuenta la pérdida progresiva de la capacidad del sector salud para atender las necesidades de la población, buscando promover la disminución de las injusticias en las regiones.

Enfocándose en ordenar y planificar a partir de la equidad, eficiencia, universalidad, flexibilidad, integralidad, descentralización y regionalización.

Cabe destacar que los autores mencionan que no existe una inclusión de la Geografía Médica o de la salud en el pregrado de la licenciatura, aunque sí llegan a impartirse cursos relacionados en instituciones de salud. Sin embargo, existe un registro de publicaciones de atlas de salud en diversos países latinoamericanos, en donde la incorporación de la cartografía y los SIG son herramientas de relevancia, como apoyo en los análisis de situaciones de salud (Iñiguez y Barcellos 2003).

1.2. Teorías y conceptos básicos de accesibilidad y cobertura

1.2.1. Accesibilidad

El Dr. Julio Frenk (1985) comienza hablando en su trabajo de "*El concepto y la medición de accesibilidad*" sobre la confusión que se presenta con el uso de diversos términos como sinónimos de accesibilidad, siendo los más confundidos los términos de disponibilidad y acceso. Otra discusión que menciona el autor es la de considerar la accesibilidad como propiedad tanto de los recursos para la atención en salud o como de la población, traduciéndose como el problema fundamental del estudio de la accesibilidad, esto ya que plantea a la accesibilidad como un factor mediador entre la producción de servicios y el consumo de estos.

El autor menciona a Donabedian como la que "indica que la accesibilidad es una característica de los recursos de atención a la salud y cita que "Donabedian (citada por Frenk, 1985) considera la accesibilidad como algo adicional a la mera presencia o disponibilidad del recurso en un cierto lugar y en un momento dado, comprendiendo las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los clientes potenciales. "

Más adelante Frenk menciona que existen otros autores que combinan los atributos de los recursos y los de la población en sus conceptos de accesibilidad. Salkever (citado por Frenk, 1985) hablaba de dos aspectos de la accesibilidad: la financiera, como la capacidad individual de costear la atención médica y; la física, como los

costos de transporte, tiempo y búsqueda suponiendo el proceso de procurarse la atención.

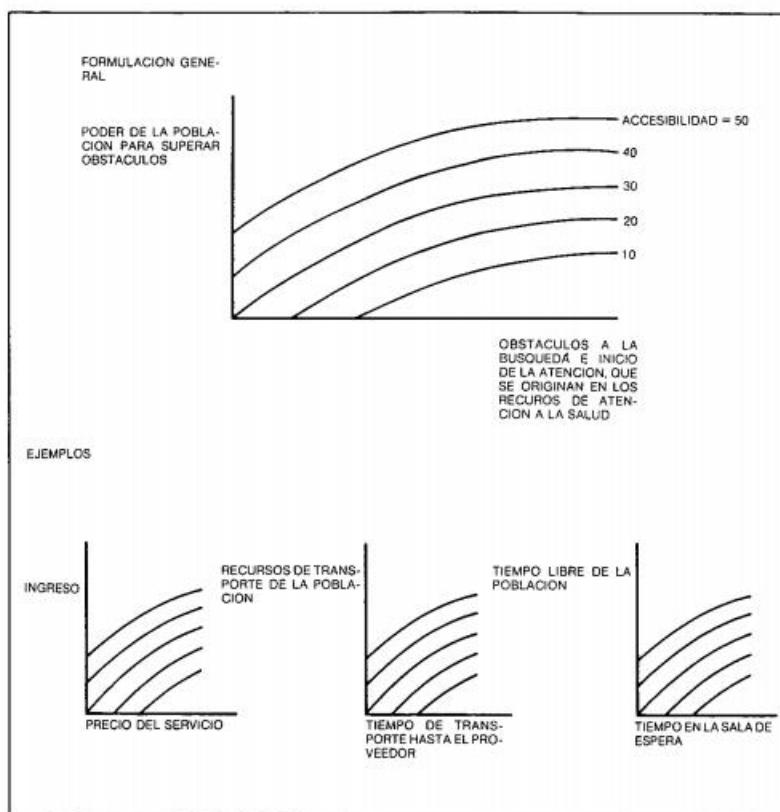
Entonces el autor usará el termino de “disponibilidad” para referirse a la presencia de los recursos de la atención a la salud teniendo en cuenta la productividad, su capacidad para producir servicios; y el termino de “acceso” como referencia a una población de usuarios potenciales o reales de los servicios. Y plantea su definición de accesibilidad como:

El grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención. Con relación a los conceptos antes presentados puede verse la 'accesibilidad' como la relación funcional entre el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención ('resistencia') y, las capacidades correspondientes de la población para superar tales obstáculos ('poder de utilización')." (Frenk, 1985:444).

Por lo tanto, Frenk toma en cuenta el acceso como una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios, denominándolo como “poder de utilización”. El costo de los servicios, más específicamente los ingresos de cada persona, el tiempo de recorrido, la accesibilidad al transporte representa un obstáculo alto; el tiempo libre podría favorecer a los usuarios (Figura 1.2).

Comes, *et. al.*, (2007) trabajan el concepto de accesibilidad como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población, entendido como un problema de la oferta y, viéndolo desde ese punto, sería necesario eliminar las barreras que se pudiesen interponer. Se entiende que la problemática es de carácter geográfico, ya sean barreras naturales o creadas por el ser humano, barreras económicas, administrativas y culturales.

Figura 1.2. Curvas de “isoaccesibilidad”

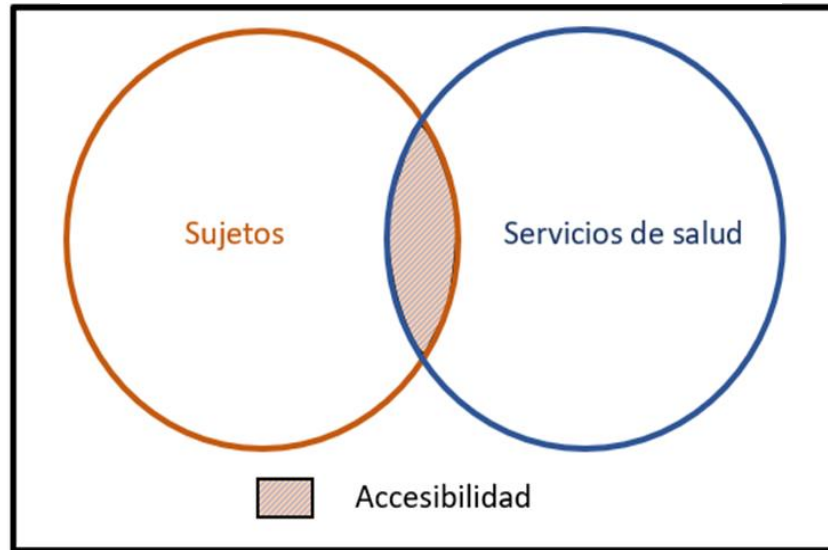


Fuente: Frenk, 1985.

Consideran como un problema la definición del concepto de accesibilidad desde la perspectiva de la oferta debido a que se excluyen a los sujetos como participantes para la existencia de la misma, por lo tanto, analizándolo desde la problemática del encuentro/desencuentro entre la población y los servicios, ya que necesariamente debe estar presente la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para poder mejorar la accesibilidad, la definición que ellos plantean es la accesibilidad como “una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse.”(Figura 1.3) (Comes, *et. al.*, 2007: 202).

La autora Sánchez-Torres, refiere en su artículo que los servicios de salud si bien, han trabajado en brindar un servicio universal dejando de lado la exclusión, se deben tomar en cuenta otros elementos para considerar un servicio efectivo, ya que el ofrecer los servicios no es lo mismo que una persona pueda hacer uso de este.

Figura 1.3. Relación: sujeto-servicios de salud



Fuente: elaboración propia con base en Comes, *et. al.*, 2007.

Plantea qué, para la accesibilidad a los servicios, interfieren otros factores como a distancia, horarios de atención, dotaciones y cualidades individuales para demandar el servicio ya que las necesidades de atención varían según la localización geográfica de los usuarios en sus palabras

La geografía manda y determina el estado de salud de sus poblaciones, así como los problemas de accesibilidad. La geografía influye de manera importante sobre las transiciones epidemiológica, demográfica y nutricional. La geografía ha limitado la integración política y económica, por lo que las inequidades y la exclusión social continúan. (Sánchez-Torres, 2017)

Lo anterior refiere a que la accesibilidad se ve influenciada por las necesidades de los usuarios y consecuentemente, estas necesidades varían según el estilo de vida de los mismos, si bien, Sánchez-Torres menciona que la salud universal debe ir con el deber de cumplir con los derechos de las personas y con políticas públicas integrales, ya que, como expone la autora, la salud se ve afectada por las políticas e instituciones imperantes como el nivel de capital humano, el nivel de tecnología de la sociedad y el propio crecimiento de los ingresos y la reducción de pobreza.

Sánchez-Torres aborda la accesibilidad por tres vertientes: a) como parte del proceso de implementación de la política pública, donde pone a la accesibilidad

como un elemento importante para cumplir con los objetivos planteados; b) como un componente de la política pública integral de salud propuesta por la OMS, en donde se mencionan cuatro elementos para garantizar un servicio integral y completo como: i) la disponibilidad, orientada a que los recursos sean suficientes; ii) la accesibilidad, sin discriminación y con buenas condiciones de acceso físico y económico, que de igual modo sean informativos ; iii) la aceptabilidad, que los establecimientos, recursos y servicios sean culturalmente apropiados y, iv) la calidad, proporcionando la atención adecuada según las necesidades de la población, y por último; c) como el eslabón que une los procesos de oferta y demanda, donde la accesibilidad funge como un vínculo que hace posible que las personas obtengan el medio que requieren, ya que la sola existencia de programas o clínicas de salud no es suficiente para que una persona pueda demandar el servicio.

La autora menciona que la accesibilidad se ha estudiado desde un debate teórico con tres enfoques: el económico, que suele medir “el impacto que genera el gasto para una familia por tener que adquirir medicamentos o cubrir los costos de traslado hasta la clínica” y viceversa; el geográfico, donde las barreras geográficas y territoriales van vinculadas con las condiciones espaciales y orográficas, como las distancias de los centros de salud, la infraestructura vial, trasportes, etc. y; el cultural, influyendo directamente en el pensamiento del usuario, ya sea por costumbres, creencias y visiones.

Por tanto, la autora concluye que si bien, en México se piensa que existe una disponibilidad de servicios médicos aceptables y de calidad, no suele existir un resultado aceptable en cuanto a la utilización de estos, ya que los usuarios se enfrentan a distintas condiciones y necesidades. Por esta razón, Sánchez-Torres propone la adecuación de estrategia implementadas en programas para lograr hacer accesibles los servicios, tomando como punto primordial las necesidades de la población. (Sánchez-Torres, 2017)

1.2.2. Cobertura

La cobertura universal, Gispert, *et. al.*, (2016) la manejan por conceptos individuales retoman el concepto de “cobertura” que etimológicamente significa protección y el concepto de “universal” como absoluto, por lo tanto, determinan que una definición de cobertura universal debe incluir la responsabilidad total por el bienestar biológico, mental y social de la población, aclarando quienes son los encargados de brindar los servicios de salud. Algunas definiciones del concepto de cobertura universal nombran a los sistemas de salud como los responsables haciendo referencia a su capacidad para brindar una atención adaptada a las necesidades y exigencias de los usuarios.

Por lo tanto, los autores definen la cobertura universal de los servicios como:

La capacidad de la sociedad, los estados y gobiernos para responder a las necesidades de salud de la población, a través de legislaciones, disponibilidad de infraestructura, capital social y tecnológico, así como estrategias integradas de planificación, organización, acción y financiamiento que tienen como finalidad la protección de salud de toda la población de manera equitativa e inclusiva.” (Gispert, *et.al.*, 2016).

Knaul, *et. al.*, (2013) destacan que la cobertura universal para la salud está compuesta por tres etapas: la afiliación universal, relacionada con la cobertura legal, que garantiza el acceso a servicios de salud financiados por el seguro público; la cobertura universal, implicando un acceso al paquete de servicios de salud integrales y con la protección financiera adecuada, y la cobertura efectiva universal, la que garantiza de manera igualitaria el máximo nivel de resultados en salud a partir del paquete de alta calidad.

La autora Gispert, menciona que en México han existido grandes avances acerca del tema a partir de la reforma Constitucional de 1983 artículo 4° y en la reforma de salud del 2003, quienes dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), sin embargo, la calidad de la atención sigue siendo un reto. La principal visión de la reforma era la reorganización del sistema de salud por funciones, la

mejora de calidad y la cobertura efectiva. La principal función era crear una secretaria de salud fortalecida, siendo el financiamiento responsabilidad de un nuevo seguro público, suplantando a la seguridad social limitada a asalariados.

Siendo la salud un derecho universal, era necesario integrar una visión completa de protección social en salud, comprendiendo tres nuevas medidas; implementando actividades de vigilancia, prevención y regulación, esto, para poder evitar riesgos para la salud; garantizar la calidad de la atención médica, y crear una protección financiera contra las consecuencias económicas que pudiesen surgir. Los autores anexan una cuarta medida, la protección social, cuyo fin es ampliar las capacidades que permitan a la población disfrutar de los derechos, promoviendo el bienestar individual.

1.2.3. Servicios de Salud en México

“La Ley General de Salud precisa que la Secretaría de Salud es la institución rectora del sistema; se encargada de convocar a grupos institucionales, elaborar las normas oficiales y concentrar las estadísticas sanitarias, su deber es evaluar la prestación de los servicios, actualizar la normativa sanitaria y operar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica”.
(Organización Panamericana de la Salud, 2002: i)

Si bien, la calidad es un atributo fundamental de cualquier servicio, ésta representa un reto social a nivel mundial. La deficiencia de calidad en los servicios de salud puede llegar a resultar en la pérdida de vidas, a través del acceso limitado e ineficiencia de los servicios, así como de costos elevados que interfieren en la accesibilidad de los usuarios. El sistema Nacional de Salud de México ha mostrado avances para la mejora de calidad, sin embargo, aún no logra ser satisfactoria. (Secretaría de Salud, 2015).

Joshep y Philips (citado por Garrocho, 1995) determinan que la medicina y los servicios de salud representan un papel importante para la prevención, y la atención médica es considerada un servicio fundamental para la población. Los autores utilizan el concepto de economía de mercado, el cual se traduce como un “sistema

económico basado en el libre juego de las fuerzas de mercado. A través de la información que proporciona el sistema de precios, los agentes económicos van ajustando su oferta y demanda y toman decisiones de producción, consumo, ahorro e inversión”. (Expansión, 2022). Y debido a que la economía de mercado en un ámbito internacional es predominante, la oferta de servicios de salud suele darse tanto privada como públicamente, siendo este último fundamental para la económica capitalista.

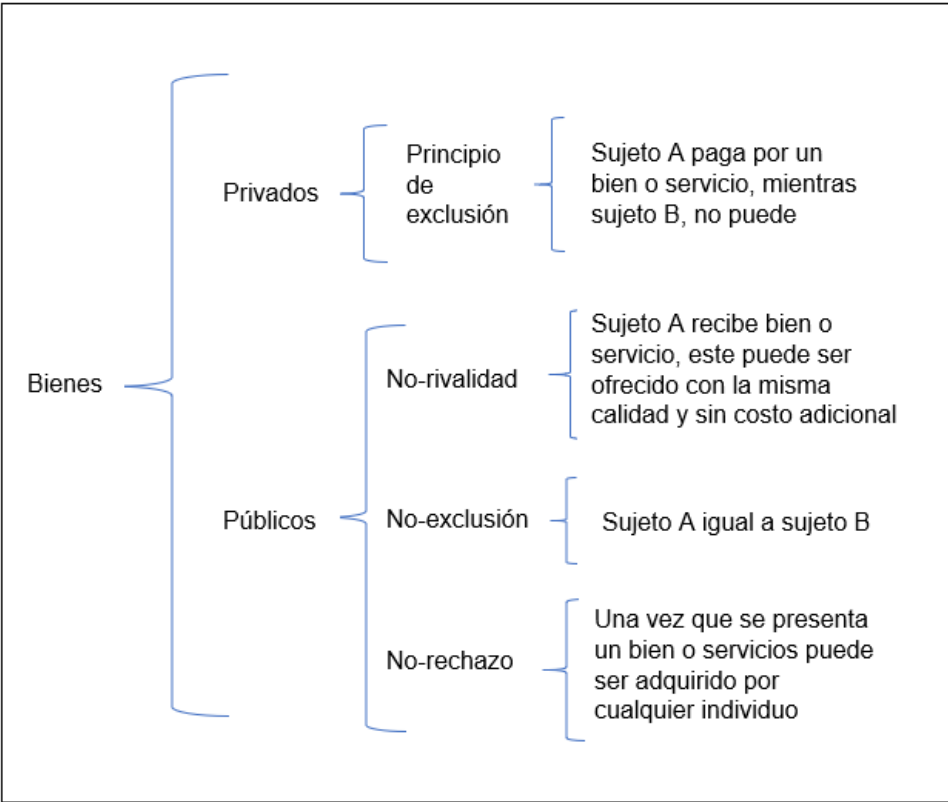
Para que un mercado funcione, Garrocho explica que debe existir el *principio de exclusión*; que garantiza la obtención de ganancias contribuyendo al desarrollo del mercado; por lo que los bienes privados se establecen como la demanda de consumidores en búsqueda de mejor calidad y cantidad de bienes. Mientras que los bienes públicos cuentan con tres aspectos que rechazan su distribución en el mercado: la no-rivalidad, donde el servicio es brindado a cualquier persona con las mismas características, sin alterar la calidad o el costo, ya que este puede ser utilizado por “consumidores adicionales” pero no debe afectar al resto de usuarios; la no-exclusión, en donde todos tiene derecho a recibir el servicio, sin distinción y, el no-rechazo, una vez ya ofrecido el servicio, cualquier persona lo puede adquirir (Figura 1.4).

En cuanto a los servicios públicos Sainsbury (citado por Garrocho, 1995) establece que: “dado el carácter comunitario de los servicios públicos, la naturaleza de su oferta está relacionada con las necesidades y problemas que encuentran una aceptación pública general de responsabilidad colectiva y, por tanto, que dependen para su solución de la organización de la comunidad.”

Garrocho menciona que existen diversos factores que afectan la disponibilidad, calidad y eficacia de los servicios públicos de salud. Entre los factores, el autor destaca la jurisdicción, refiriéndose a las diferencias cualitativas y cuantitativas que existe en la provisión de servicios públicos entre diferentes áreas o jurisdicciones político-administrativas; la accesibilidad, puesto que los servicios suelen localizarse puntualmente en un espacio implicando el traslado de usuarios, relacionándose con costos tangibles o intangibles, y; las externalidades definidas como “un efecto

indirecto de la localización de un servicio público, siendo un efecto positivo, cuando se transmiten beneficios al área circundante, o negativos, cuando en lugar de beneficios se emiten costos” (Garrocho, 1995), siendo la localización la que determine estos.

Figura 1.4. Aspectos de los bienes



Fuente: elaboración propia con base en Garrocho, 1995.

Debido a esto, el autor explica que los servicios públicos de salud no son servicios públicos puros, ya que se ven afectados por los factores geográficos. Los servicios públicos de salud, en México, se financian con recursos del gobierno federal en su mayoría, gobiernos estatales e ingresos por cuotas de recuperación en algunas ocasiones. (Organización Panamericana de la Salud, 2002:6)

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros; y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social, para el año 2019 eran la Secretaría de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-bienestar (IMSS-B), Seguro Popular de Salud (SPS), Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). En cuanto el sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa. (Dantes, *et. al.*, 2011)

En México, el Sistema Nacional de Salud clasifica a los servicios de salud estructurados en 3 niveles, aunque no logran articularse por completo y presentan dificultades en los mecanismos de referencia y contrarreferencia, que es el conjunto de actividades administrativas, para asegurar la continuidad de atención y cuidado de la salud de los usuarios. (Secretaría de Salud, 2010)

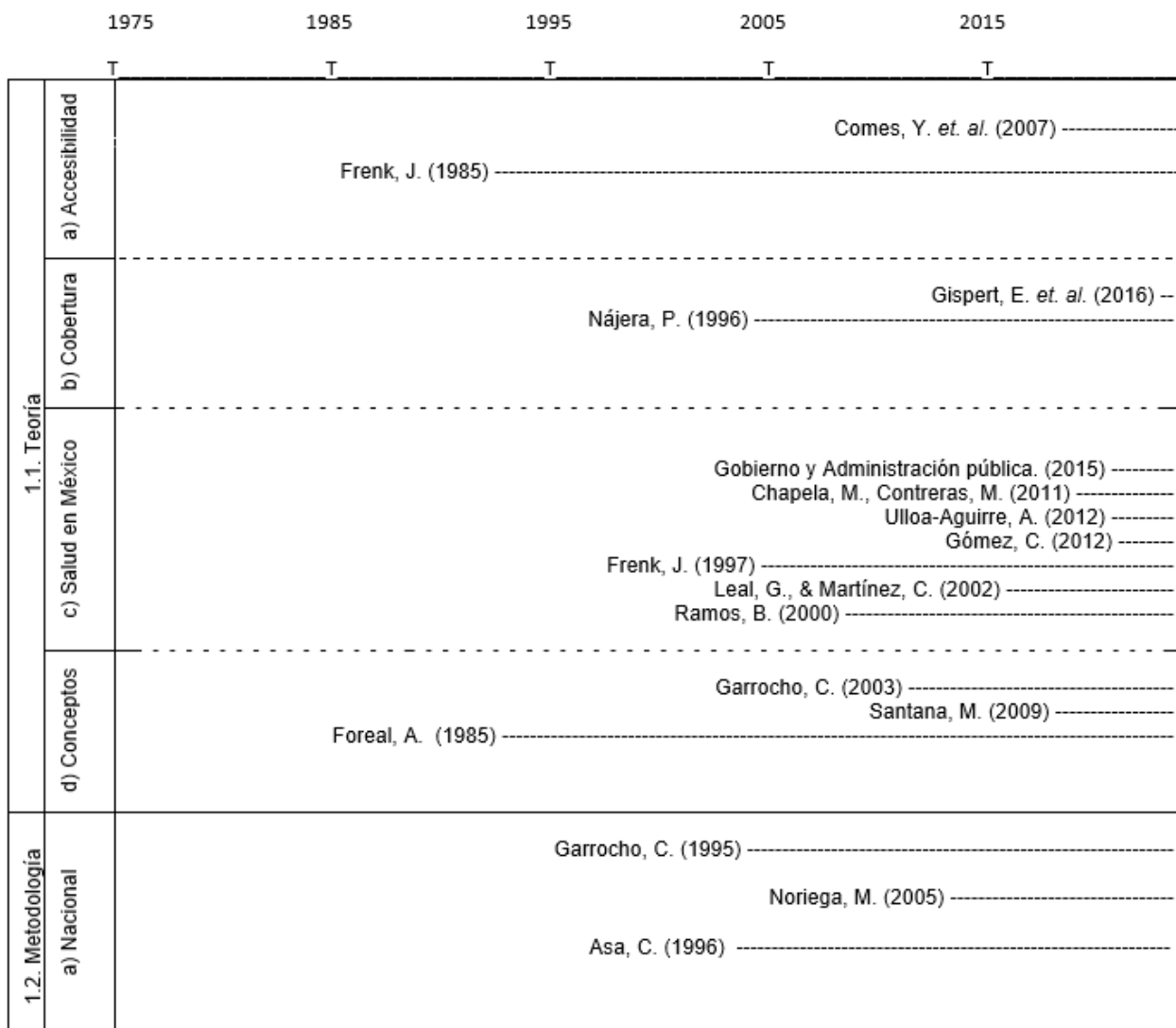
En el primer nivel se realizan acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente brindada por médicos generales y personal de enfermería. El segundo nivel de atención brinda las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio. La atención que se brinda en el tercer nivel es especializada, de mayor complejidad y aunada a actividades de investigación clínica y básica y en este grupo se encuentran los Institutos Nacionales de Salud. (Gobierno y Administración pública, 2015)

1.3. Tendencias Investigativas

En la siguiente Figura 1.5, se encuentran referidos los autores que son utilizados para la elaboración y relación del apartado uno y dos

Las tendencias investigativas en cuanto a la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de la geografía de la salud, se tiene a Garrocho (1995) que destaca como la literatura más importante, para obtener los diversos modelos, siendo las estructuras teóricas para la investigación de patrones de utilización. Los modelos, suelen clasificarse en económicos, de comportamiento y causales. (Berman y Kroeger en Garrocho, 1995: 114).

Figura 1.5. Antecedentes investigativos



Fuente: elaborado con base en los autores referidos en la figura.

Garrocho comienza con la geografía sociomédica, denominada así por Philips en 1981; dicha perspectiva comprende el análisis de la localización espacial, planeación y utilización de los servicios de salud, con la identificación y evaluación de las características de los servicios de salud para determinar las principales afectaciones en su eficiencia, efectividad y equidad (Eyles y Woods, Philips, Joshep y Philips en Garrocho 1995: 115)

Se menciona que, dentro de la geografía médica, existen diversas perspectivas para la investigación de la salud, a continuación, se mencionan las que se consideran más relevantes. (i) Desde la perspectiva de la *cartografía médica*, utilizada para que, a través de los mapas se pueda realizar el análisis de la distribución de enfermedades, procesos de difusión e identificación de áreas deficientes en cuanto a la provisión de servicios; (ii) en la *ecología médica*, se identifican las relaciones entra las enfermedades y los factores ambientales; (iii) la perspectiva de los *estudios de difusión*, intentan moldear y analizar la difusión espacial de las enfermedades; (iv) los *análisis de localización espacial*, se interesan en la accesibilidad y la utilización de los servicios médicos, utilizando modelos matemáticos de localización y asignación; (v) para la perspectiva de *análisis de áreas sociales*, lo principal es explorar las conexiones entre el proceso de salud-enfermedad y las condiciones ambientales y socioeconómicas en áreas intraurbanas; (vi) en los *estudios de comportamiento*, se interesan en el individuo como la unidad de análisis, en su comportamiento en situaciones específicas relacionadas con dicho procesos; y por último, (vii) los estudios de economía política, que destacan la relevancia del contexto social , económico y político en el proceso de salud-enfermedad (Philips y Pyle en Garrocho, 1995: 116).

Se explica que los modelos de localización-asignación y los de interacción espacial, son los más utilizados para una planeación espacial de los servicios de salud, cuyos objetivos son examinar los diferentes patrones de localización de servicios y evaluarlos en términos de consideraciones de justicia distributiva. Estos modelos matemáticos son de gran relevancia, si son usados adecuadamente ya que toma en cuenta consideraciones cualitativas y cuantitativas. Sin embargo, deben ser

entendidos como una derivación del proceso de investigación, ya que, aun cuando las condiciones sean óptimas en cuanto a la distribución espacial, su utilización puede no ser la adecuada.

Para entender la utilización de los servicios de salud, el autor menciona tres principales modelos: a) los económicos; que podrían no ser la mejor forma de realizar un estudio integral, debido a que considera variables monetarias, reduciendo y/o limitando ciertas explicaciones; b) los de comportamientos; y, c) los causales, estos, junto con los anteriores integran otras variables para la explicación de la utilización.

- a) Los modelos económicos no consideran variables sociales amplias ya que suelen definirse sobre una base de conocimiento racional, individual y económico.

“Garrocho señala que la teoría microeconómica considera que los servicios de salud son como cualquier otro bien que los individuos pueden obtener en el mercado con sus recursos disponibles” (Garrocho, 1995: 120). La combinación de diferentes bienes resultara en distintos niveles de satisfacción individual, siendo los precios relativos los criterios que determinen la utilidad que pueda obtenerse (costos).

- b) Los modelos de comportamiento se basan en identificar los procesos culturales y psicológicos que realizan los individuos para reconocer un problema de salud, ya sea sus estrategias para recuperar la salud.

Para explicar este modelo, Garrocho retoma algunos ejemplos como son: el modelo de Suchman, (1964) *“los determinantes socioambientales”* en el que enfatiza la influencia de factores sociales en la utilización de los servicios. Para Suchman, los patrones de utilización reflejan el conocimiento, disponibilidad, y convivencia de los servicios de salud y las influencias del grupo social sobre el individuo (Suchman en Garrocho, 1995: 124).

Este modelo se utilizó para analizar la situación de los servicios en diferentes grupos étnicos a mediados de los sesenta. Este, asume que tanto los valores sociales,

como la interacción en el grupo social, los niveles socioeconómicos y conocimientos previos de enfermedades, actitudes y creencias, van a determinar la utilidad del sujeto con respecto a los servicios de salud, es decir que, una estructura social más moderna favorecería a la utilización de servicios médicos modernos, mientras que las estructuras sociales tradicionales, se inclinarían por la medicina tradicional.

En conclusión, la principal contribución de dicha teoría fue la relevancia que tienen los entornos sociales sobre la utilización de un individuo de los servicios de salud.

El siguiente modelo de comportamiento es el modelo de Young (1981): *“la utilidad de los modelos de decisiones”*. Dicho modelo intenta explicar los criterios que dirigen los procesos de decisión de los individuos al momento de escoger un tratamiento. El modelo destaca cuatro criterios envueltos en el proceso de decisión: (i) seriedad de la enfermedad; (ii) la existencia y disponibilidad de tratamientos caseros; (iii) la comparación de la eficacia de remedios caseros contra los tratamientos profesionales; y, (iv) los costos y medios de transportes para acceder a servicios profesionales (Young citado por Garrocho, 1995: 128).

Si el individuo detecta una enfermedad, tiende a considerar diversas variables de tratamientos, si dicha malestar es considerado como no grave, en el modelo se asume una “elección fundamentada en un análisis informal de costos y beneficios” (Garrocho, 1995: 129), ya que se considera la alternativa de remedios caseros, pero si existe un nivel de desconfianza, el sujeto tiende a inclinarse por los costos de tratamientos, y si al final los tratamientos no dan resultados se reconsideran las decisiones desde un principio.

En cambio, si la enfermedad detectada es considerada como grave, se selecciona una de varias alternativas de tratamiento, según la eficacia percibida por el individuo de estas.

- c) Por último, se presentan los modelos causales, analizan la importancia de los factores que afectan la utilidad de los servicios de salud. De igual manera, existen diversos modelos de estudio dentro de este, pero para el desarrollo

de esta investigación solo se retomarán los modelos de Andersen y Newman (1973) y el modelo de Aday y Andersen (1974), ya que en estos, se manejan los determinantes sociales afectan directa e indirectamente en el uso y distribución de los servicios de salud, tomando en consideración características económicas, culturales, necesidades, incapacidades; así como la capacidad de recursos, la accesibilidad y disponibilidad,.

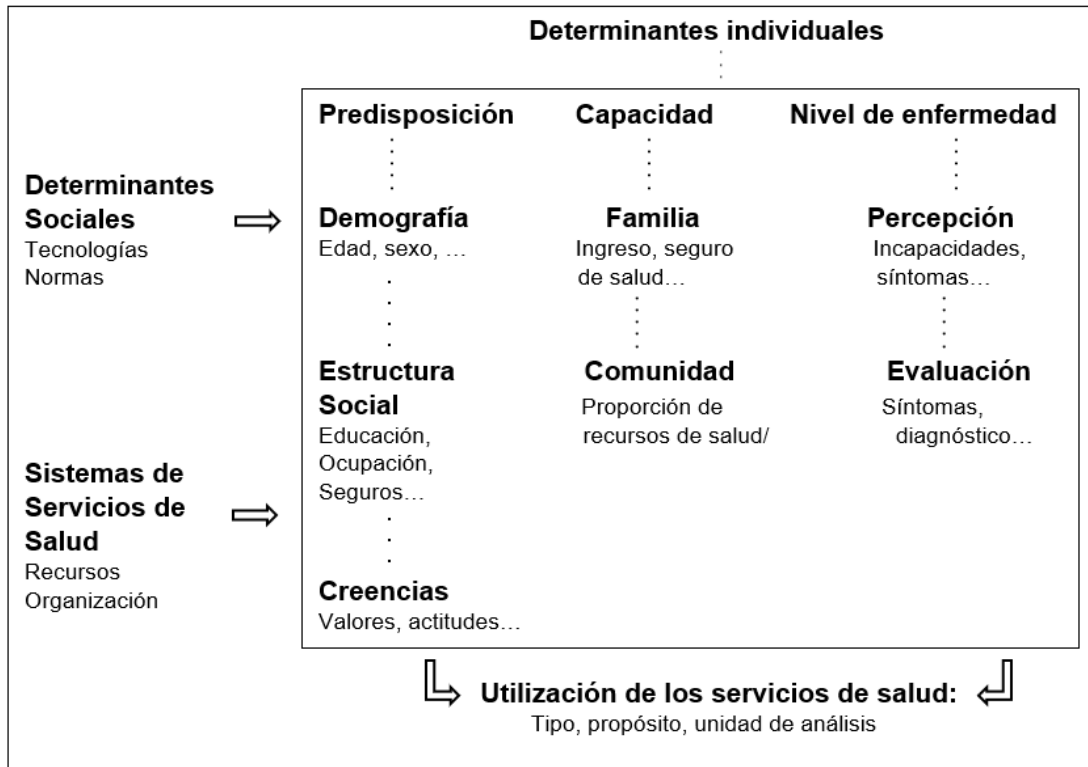
Andersen y Newman en “Los determinantes sociales e individuales” (1973), integran las determinantes individuales y factores sociales para obtener la utilidad de los servicios de salud. Para esto, plantean que los determinantes sociales afectan directamente los factores individuales, aunque también de manera indirecta a través de los sistemas de salud, que terminan siendo influenciados por factores individuales en cuanto a políticas y características de los servicios (Figura 1.6; Garrocho, 1995)

En el modelo de Aday y Andersen; “una estructura conceptual para estudiar el acceso a los servicios”, es una modificación del modelo anterior, en el que quisieron agregar la importancia de las políticas nacionales al momento de analizar el funcionamiento de los sistemas de salud y que al momento de realizar los análisis de utilización se debe contemplar el concepto de la accesibilidad más amplio que solo el simple acceso. Debido a esto, lo distinguen en dos tipos: a) el acceso potencial, siendo las probabilidades del individuo de entrar a un sistema de salud, establecidas por las características del sistema, ya sea, la disponibilidad, distribución espacial y organización de recursos, y por las características de los usuarios potenciales. Mientras que el acceso efectivo, es la entrada oficial, reflejada en registros de admisión de las unidades y en las opiniones generadas de los individuos al hacer uso de los servicios ofrecidos.

En este modelo (Figura 1.7) los valores e intereses de la sociedad definen las políticas de salud, las necesidades y características que se ofrecen, solo ciertas características de usuarios potenciales pueden llegar a ser modificadas por políticas de salud o sociales. Mientras que el sistema de salud puede llegar a afectar los patrones de utilización y características de usuarios al facilitar o dificultar la

accesibilidad e incrementando o reduciendo la satisfacción de los usuarios al momento de brindar los servicios.

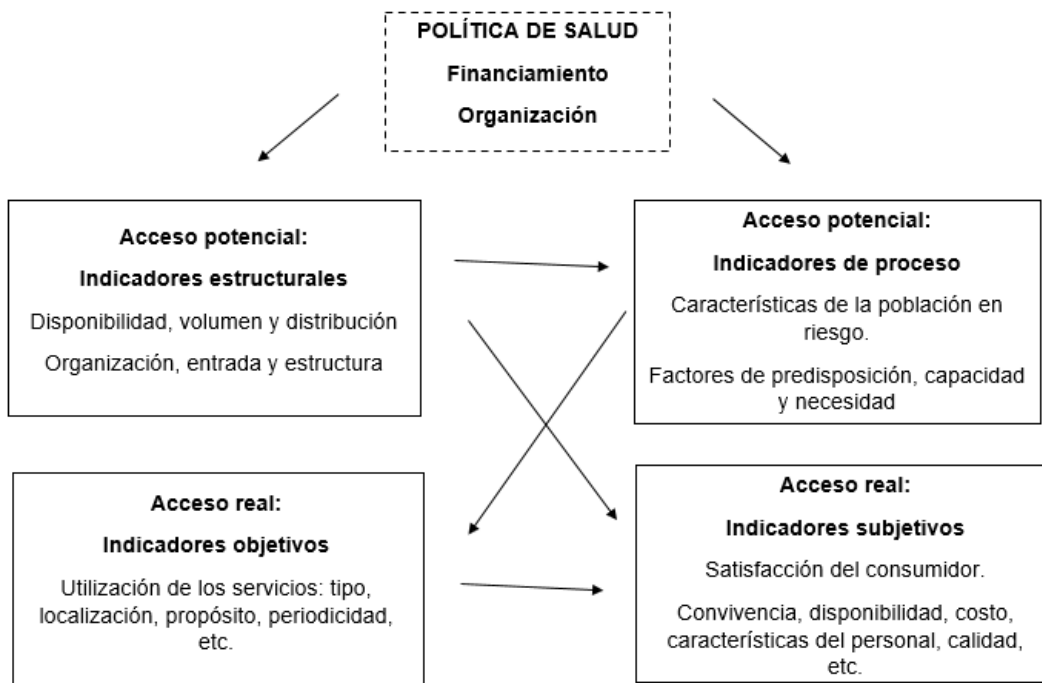
Figura 1.6. Modelo de Andersen y Newman



Fuente: Andersen y Newman en Garrocho, 1995.

Mientras tanto, la autora Asa Laurel en su escrito “¿Podemos garantizar el derecho a la Salud? Requerimientos para ampliar la cobertura del Sistema Público de Salud” (1996), toma otro enfoque para medir la cobertura de los servicios en México, basándose en analizar tres medidas de cobertura para los subsistemas de públicos donde se encuentran: el IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR y PEMEX; y, el de sistema abierto integrado por la SSA, Servicios Estatales de Salud (SESA), Servicios Municipales de Salud, IMSS-Solidaridad; analizando: (i) la cobertura reportada por las instituciones, refiriéndose a la población que cuenta, “legalmente”, con derecho a una atención integral a los tres niveles de atención, mientras que el sistema abierto la reporta como cobertura “potencial” en función de recursos materiales y humanos solo para un primer nivel de atención.

Figura 1.7. Modelo de Aday y Andersen



Fuente: Aday y Andersen y Fleming (1980) en Garrocho, 1995.

Dentro de ambas coberturas llega a presentarse una deficiencia ya que no se definen los servicios disponibles para la población, resultando en un contraste a la accesibilidad real de los servicios; (ii) la hipotética calculada en función de los recursos existentes, basándose en los recursos existentes para cubrir a la población. Se calcula la cobertura para las consultas, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas con base en los recursos materiales y humanos por entidades federativas y para cada subsistema, en cuanto a la cobertura del sistema abierto se usó a la población no asegurada en cada entidad federativa como referencia, dando resultados precarios en este sistema, mientras que destaca una relación directa con el grado de desarrollo económico de cada entidad; y, (iii) la real calculada en función de los servicios prestados; esta se calcula a partir de los servicios prestados. (Asa, 1996).

Capítulo 2. Condiciones socioterritoriales de la cobertura y accesibilidad en el municipio de Ensenada.

Se presentan con base en los objetivos planteados los aspectos físicos y socioeconómicos del municipio de Ensenada ya que constituyen la base del desarrollo de la población, lo que ayudará a determinar la existencia de algún tipo de limitación para la accesibilidad a instituciones médicas y/o cualquier prestador de servicios de salud

2.1. Condiciones físicas

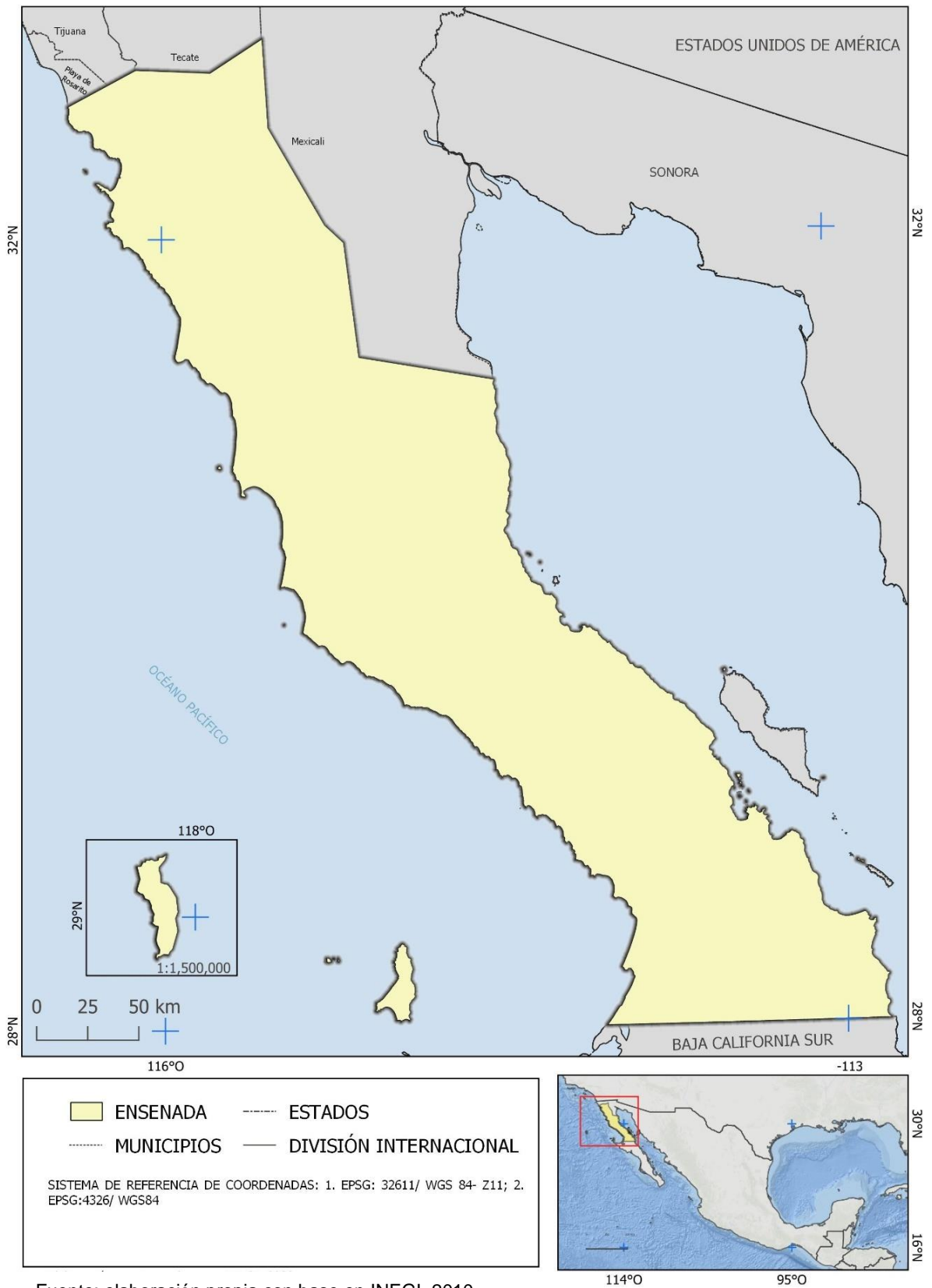
2.2.1. Localización

“El municipio de Ensenada se encuentra localizado al noreste de México, en el estado de Baja California, entre los paralelos 27° 59' y 32° 24' de latitud norte; los meridianos 112° 44' y 116° 54' de longitud oeste; altitud entre 1 y 1,900 msnm” (INEGI, 2009:2). Colinda al norte con los municipios de Playa Rosaritos, Tijuana, Tecate y Mexicali; al este con parte los municipios de Mexicali y San Felipe; al sur con el municipio de San Quintín; y al oeste con el Océano Pacífico (Figura 2.1). El municipio cuenta con una extensión de aproximadamente 5,213,128.84 km² de superficie, representando el 18.4% del territorio estatal (Plan Municipal de Desarrollo, 2021: 24)

2.2.2. Geomorfología y geología

El municipio de Ensenada se encuentra casi en su totalidad, dentro de la provincia fisiográfica de La Península de Baja California, la cual cuenta con aproximadamente 1,430 km de longitud y 75 km de ancho, dentro de esta, se encuentran la subprovincia de Sierra de Baja California, siendo la más importante, debido que el recurso del agua es abundante en la zona; se caracteriza por presencia de lomeríos, sierras, mesetas, llanuras aluviales, bajadas, valles; seguido de las subprovincias de Discontinuidad Desierto de Vizcaíno y la Sierra de la Giganta. Aproximadamente un 1.0% del territorio del municipio cae en la provincia fisiográfica de la Llanura Sonorense (Figura 2.2 y 2.3; INEGI:10; PIAME, 2010: 6).

Figura 2.1.A. Delimitación Ensenada, 2019-2020



Fuente: elaboración propia con base en INEGI, 2010.

Figura 2.1.B. Delimitación Ensenada, 2019-2020

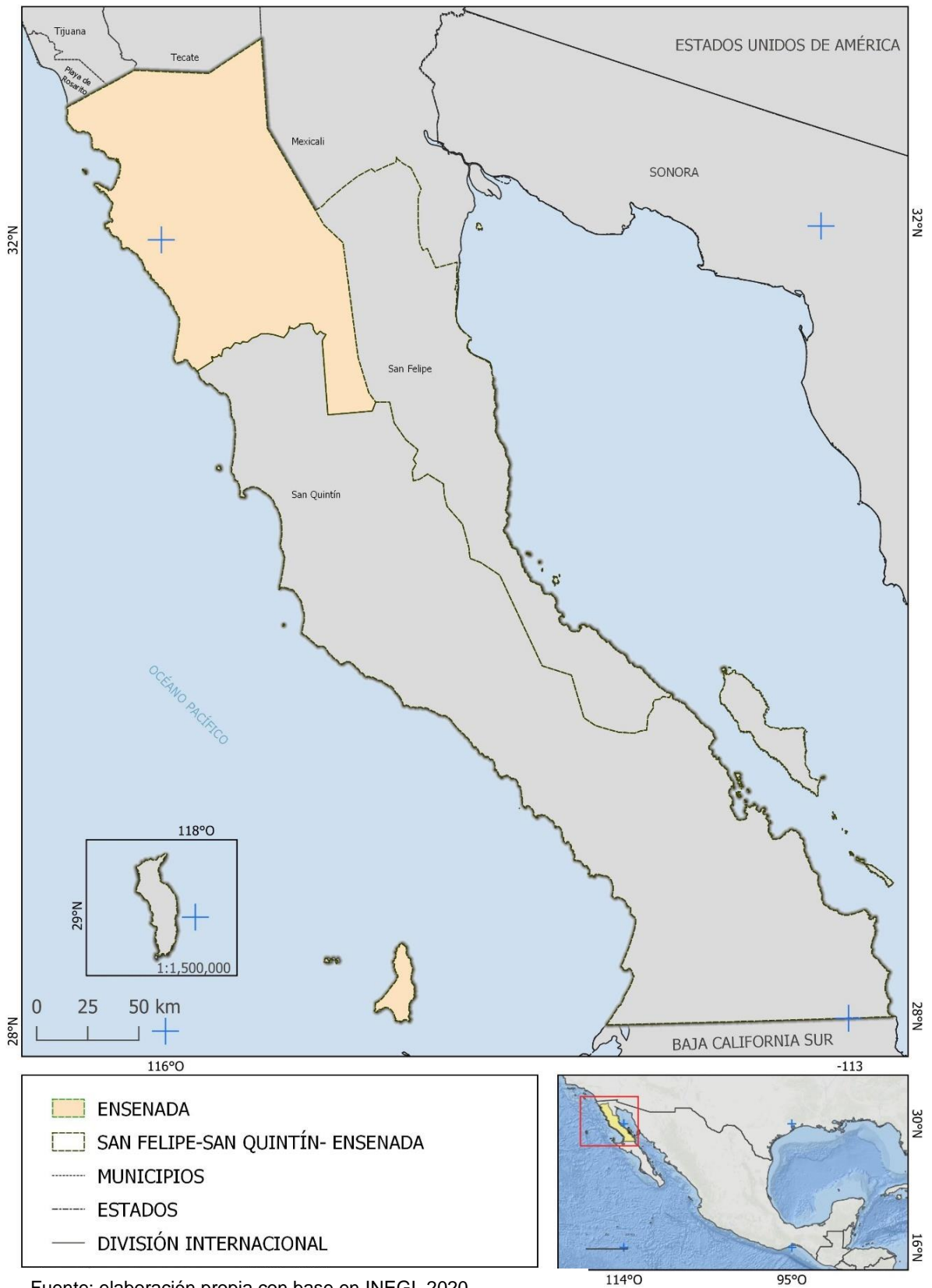
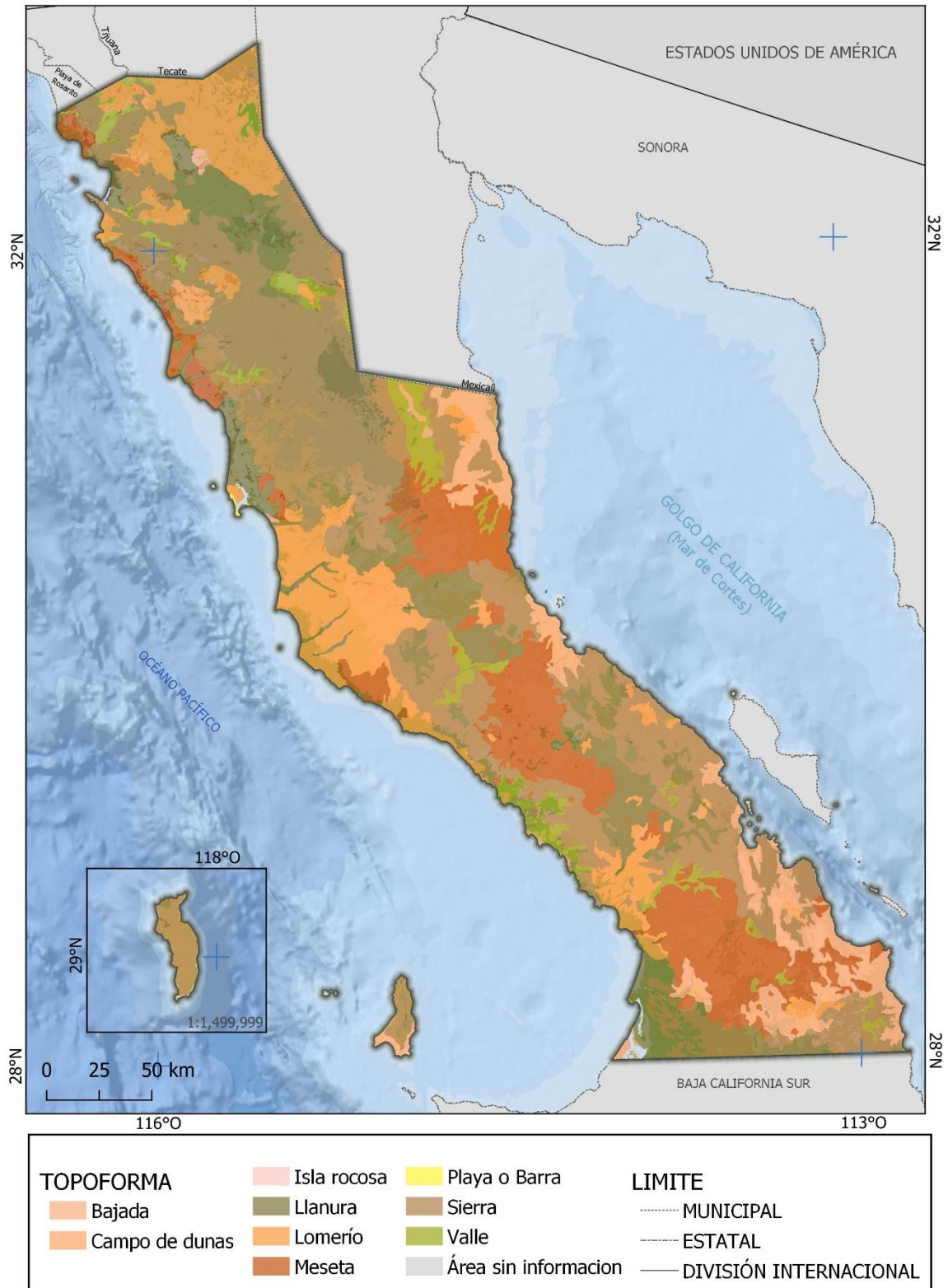
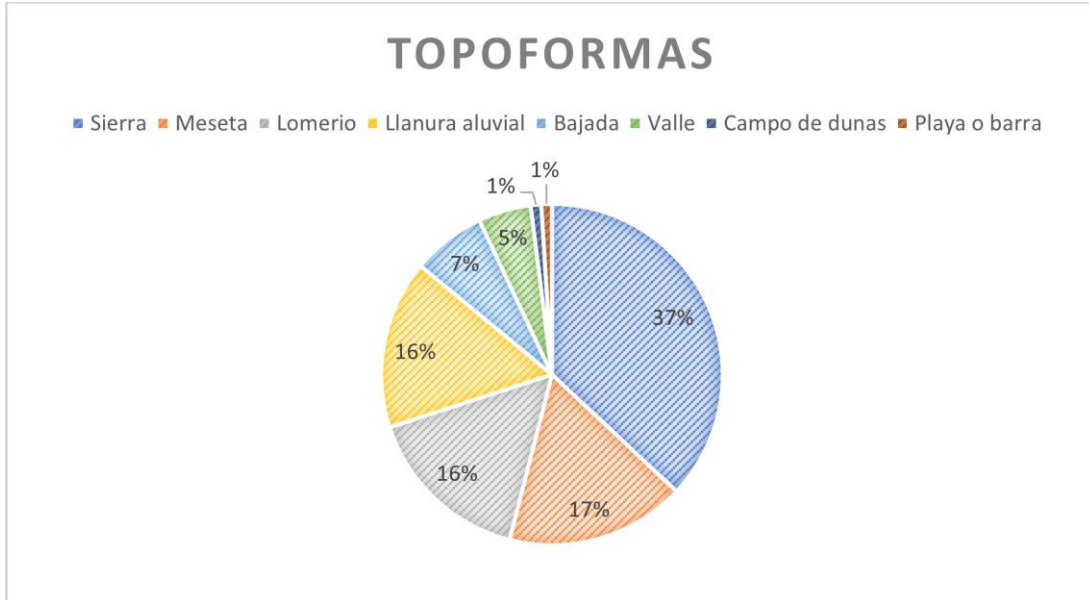


Figura 2.2. Topoformas



Fuente: elaboración propia con base en CONABIO, 2008.

Figura 2.3 Ensenada: Geomorfología



Fuente: elaboración propia con base en PIAM, 2010.

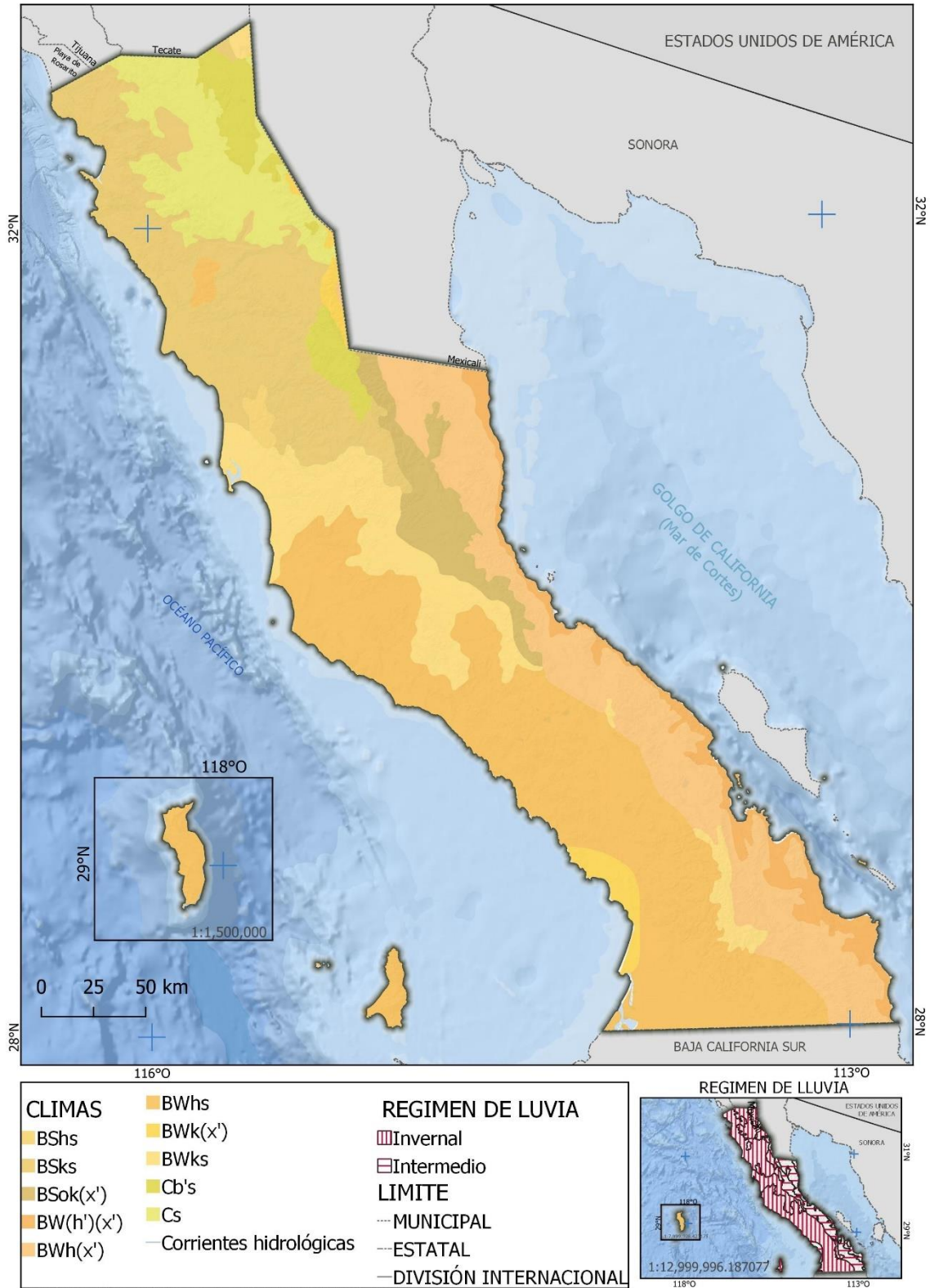
2.2.3. Clima

De acuerdo con su localización geográfica y a la clasificación climática de Enriqueta García (1998), el municipio de Ensenada cuenta con clima seco semicálido, predominando el seco mediterráneo templado, muy seco templado, muy seco muy cálido, semifrío subhúmedo con lluvias en invierno, templado subhúmedo con lluvias en verano, seco templado, y muy seco semifrío (Figura 2.6). El rango de precipitación que llega a presentarse se encuentra entre los 100 – 500 mm, aunque en lugares con clima semifrío subhúmedo con lluvias en invierno se ha registrado que se puede rebasar los 500 mm anuales (INEGI, 2009: 2); (IMIPENS de INEGI, 2001: 2). Cuenta con una temperatura que oscila entre los 6° y 22°C (Figura 2.6)

2.1.4. Hidrografía

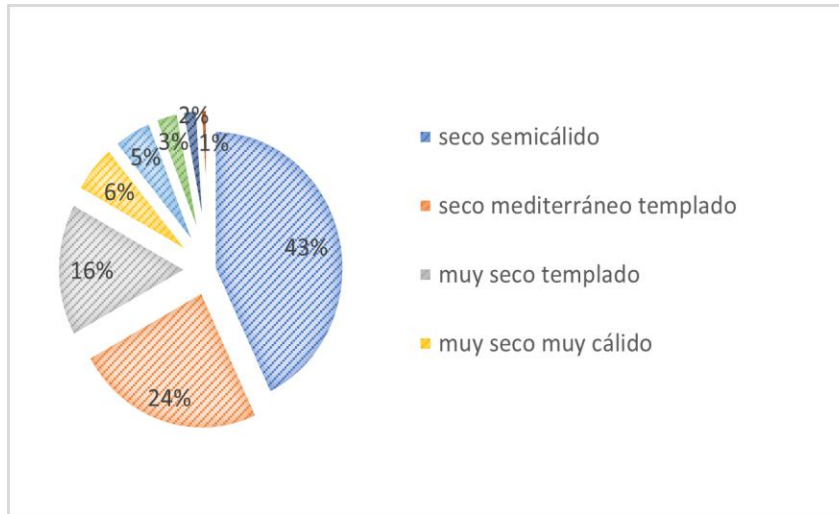
Puesto que la precipitación en el municipio de Ensenada es escasa, se originan pocas corrientes con bajo volumen de escurrimientos. La cordillera que recorre lo largo de la península define los recursos hídricos, siendo las sierras de Juárez y San Pedro Mártir las que definen el parteaguas entre la vertiente oriental, donde las

Figura 2.6. Climatología



Fuente: elaboración propia con base en CONABIO, 2008.

Figura 2.6. Ensenada: Distribución porcentual de los climas



Fuente: elaboración propia con base en INEGI, 2009.

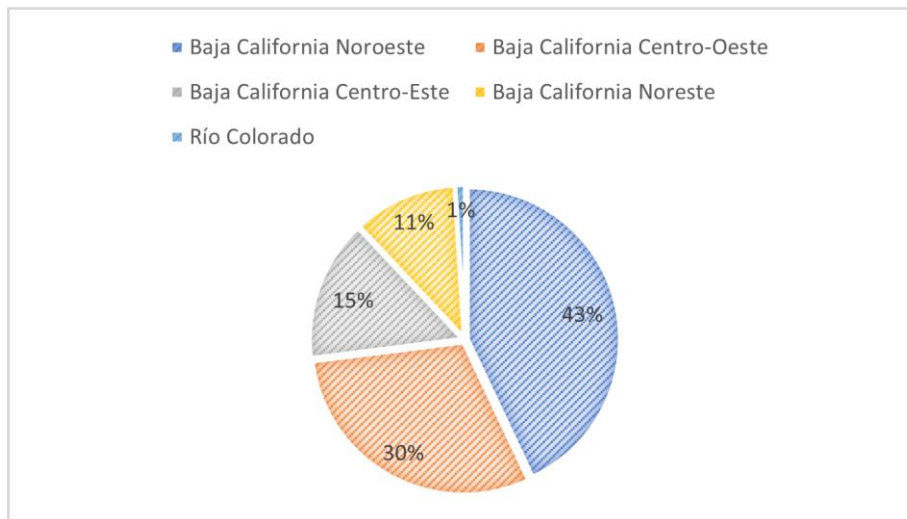
corrientes suelen ser de escasa longitud e intermitentes, con un tipo de drenaje detrítico; y la vertiente occidental que, al encontrarse lejos de la costa, da como resultado escurrimientos de mayor longitud, con características similares (PIAME, 2010:10).

El municipio de Ensenada se encuentra dentro de la región hidrológica de Baja California Noroeste (Ensenada), Baja California Centro-Oeste (Vizcaíno), Baja California Centro - Este (Santa Rosalía), Baja California Noreste (Laguna Salada) y Río Colorado. En las cuencas de Santa Catarina - Acuífero Rosarito, Arroyo Las Ánimas - Acuífero Santo Domingo, San Miguel-Acuífero del Vigía, Acuífero Agua Dulce - Santa Clara, Río Tijuana - Acuífero de Maneadero, Lago Salado - Acuífero del Diablo y Río Colorado (INEGI, 2009); (Figura 2.7).

2.1.5. Edafología

En zonas secas los suelos son, predominantemente castaños, grises o rojos debido a procesos de intemperismo y el tipo de roca de origen. Por consiguiente, debido a los climas seco y muy secos de la península, junto con otras características como el relieve y la materia parental, los tipos de suelo suelen ser poco desarrollados, con textura arenosa y profundidades menores a los 50 cm. Los suelos de la región son

Figura 2.7. Ensenada: Distribución porcentual de las regiones hidrográficas



Fuente: elaboración propia con base en INEGI, 2009.

pobres en nutrientes, por la baja cobertura vegetal y aportación de materia orgánica. (INEGI, 2009: 2).

En cuanto a los suelos predominantes con el 76% en el municipio de Ensenada son el suelo de tipo Leptosol y Regosol, son suelos delgados y pedregosos, suelen ser utilizados en su mayoría para producciones agrícolas o viñedos con la añuda del riego en lugares con a precipitación menor a los 500 mm o bien suelen utilizarse para el pastoreo. (Ibáñez y Manríquez, 2010)

2.1.6. Vegetación y fauna

Factores como el clima, tipo de suelo y formas geológicas, determinan la vegetación de un sitio. De tal modo que, el municipio de Ensenada presenta una vegetación que responde a su extremo clima desértico al centro y sur, en las altas Sierras y en los litorales (Figura 2.10). La vegetación predominante del municipio son los matorrales con un 78.13% de la superficie.

Este porcentaje se divide 6 tipos: los matorrales desérticos micrófilo con un 26%; matorrales desértico rosetófilo con 12.38%; el matorral rosetófilo costero con un 8.66%; matorral sarcocaulo con un 8.25%; y, matorral crasicaulo con 0.2%. Los

bosques representan el 3.25% de la superficie, los bosques de pino son los de mayor predominancia con 2.69%, el 0.56% restante se compone de bosque de táscate, de bosques de encino y bosques galería.

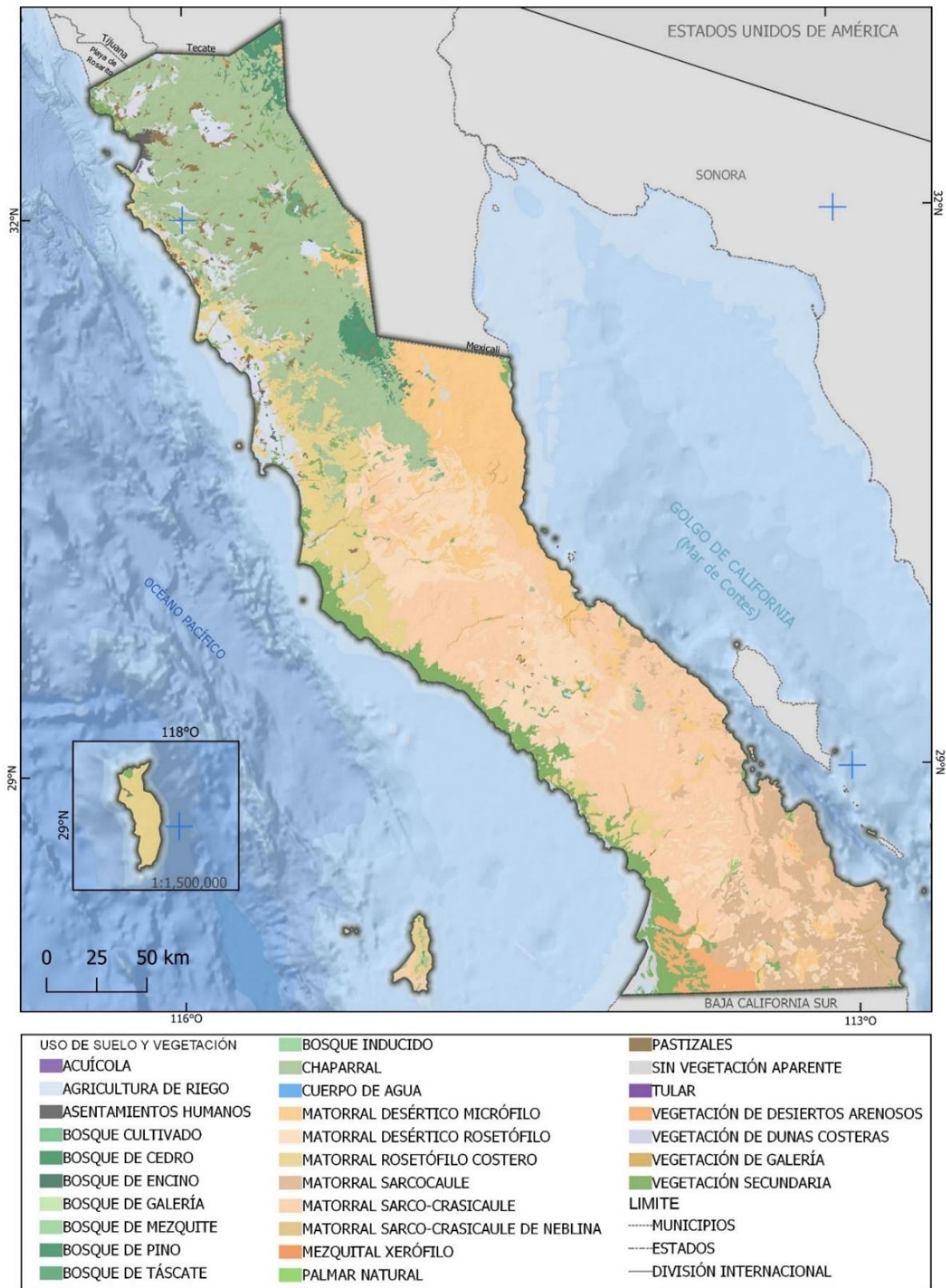
Los pastizales se encuentran presentes con el 1.44% de la superficie. Se encuentran pastizales inducidos (1.38%) cubiertos por vegetación de tipo chaparral; se encuentran los pastizales halófilos con el 0.06% en suelos de drenaje deficiente y, el restante 0.003% lo cubren pastizales de cultivo. (PIAME, 2010:16).

Se logra encontrar otros tipos de vegetación en el municipio con una representación del 17.19%, en donde destaca el chaparral al noreste del municipio; vegetación halófila en espacios cercanos a los litorales; vegetación de desiertos arenosos en la subprovincia de sierras de Baja California y desierto de San Sebastián Vizcaíno; y, por último, también se puede observar vegetación de galería, de dunas costeras, de Palmar y Mezquital. (Secretaría de desarrollo, 2012: 55).

Las características anteriores se mencionan, ya que en conjunto nos ayudan a comprender la relación con las actividades antropogénicas, por lo tanto, a la distribución de la población en el municipio, suponiendo que la población fue en busca del recurso del agua y del desarrollo de actividades agropecuarias.

De acuerdo al PIAME, al predominar los climas secos y muy secos, junto con el tipo de suelo y el relieve montañoso, han dado lugar a suelos poco desarrollados y pobres en nutrientes, sin embargo, en el clima semifrío subhúmedo con lluvias en invierno, que se encuentra en la Sierra Juárez, San Pedro Mártir y San Miguel, consideradas las partes más altas del municipio, junto con los rangos de precipitación, favorecen el crecimiento de bosques de coníferas y chaparral, dando paso a la actividad forestal con potencial de comestible, forrajero, industrializables, medicinales y de pastoreo; no obstante, por las bajas temperaturas y la alta probabilidad de producirse heladas, representa un riesgo para el desarrollo de actividades agrícolas.

Figura 2 10. Uso de suelo y vegetación



También menciona que, en la subprovincia de Sierras de Baja California y Desierto de San Sebastián Vizcaíno al contar con un gran número de valles donde se concentra el agua; junto con los valles costeros e intermontanos, donde se encuentran grandes volúmenes de agua subterránea, contribuyen a la realización de actividades agropecuarias. Asimismo, los arroyos son los principales centros de extracción de recursos minerales y el aprovechamiento de materiales pétreos. (PIAME, 2010).

2.2 Antecedentes históricos

El municipio de Ensenada ha atravesado por diversos cambios que la han llevado hasta lo que hoy conocemos, para poder explicar la situación actual del sistema de salud en el municipio y su transformación se contemplan diversos acontecimientos divididos en 5 etapas que serán presentadas a continuación:

I. Desarrollo de las primeras poblaciones del actual municipio de Ensenada (1565 a 1852)

En una de las expediciones marítimas ordenadas por Hernán Cortés, el 29 de octubre de 1533, Diego Becerra partió del puerto de Santiago, ahora Manzanillo, Colima, encontrarse con una tierra que recibiría el nombre de California, tras su asesinato Jiménez tomó el mando y continuo hasta lo que hoy conocemos como La Paz. Ante este acontecimiento, El Virrey Don Antonio de Mendoza envió una serie de expediciones, una de ellas confiada a Juan Rodríguez Cabrillo, quien el 2 de noviembre de 1542 descubrió la ciudad de Ensenada, en ese entonces, la nombró como Bahía de San Mateo. (Lazcano, 2003:32)

Los españoles llegan en 1565, ya que se encontró una ruta que se extendía desde las Filipinas hasta Nueva España y se convertiría en una importante ruta marítima de comercio, por consecuente comenzaron a aparecer los piratas y motivado por la seguridad de las costas y con la idea de encontrar otros puertos y rutas el virrey de la Nueva España, mando a Sebastián Vizcaino a una expedición de reconocimiento y demarcación de costas zarpando el 5 de mayo de 1602 hasta el cabo Mendocino,

al llegar a la bahía de San Mateo, optó por cambiarle el nombre a Ensenada de Todos los Santos. (Lazcano, 2003).

En 1697, comenzaron las primeras colonizaciones a través de misiones, ya que anteriormente representaba una dificultad el establecerse en lo que hoy conocemos como Baja California debido a la lejanía del centro del país y a la aridez de la mayor parte de la península, los jesuitas fueron los primeros en establecerse al sur; entre 1697 hasta 1771, tanto los jesuitas, como franciscanos y dominicos, empezaron a expandir sus misiones hacia el norte; los jesuitas fundaron 3 misiones: Santa Gertrudis, San Francisco de Borja y Santa María, los franciscanos solo una: San Fernando y los dominicos 8: El Rosario, San Pedro Mártir, Santo Domingo, San Vicente, Santa Catarina, Santo Tomas, Nuestra Señora Guadalupe y San Miguel, lo que contribuyó al establecimiento de núcleos de población a sus alrededores, en la actualidad, algunos poblados conservan el nombre de la misión. (Piñeira, 2006:55)

José Manuel Ruiz era un comandante de la Frontera de la Baja California, y durante 1804 pidió la concesión del paraje de Ensenada de Todos los Santos que comprendía dos terrenos siendo sitios de ganado mayor, al entonces gobernador del territorio José Joaquín Arrillaga, la cual fue dada como agradecimiento por sus servicios; para 1822 fue designado con el cargo de gobernador de la California peninsular, teniendo que trasladarse a Loreto, debido a esto el 9 de octubre de 1824 le cedió sus terrenos a su yerno Francisco Javier Gastélum, esposo de su hija fuera de matrimonio, Salvadora Ruiz. Siendo la única familia que habitaba el paraje, ya que la región solía ser vista como un lugar de reposo o refugio para comerciantes, militares y viajeros ocasionales que recorrían las dos Californias, poco a poco se fue convirtiendo en un punto de entrada de personas y embarcaciones. (Piñeira, 2006: 83)

Varios años después, México se vio obligado a firmar el Tratado de Paz de Guadalupe-Hidalgo, el 2 de febrero de 1848, debido a la guerra expansionista de Estados Unidos en el que el gobierno cedió la mitad del territorio mexicano perdiendo la Alta California, y mientras esto ocurría. (Infaded)

II. Inicio del expansionismo, desarrollo del territorio e infraestructura (guerrillas de pertenencia, urbanización) (1853-1876)

Como se mencionó anteriormente, el paraje de Ensenada fue cedido a la familia Gastelum, sin embargo, para 1853 la nieta de José Manuel Ruiz había dejado de herencia a sus tres hijas -dentro del matrimonio- el derecho del rancho de Ensenada de Todos los Santos, siendo reclamado por su nieta Amparo Ruiz. El litigio se prolongó hasta finales de este siglo ya que esto atrajo a la aparición de otros supuestos propietarios provocando complicaciones en el paraje.

Mientras este se encontraba en disputa, a finales de 1853 se suscitó una invasión extranjera, derivada de la expedición filibustera comandada por William Walker, arribando en lo que hoy se conoce como el puerto de La Paz, declarándola Republica de Baja California. Tras la defensa de los mexicanos Walker tuvo que replegarse hacia el norte de la península hasta llegar a Ensenada de Todos los Santos, declarándola la capital de la nueva república. Se establecieron en construcciones de la familia Gastelum creando un centro de operaciones denominado "Fuerte Mckibin", en honor a un soldado caído durante la batalla (Piñeira, 2006)

Los filibusteros permanecieron cerca de tres meses en Ensenada de Todos los Santos en la que se terminó moviendo la capital a San Vicente. Tras la insistencia de la resistencia mexicana, los filibusteros cruzaron hacia Estados Unidos, poniéndole fin al conflicto, pero dejando un caos económico, provocando la emigración de pobladores hacia San Diego, entre ellos el subjefe político Francisco del Castillo Negrete.

Para 1866 el jefe político de Baja California Pedro M. Navarro emitió un decreto provisional donde declaraba habilitado el puerto de Ensenada para el comercio de altura. Lo que atrajo en la década de los años 70, el inicio del expansionismo económico de la Unión Americana en nuestro país marcando sobre todo la frontera norte debido a la instalación de vías de ferrocarril que facilitaban la comunicación y por el descubrimiento de minas de oro en el Valle de San Rafael distrito que pronto

se conocería como Real del Castillo (Padilla y Aguayo en Padilla y Juárez, 2013), lo anterior, derivó en un incremento en su población en la entidad junto con las condiciones climáticas, ya que en esos años surgió un movimiento denominado “health seekers” (buscadores de la salud) quienes consideraban que la condiciones geográficas de Baja California tenían propiedades curativas. Muchos de los pobladores contribuyeron a la región con capital financiera ya que provenían del sector adinerado de Estados Unidos. Estas actividades junto con el aumento del comercio dieron a California una dinámica económica sólida (Piñeira, 2006).

III. Derechos sociales y el Sector Salud Primeros indicios del sistema de salud (1877 a 1920)

Durante 1880 Porfirio Diaz hizo un esfuerzo por incrementar la población en las zonas áridas, por lo que elaboró un decreto que dictaba una nueva Ley de Colonización, lo que permitía la entrada de capital extranjero, debido a esta, un alemán nacionalizado mexicano de nombre Luis Huller, obtuvo la concesión para deslindar terrenos en lo que ahora es Baja California, asociándose con la Compañía Internacional de México en donde laboró hasta 1889, cuando vendió sus derechos a una firma inglesa llamada Compañía Mexicana de Terrenos y Colonización.

Durante 1882 la capital se trasladó de Real Castillo (Ojos Negros) a Ensenada de Todos los Santos, antes ubicada en ciudad que se fundó el 15 de mayo por decreto del presidente Porfirio Diaz, comenzando una nueva etapa de desarrollo urbano a partir de asumir una nueva categoría política en 1886 cuando The internacional Company of Mexico, se encargó de la traza urbana hasta 1917 que fue cancelada la concesión por el presidente Venustiano Carranza, (Padilla y Aguayo, 2013). Al mismo tiempo que se le dio la concesión a The International Company of Mexico, al sur de California se tuvo un auge en la venta de bienes raíces, destacando en las ciudades de San Diego y los Ángeles, posteriormente se extendería hacia el sur de la línea divisora, lo que repercutió en el desarrollo de la región norte de Baja California, las oficinas de la compañía hoy son la sede de la delegación en Ensenada del Instituto Nacional de Antropología e Historia. (Piñera y Bejarano, 2011: 166)

En 1887 por decreto presidencial Baja California se estableció como dos distritos, Norte y Sur teniendo como límite divisorio el paralelo 28° de latitud. (Infaded)

A finales del siglo XIX, Luis Emeterio Torres, jefe político, comenzó la construcción de un hospital a un costado del cuartel militar y la cárcel –para hombres y mujeres, a partir de las gestiones con el presidente Díaz durante 1889; más adelante los jefes políticos Rafael García Martínez y Agustín Sanginés, continuaron las obras, y las concluyeron alrededor de 1894. (Fierros, 2016: 323)

Se obtuvieron registros de viruela desde mediados del siglo XVIII, sin embargo, fue hasta el siglo XIX cuando comenzó a tratarse como un asunto de salud pública. Se instaló un lugar específico para personas con este virus, y para 1889 la viruela reapareció en el puerto de Ensenada. Las autoridades de, en ese entonces, Distrito Norte de la Baja California, pidieron ayuda al gobierno federal, las autoridades sanitarias, les enviaron “50 tubos capilares” con pus bovina (viruela bovina que no era grave en humanos) junto con un reglamento para la aplicación de dichas vacunas. (Fierros, 2016).

Según Fierros, para 1900 se presentó una nueva epidemia de la peste, en ese entonces el médico Grubbs, fue enviado por parte de California al Distrito Norte de la Baja California para realizar un estudio bacteriológico, y para finales de 1902 el médico dio por concluido los casos de peste en el Distrito, este acto fue de gran importancia ya que ayuda a entender la dinámica que se generó entre California y el Distrito Norte de la Baja California por el interés en el intercambio comercial.

El autor menciona que para 1908, en Baja California se comenzó a tomar mayores medidas sanitarias, el delegado de Sanidad, Bertrand H. Peterson, recibió un reglamento para la inspección de inmigrantes, donde se realizaba una visita de sanidad y un interrogatorio, en el que se preguntaba sobre aspectos físicos y enfermedades, para así obtener un registro sobre el posible desarrollo de epidemias, también debían informar su medio de transporte, esto servía a las autoridades sanitarias como herramientas para la prevención y erradicación de las enfermedades en el territorio. (Fierros, 2016).

IV. Instituciones sociales Sistema de salud; Ensenada municipio (1920 a 1957)

A nivel nacional, en el periodo presidencial de Lázaro Cárdenas, sobresalió la atención hacia el sector salud y la educación y tras el compromiso gubernamental para atender las necesidades de salud de la población, en específico de grupos campesinos, en el estado de Baja California, surgió una expansión de los servicios de salud. De esta manera se creó en 1932, la Secretaría de la Asistencia Pública destinada para la atención de individuos de menores recursos (López, *et. al.* 2001: 100). Entre 1938 y principios de 1980, en México, los gobiernos posrevolucionarios impulsaron diversas políticas para atender las necesidades económicas que generaba la expansión capitalista y la industrialización, mientras que controlaban las desigualdades socioeconómicas y la pobreza del país; con esta idea, en 1943 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). (Oliva López, José A. Rivera, José Blanco, 2011: 103)

En el 16 de enero 1953, Baja California paso a formar parte de los estados de la república, siendo el estado 29, dividido en cuatro municipios: Mexicali, Tecate, Tijuana y Ensenada, erigiéndose, esta última como capital del estado. (Padilla y Aguayo en Padilla y Juárez, 2013: 46). Ensenada fue declarado municipio por la promulgación de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California el 16 de agosto. (Oliva López, José A. Rivera, José Blanco, 2011: 103)

V. Accesibilidad a los programas sobre salud en Ensenada (1957 hasta la fecha)

Los autores López, Rivera y Blanco mencionan que el sistema de salud nació segmentado, ya que, mientras el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tenía como trabajo proteger a trabajadores formales con seguridad social; la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) debía promover servicios de salud básicos a población desempleada. Para 1959 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y otras empresas desarrollan sus propios institutos de prestación de servicios de salud y seguridad social como,

Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales de México y la Comisión Federal de Electricidad. Mientras para 1977 el IMSS creó un programa llamado IMSS-Coplamar, para ampliar su cobertura hacia zonas rurales con menores recursos. (Oliva López, José A. Rivera, José Blanco, 2011: 104)

Fue hasta 1982 que se impulsó una reforma sanitaria basada en la racionalidad económica neoclásica, reestructurando el sector salud con una lógica igualitaria, impuesta por el banco mundialista sin considerar aspectos como epidemiologías, necesidades de atención local y nacional, la conformación del sector salud o el grado de desarrollo institucional. (López, *et. al.*,2001:105). Durante 1983, el derecho a la protección de la salud pasó a rango constitucional, pero este no establecía que fuese obligatorio, por parte del estado, brindar servicios, aunque la autora Laurell describía que para 1996 seguía sin ser efectivo ya que, para ese entonces se sabía que existían aproximadamente 10-15 millones de personas sin acceso a los servicios de salud. Las divisiones del sector salud en subsistemas: paraestatales, estatales abiertos y privados (aún más dividido) era uno de sus principales problemas, ya que derivaba en una estratificación social debido al grado de acceso y al tipo de servicios disponibles, creando una notable desigualdad (Laurell y Ruiz, 1996: 9).

Para finales del siglo XIX y principios del XX, una compañía inglesa controló la economía de Ensenada y de la costa noroccidental de la península de Baja California, quedando establecida en la capital del territorio norte de Baja California, al momento de retirarse, se quedó sin propietarios una gran extensión de territorio nacional, el cual fue ocupándose por rancheros que se asentaron para iniciar vida como agricultores y ganaderos. Durante la primera década del siglo XX, se dejó de conocer como Ensenada de Todos los Santos, quedando solo como Ensenada, ya que existía confusión con la población de Todos los Santos Baja California Sur, siendo un decreto de la Secretaría de Comunicaciones (Padilla y Aguayo, 2013: 45).

Para 1931, el Distrito Norte de Baja California pasó a ser territorio Federal y en 1952 obtuvo la denominación política de estado. Para finales del siglo XX, el poblado de San Diego y Ensenada comenzó a desarrollarse, convirtiéndose en grandes

ciudades con rasgos modernos de estructura urbana, ya que arquitectos, encargados de planeación, entre otros consideraban importante una ciudad organizada (Fierros, 2016: 322).

Durante el año 2000, se abrió el comercio para distintos actores privados, como aseguradoras, empresas médicas, entidades bancarias, etc., impulsada por la política sanitaria mexicana, incluyendo un reordenamiento sanitario. Esto impulsó a la creación del Sistema de Protección Social en Salud, conocida como el Seguro Popular de Salud controlado por el capital financiero (Gifin, 2007 en López, *et. al.* 2011: 107).

Durante el 2004 se creó el corredor Intermodal de Ensenada-Frontera de Baja California, uniendo las aduanas de Ensenada, Tijuana, Tecate y Mexicali, con el objetivo de integrar un proyecto, para lograr cubrir las necesidades logísticas, reforzar la conectividad y fomentar un eficiente transporte de carga de camiones a Estados Unidos de América, lo que fomentó aún más el comercio y el desarrollo económico del puerto, así como de infraestructura. (Padilla *et. al.*, 2017: 70).

Actualmente el territorio de Ensenada se encuentra en proceso de una división territorial, esto debido a que algunas localidades se unieron para reconocerse como otro municipio de nombre San Quintín. El Periódico Oficial del Gobierno de Baja California que lleva por fecha 27 de febrero de 2020 Decreto No. 46 (anexo 1) declaró la creación del municipio, siendo hasta el 19 de febrero del 2021 la aprobación de la creación del municipio mediante la publicación del decreto 208; el 31 de mayo de 2021 la Secretaría Técnica Normativa (STN) perteneciente a la Dirección Ejecutiva del Registro Federal Electoral emitió un “Dictamen Jurídico sobre la modificación cartográfica electoral” respecto al nuevo municipio, el cual tendría una extensión territorial de 32,883.93 km² esto sin incluir las islas e islote ubicados en el Mar de Cortés. Los apartados transitorios del Diario Oficial N°10 dicta: “Segundo- el primer ayuntamiento de san quintín será electo en las elecciones ordinarias correspondientes al año dos mil veinticuatro, para entrar en funciones el día primero de octubre de ese mismo año.” (Diario Oficial, feb 27 2020: pp 4-.6).

Sin embargo, los apartados transitorios del Diario Oficial N°12 dicta: “Décimo segundo. - A partir de la instalación del Concejo Fundacional Municipal, el Ayuntamiento de Ensenada procederá a darle posesión y transferir oficinas, archivos, documentos... a si mismo realizara la transferencia de personal y plazas... sin perjuicio de que temporalmente sigan recibiendo pago por parte del Ayuntamiento de Ensenada” (Diario Oficial, feb 19 2021: p. 15) (Anexo 2)

De igual manera, a inicios del 2021, el Periódico Oficial del Estado de Baja California, en un número especial, dio a conocer el Decreto N°246 en donde se aprueba para la creación del séptimo municipio de nombre San Felipe, este tendrá colindancia al norte con el municipio de Mexicali, al sur con el municipio de San Quintín, al este con el Mar de Cortés (Golfo de California) y al oeste con el municipio de Ensenada y San Quintín, con una superficie de 10.808 km² se le incorporaran las islas e islotes ubicados en el Mar de Cortés: El Huerto, El Muerto, Lobos, Encantada, Pómez, San Luis, San Luis Gonzaga, Roca Consag, Miramar y Coloradito(Periódico Oficial del Estado de Baja California, jul 1, 2021: pp.4-6) (Anexo 3).

El municipio contaba con la mayor extensión entre el resto de los municipios, teniendo aproximadamente 52,510.712 km² de superficie, representando el 74. 89% del territorio estatal y el 2.6% a nivel nacional. (PIAME, 2010: XX), sin embargo, ahora su territorio se redujo en aproximadamente un 75% quedando con tan solo el 18.4% del total del estado de Baja California (Plan Municipal de Desarrollo, 2012: 24).

2.3. Aspectos sociales y económicos

Dado que el desarrollo del municipio de Ensenada ha atravesado por diversos contextos históricos a nivel nacional e internacional; en este apartado se abordarán las características demográficas desde los censos que lleva a cabo el Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática.

Los datos consultados, apoyan en la explicación de la dinámica, la composición y el crecimiento de la población. De igual modo se analizarán los servicios básicos del

municipio y, los servicios de salud, siendo los de mayor importancia como antecedentes.

2.3.1 Dinámica de la población

Para 2020 hay 561,375¹ habitantes en Ensenada, que representan el 14.89% del total del Estado y se distribuyen por los siguientes tamaños de localidades: (Cuadro 2.A y Figura 2.11).

Cuadro 2.A. Distribución de habitantes por número de localidades

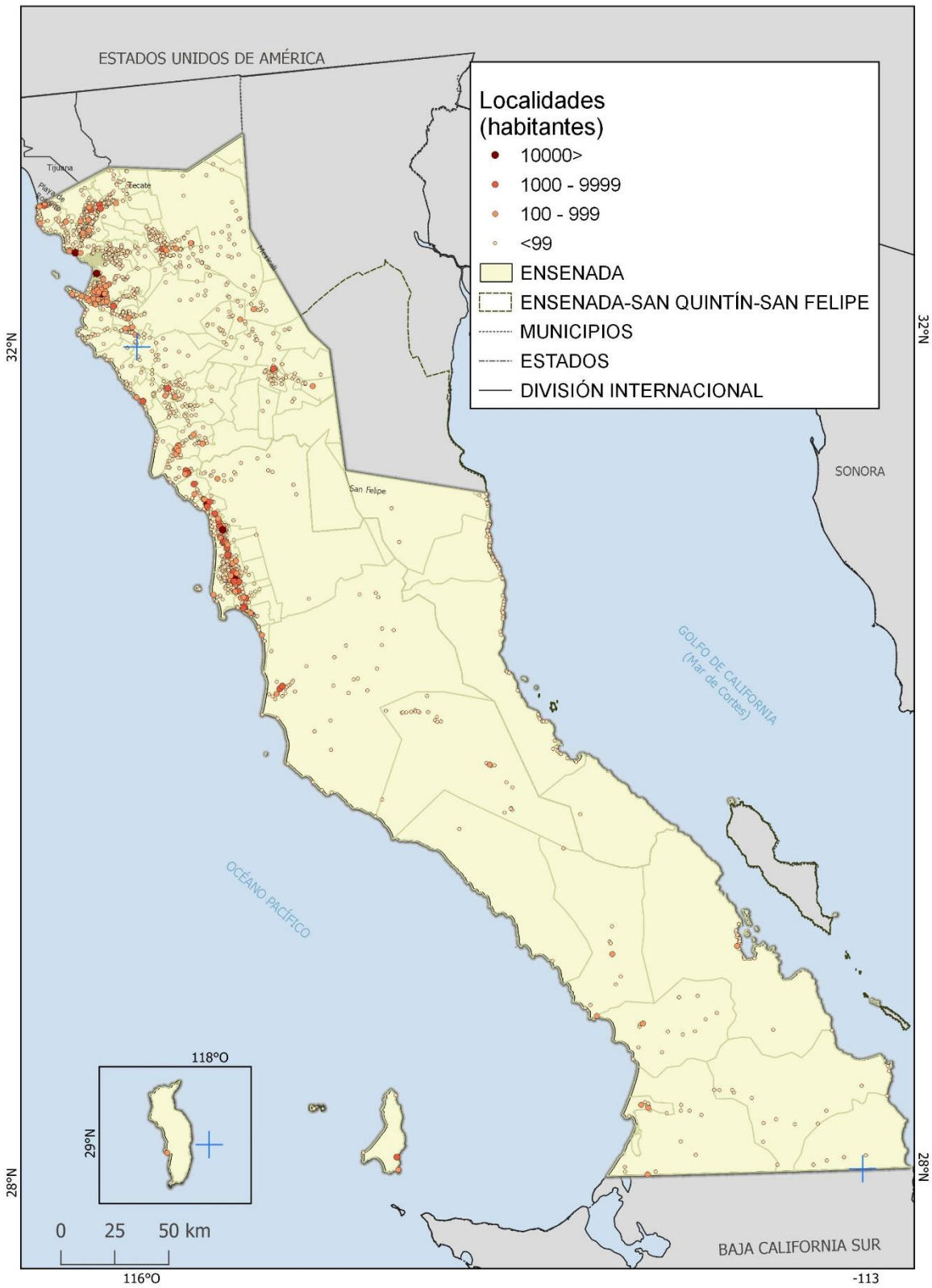
Habitantes	Localidades	
1-99	2,084	1656 localidades con <9 habitantes
		55 localidades con >50 habitantes
100-999	102	
1,000 – 9,999	37	
10,000 >	6	

Fuente: elaboración propia con base en INEGI, Iter, 2020.

Desde el año 2000, la población del municipio se ha mantenido relativamente estable en comparación con el total de población total del Estado, sin embargo, dentro del municipio, para el 2020 la tasa de crecimiento de acuerdo con el Cuadro 2.B es de aproximadamente el 1.86%.

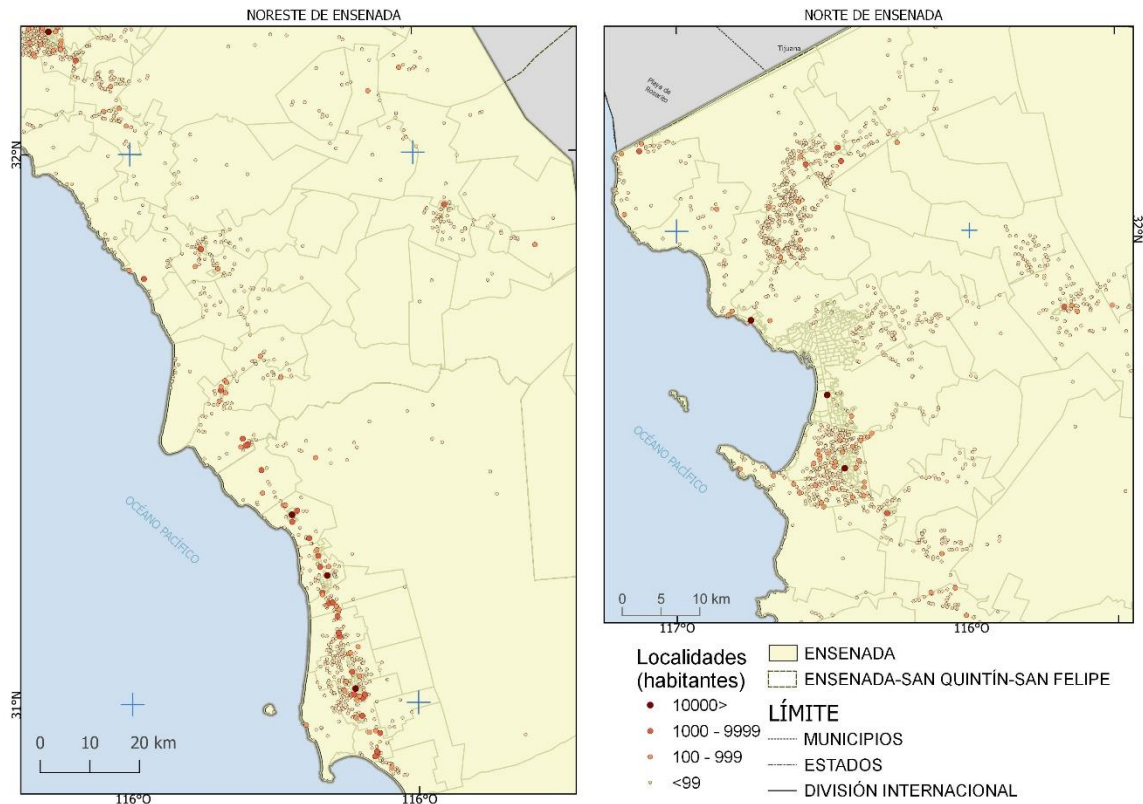
¹En el ITER 2020 de INEGI ya se incluye a San Quintín como un municipio, sin embargo, sigue el proceso de reconocimiento de este. Por lo tanto, se suma la población del municipio de Ensenada y San Quintín.

Figura 2.11.A. Localidades de la zona de estudio, 2020



FUNTE_ ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN INEGI 2020, CONAPO 2020

Figura 2.11.B. Localidades de la zona de estudio, 2020



Fuente: elaboración propia con base en INEGI 2020.

Cuadro 2.B. Ensenada: evolución de la cantidad de población y proporción con el Estado. 2000- 2020

Año	Población Estatal (hab.)	Población municipal (hab.)	Porcentaje (%)
2000	2,487,367	370,730	14.9
2010	3,155,070	466,814	14.79
2020	3,769,020	561,375	14.86

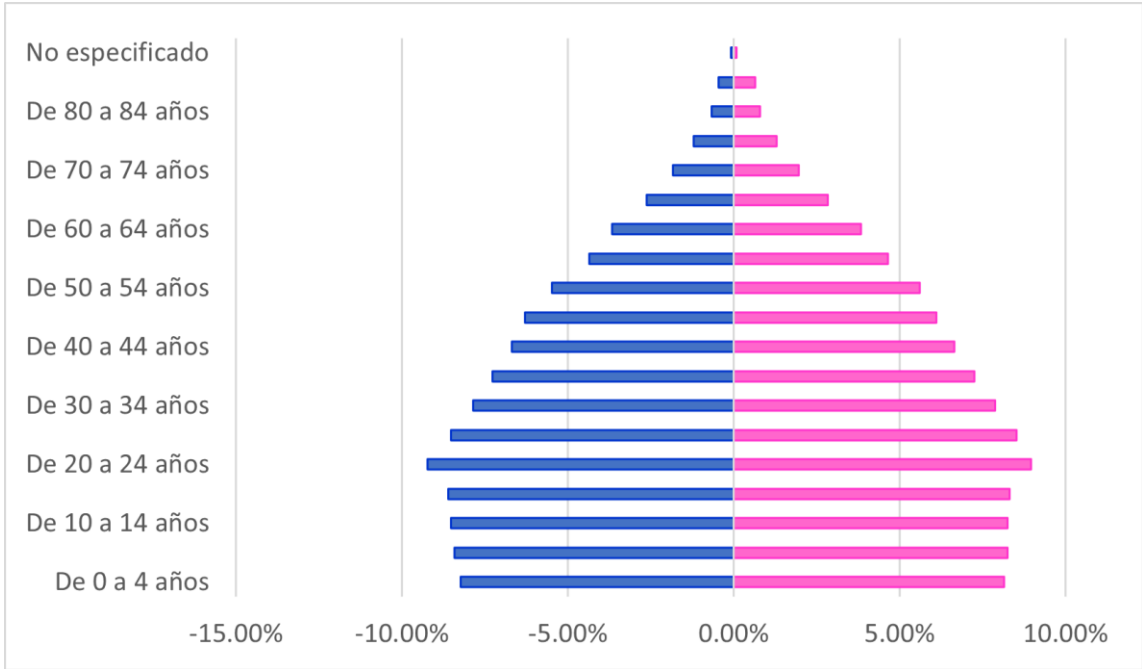
Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda, 2000, 2010 y 2020.

Según INEGI, en la encuesta censal del 2020, se registró que el 50.07% de la población son hombres mientras que el 49.93% son mujeres (Figura 2.12). En cuanto a la edad de la población, suele presentarse un comportamiento predominante de la población joven-adulta entre 20-24 años, con una diferencia del menos del 1.0% con el resto de los grupos de jóvenes a niños. (INEGI, 2020).

En la encuesta intercensal del 2015, elaborada por INEGI, se obtuvo que el 97% de la población es nativa y el 1.3% tiene registro en otro país, mientras que el censo de población del 2020 arrojó que actualmente solo el 59.89% de la población es nativa; 37.65% es extranjera, de los cuales el 1.83% proviene de Estados Unidos de América.

La presencia de la población hablante de lengua indígena representa el 5.16% de la población total del municipio; y el 2.14% afrodescendiente. Dentro de la población de 3 años y más, se detectó que el 5.09% habla alguna lengua indígena, de estos el 2.35% no hablan español (INEGI, 2020)

Figura 2.12. Ensenada: estructura de la población, 2020



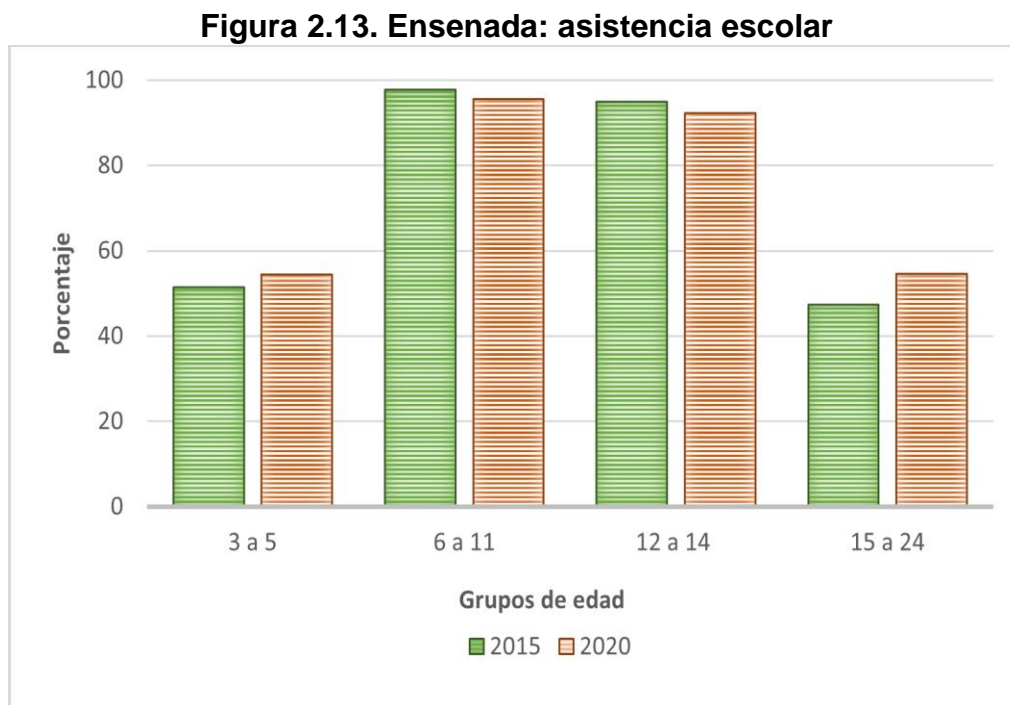
Fuente: elaboración propia con base en INEGI, 2020.

2.3.2. Condiciones sociales

a. Educación

Según INEGI en la encuesta intercensal del 2015, arrojaba un total de 356,142 habitantes en edad de 15 años o más, de los cuales el 3.6% era analfabeta y un 0.5% no especificado; para el 2020 la población es de 380,891 habitantes, por lo que representan el 75% de la población total, mientras que la población analfabeta disminuyó al 2.55%. Para el 2020, con respecto al 2015, en los grupos de edad de 3 a 5 y 15 a 24 años se observa un aumento en la asistencia escolar, mientras que los grupos de 6 a 11 y 12 a 14 disminuyen en promedio un 3% la asistencia. (Figura 2.13). Por grupos de edad, se detectó que, del grupo de 3-5 años el 54.5% asiste a la escuela, de 6-11 años asiste el 95.5%, dentro del grupo de 12-14 años el 92.3%; y, el grupo de 15-24 años, solo asiste el 54.5% a la escuela.

Dentro del grupo de edad de 15 y más, se obtuvo, según datos del INEGI que cerca del 78.45% de la población cuenta con la secundaria terminada; mientras que el 33.49% tiene una educación pos-básica.



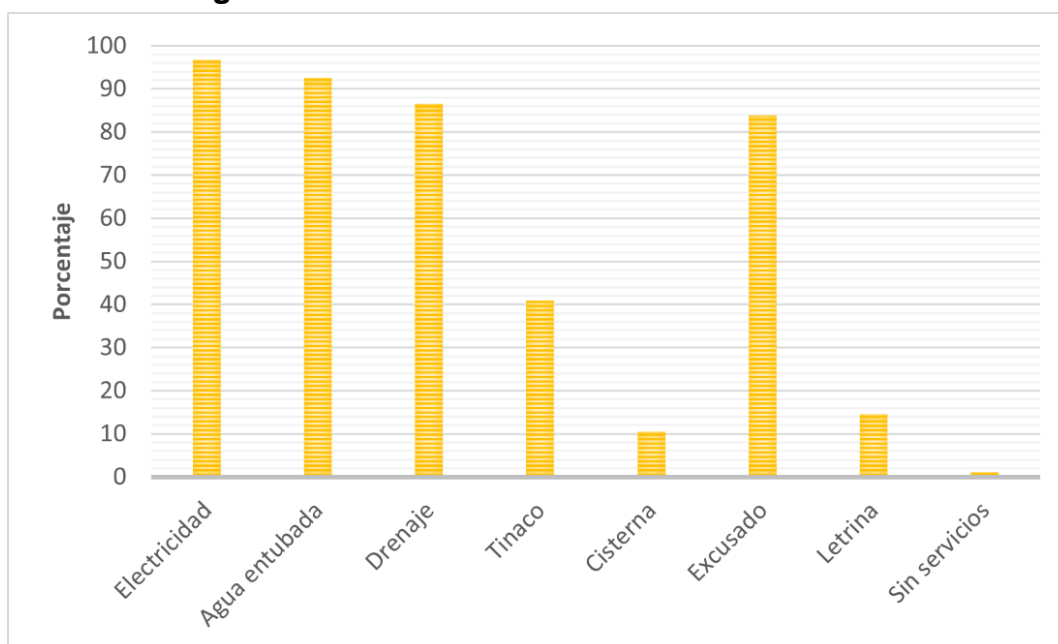
Fuente: elaboración propia con base en el Panorama Sociodemográfico de Baja California, 2015, 2020.

b. Vivienda y servicios

Durante el censo de población y vivienda de INEGI 2020, se registraron 216,427 viviendas, de las cuales el 79.7% particulares habitados, el 11.0% viviendas desocupadas y el 7.1% viviendas de uso temporal. El promedio estimado de ocupantes en viviendas particulares es de aproximadamente 3.23%.

Para infraestructura del hogar se obtuvo que el 96.9% de las casas cuentan con un piso de cemento firme, mosaico, madera u otro tipo de materiales, mientras que el 2.3% tienen piso de tierra; de estas mismas se tiene que 9.7% cuentan con un solo cuarto; 16.8% tienen dos cuartos y el 72.6% cuentan con 3 o más cuartos. Mientras que los servicios en la vivienda se reparten de la siguiente manera: el 83.2% de las viviendas particulares cuentan con al menos tres de los servicios (Figura 2.14).

Figura 2.14. Ensenada: distribución de servicios

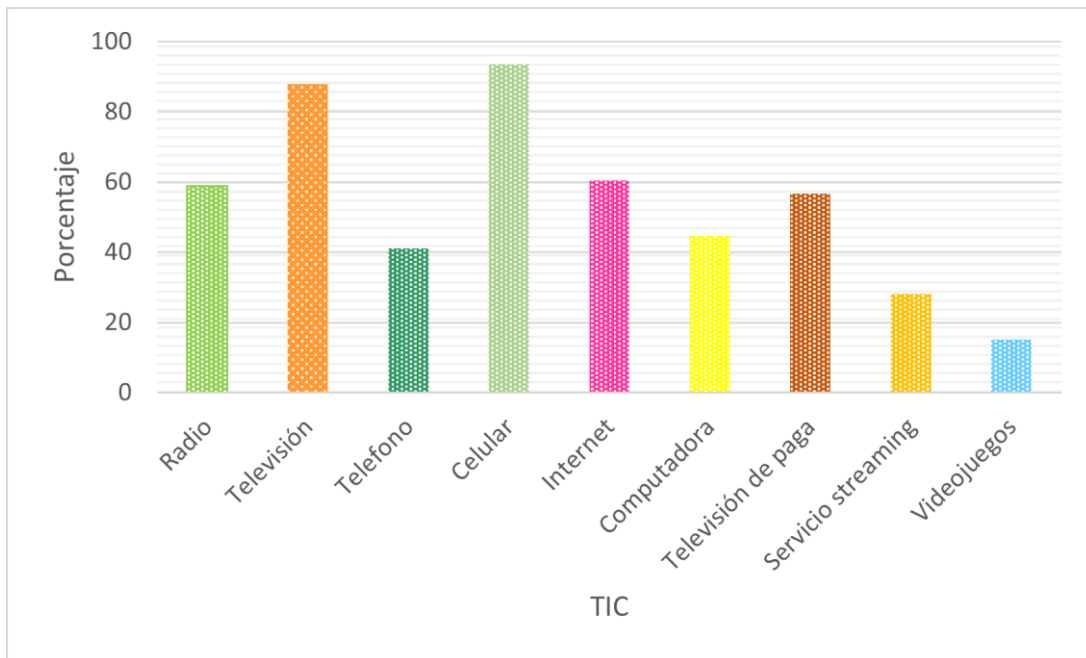


Fuente: elaboración propia con base en el Censo de Población y Vivienda, Baja California, 2020.

Con base a INEGI, 2020, para los bienes tangibles se reportó que el 51.5% de la población cuenta con horno de microondas; 75.6% con lavadora; 88.3% con refrigerador; 69.6% cuentan con automóvil; 5.1% con motocicletas; 16% con

bicicletas; y, solo el 1.0% no cuenta con ningún tipo de bienes. En la Figura 2.15, se muestra la distribución de las Tecnologías de la Información y la Comunicación por vivienda particular, se destaca que al menos el 93.5% cuentan con teléfono celular a comparación del teléfono fijo que solo registra el 41%, mientras que el 1.3% no cuenta con ninguna TIC.

Figura 2.15. Ensenada: disponibilidad de TIC



Fuente: elaboración propia con base en el censo de población y vivienda, 2020.

c. Condiciones de salud en mortalidad y morbilidad

De acuerdo con el Diagnóstico de Salud, realizado por el ayuntamiento de Ensenada en el 2017, la morbilidad que presenta la población, va de acuerdo con el patron epidemiológico nacional, siendo las infecciones respiratorias agudas, infecciones gastrointestinales, la hipertension arterial, enfermedades de transimison sexual y la diabetes mellitus las de mayor presencia, representando en conjunto el 97.08% del total de morbilidad del municipio, el restante 2.9% se distribuye en accidentes, y enfermedades como la tuberculosis pulmonar, desnutrición, influenza,

cáncer de mamá, VIH, sida, cáncer cervicouterino, parálisis flácida aguda, enfermedad febril exantemática, rickettsiosis, brucelosis, tosferina, cisticercosis.

La mortalidad, en 2019, sigue el comportamiento nacional, siendo la Diabetes Mellitus la causa principal de muertes con un 30.8%, seguida de los accidentes con un 24.19%, enfermedades isquémicas del corazón con 14.8%, y la interrupción de la circulación materno fetal con 13.16%, representando un total de 83.03% del total de defunciones; en el restante 16.97% se encuentran como las enfermedades de VIH-sida, tuberculosis pulmonar, cáncer de mama y cervicouterino, infección respiratoria aguda, influenza, enfermedad diarreica aguda, hemorragia obstétrica, complicaciones de la hipertensión arterial y la rickettsiosis, siendo el restante 16.97% de causas de defunciones (Ayuntamiento de Ensenada, 2017). Según datos de INEGI en los últimos tres años se registraron 13,255 defunciones, de las cuales 8,269 fueron hombres y 4,973 mujeres (cuadro 2.C) (INEGI,2020)

Cuadro 2.C. Mortalidad últimos 3 años

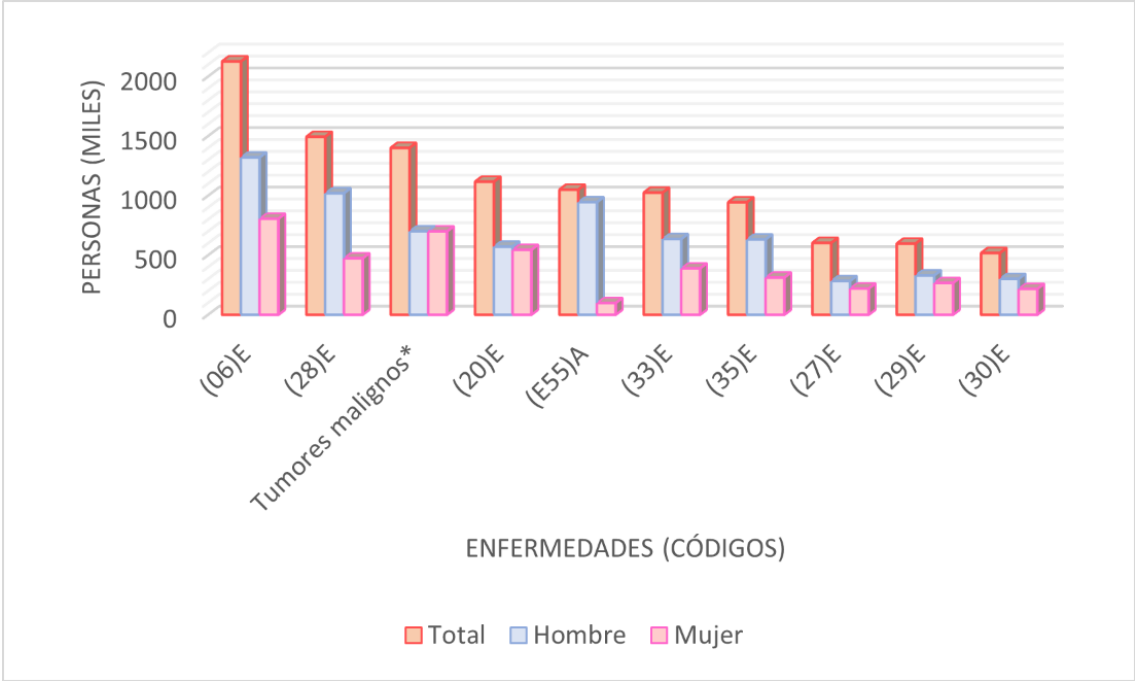
Año	Defunciones		
	Total	Hombres	Mujeres
2019	3,393	2,117	1 270
2020	4,853	3,012	1 838
2021	5,009	3,140	1 865

Fuente: elaboración propia con base en INEGI. Estadísticas de mortalidad 2021.

Las morbilidades se encuentran identificadas con un código que denomina INEGI; y dentro de las principales defunciones por morbilidades destacan, las enfermedades víricas con el código (06), enfermedades isquémicas del corazón (28), tumores malignos (en órganos digestivos, huesos, en cartílagos articulares, en el tejido conjuntivo, de la piel y de la mama, en órganos genitourinarios, órganos

respiratorios e intratorácicos, en el tejido linfático, en los órganos hematopoyéticos y tejidos afines, del labio, de la cavidad bucal y de la faringe, de comportamiento incierto o desconocido, de otros sitios y, no especificados), enfermedades endocrinas y metabólicas (20), otras enfermedades del aparato respiratorio (33), enfermedades de otras partes del aparato digestivo (35), enfermedades hipertensivas (27), enfermedades de circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón (29), enfermedades cerebrovasculares (30), también se contemplan las agresiones (E55), con más de 500 defunciones (Figura 2.16; INEGI, 2021).

Figura 2.16. Ensenada: defunciones por principales morbilidades



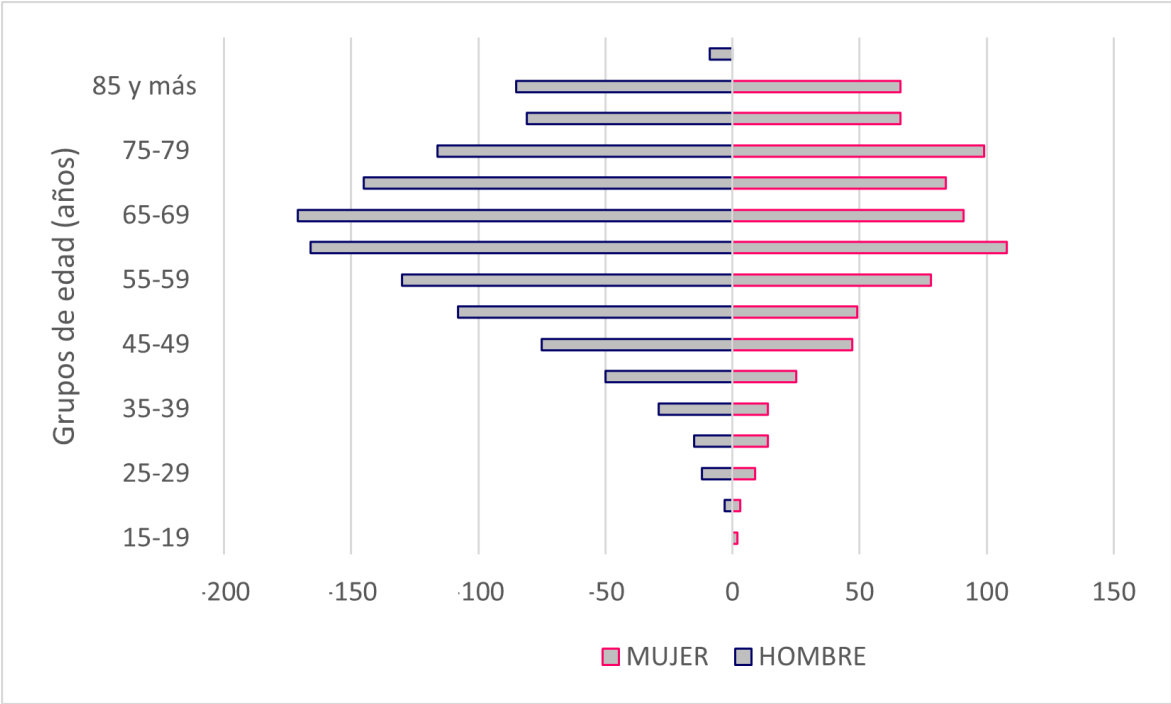
Fuente: elaboración propia con base en INEGI 2020.

c. Emergencia Sanitaria COVID-19

Cabe destacar que, dentro de las enfermedades víricas, se contempla el nuevo virus de COVID-19, INEGI (2020) a través de sus estadísticas de mortalidad, muestra que en el estado de Baja California en los últimos dos años, las defunciones alcanzaron los 13,208 casos, de los cuales Ensenada ocupa el tercer con el 14.79% de estos (Figura 2.17); En la gráfica se observa que el sexo masculino es en donde

existe la mayor cantidad de defunciones, y con alrededor de 836 casos, sobresalen los grupos de edad entre los 50 a los 79 años. Según el Plan Municipal al cierre del 2021 se confirmaron cerca de 7,000 casos activos, ante esta emergencia sanitaria, el gobierno ha tomado diversas medidas sanitarias, realizando conferencias diarias, promoción de trabajo en casa, diversas medidas preventivas como el gel antibacterial, uso de cubrebocas, campañas de sana distancia, protocolos de sanidad un semáforo de riesgo epidemiológico estatal, entregas de apoyos alimenticios y equipos de limpieza, (Plan Municipal,2021:77)

Figura 2.17. Ensenada: defunciones por grupo de edad y sexo, por Covid-19



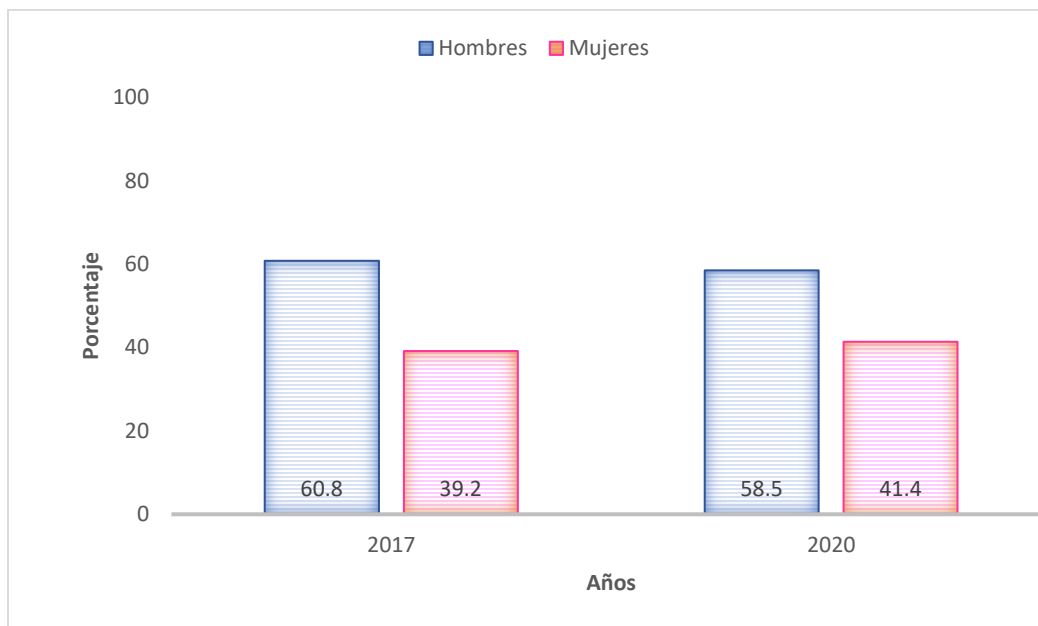
Fuente: elaboración propia con base en INEGI, 2020. Estadísticas de mortalidad

2.3.3. Condiciones económicas

El INEGI, en 2017, mostró que de la población de 12 años y más el 55% se encuentra económicamente activa, mientras que el Censo de Población del 2020 muestra que el 51.79% es parte de la PEA (Figura 2.18), para este año se puede observar un aumento en la población femenina de aproximadamente 2.0%; cabe

mencionar que, según dato de INEGI al menos el 67.4% de los hogares censados tiene como jefes de familia a hombres, mientras que el 32.6% depende de mujeres.

Figura 2.18. Población Económicamente Activa por sexo



Fuente: elaboración propia con base en INEGI, 2020 y Ayuntamiento de Ensenada, 2016.

La población económicamente no activa es de 35.1% dentro de este se calcula que, el 37.9% son estudiantes, 37.9% personas dedicadas al hogar, 13.6% jubilados o pensionados, 2.7% son personas que presentan alguna limitación física o mental que les impide trabajar y el 12.3% realiza otro tipo de actividades no económicas (Banco de indicadores, INEGI, 2020).

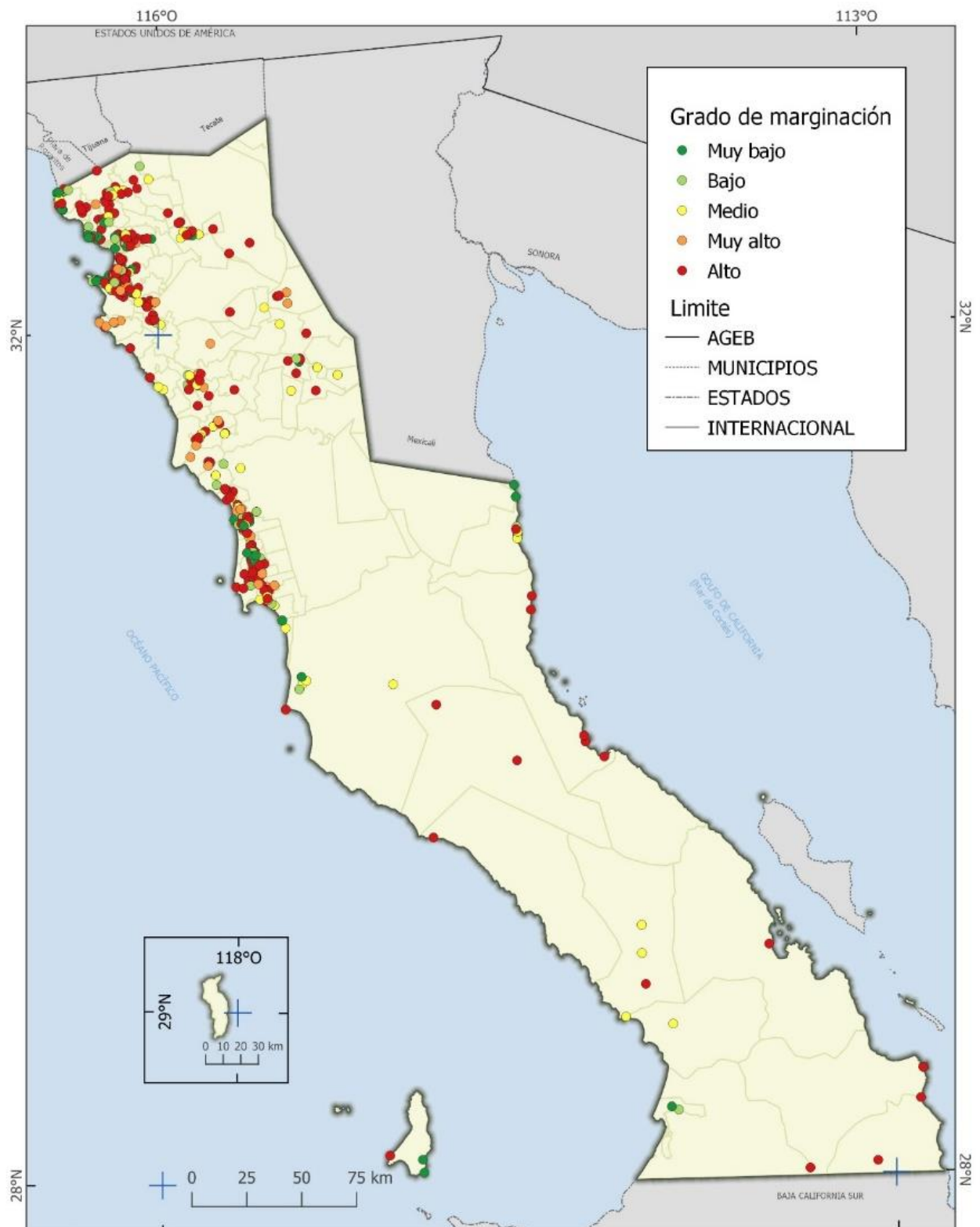
La población ocupada por duración de la jornada de trabajo 1,636,098, de los cuales, 984,694 hombres y 651,404 mujeres. Por lo tanto, para este trimestre, se obtuvo que el 36.9% de la población era económicamente no activa y el 63.1% población económicamente activa, dentro de la cual el 97.1% era ocupada y el 2.9% desocupada, en el 2020, INEGI muestra que la población ocupada con respecto a la población total es de 98.71%, mientras que el 1.28% esta desocupada (INEGI, 2020).

En el 2015, Ensenada presentaba un bajo grado de marginación, sin embargo, ocupaba el primer lugar a nivel estatal. De la población total , dentro del grupo de 15 años y más, se encuentra que el 3.58% es población analfabeta y el 14.67% no cuenta con la primaria terminada: 40% son ocupantes de viviendas sin drenaje o excusado, 0.99% son viviendas sin energía eléctrica; 8.10% viviendas sin agua entubada; 22.57% son viviendas con algún nivel de hacinamiento; 1.28% son viviendas con piso de tierra; la población que habita en localidades con menos de 500 habitantes es de 22.86%, mientras que la población ocupada con ingresos de hasta dos salarios mínimos es del 26.63%; solo el 50.91% cuenta con automóvil o camioneta propia (CONAPO, 2015). El Censo de población y vivienda del 2020, arrojó otros valores, para obtenerlos se realizó la suma del total de población de San Quintín y Ensenada. Dentro de la población de 15 y más, el 2.55% de las personas, aproximadamente, son analfabetas, el 9.24% solo cuenta con estudios de primaria; 10.15% no cuenta con drenaje, mientras que aproximadamente el 31.8% no cuenta son excusado o sanitario; el 1.99% no cuenta con energía eléctrica; 1.83% son viviendas con piso de tierra.

Basados en los indicadores sociodemográficos del 2020 que muestra INEGI, el grado de marginación de las localidades está dividido en 5 niveles la estimación de CONAPO 2020, arroja que 336 localidades se encuentran en el rango de muy bajo; 146 en bajo, 91, en medio, 78 en alto y 37 en muy alto, en la Figura 2.20, se presenta una comparación con la información obtenida en el año 2010 y 2020. (CONAPO, 2020.)

De Acuerdo con el Plan Municipal de Desarrollo en el 2020 se registró que el Municipio de Ensenada existen 98,615 personas se encuentran en situación de pobreza, de las cuales el 89,487 con pobreza moderada y 9,127 con pobreza extrema (Plan Municipal de Desarrollo, 2021: 74).

Figura 2.20.A Ensenada: Grado de marginación 2010 y 2020



ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN INEGI 2020, CONABIO 2010

Figura 2.20.B Ensenada: Grado de marginación 2010 y 2020

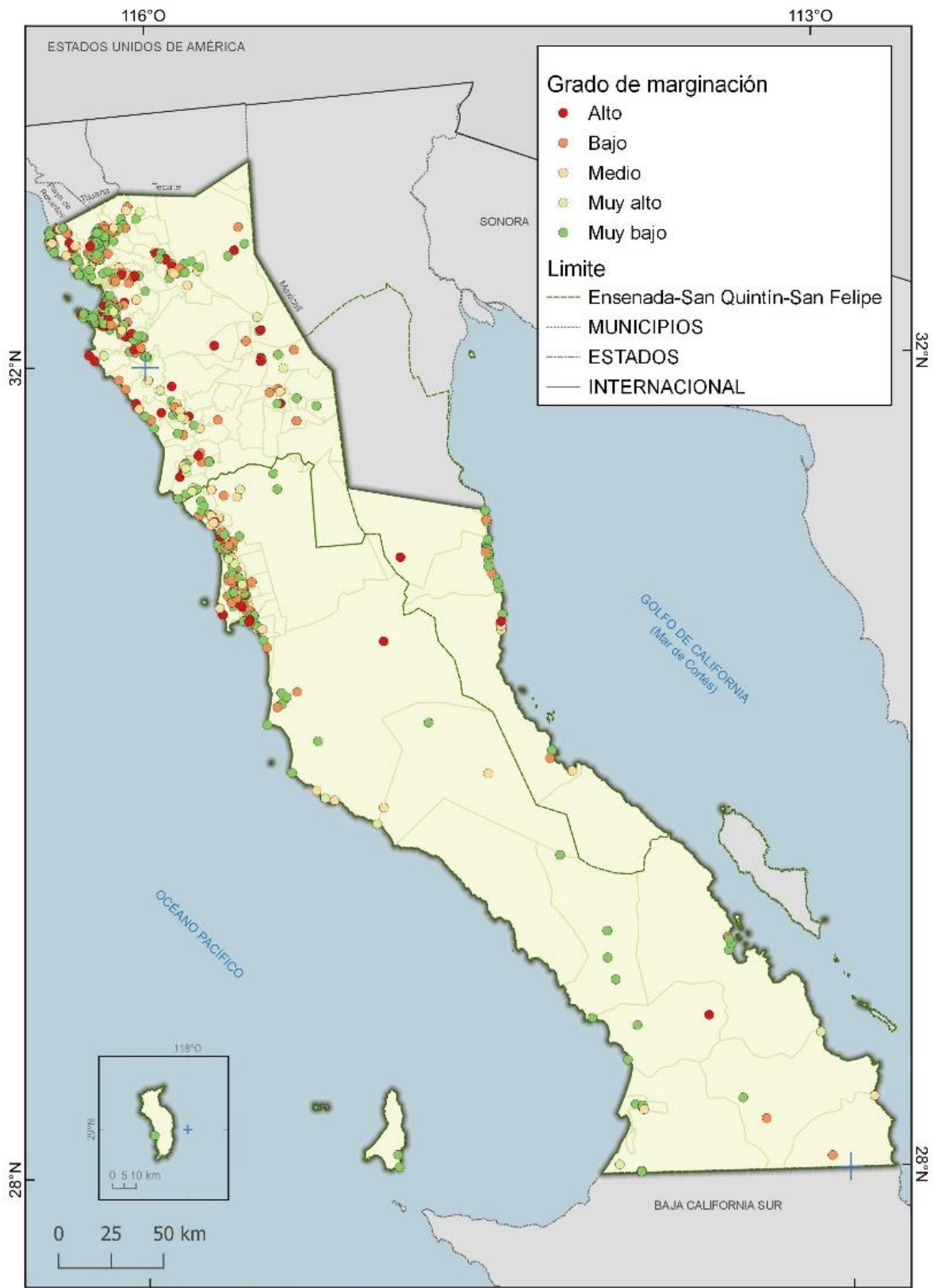
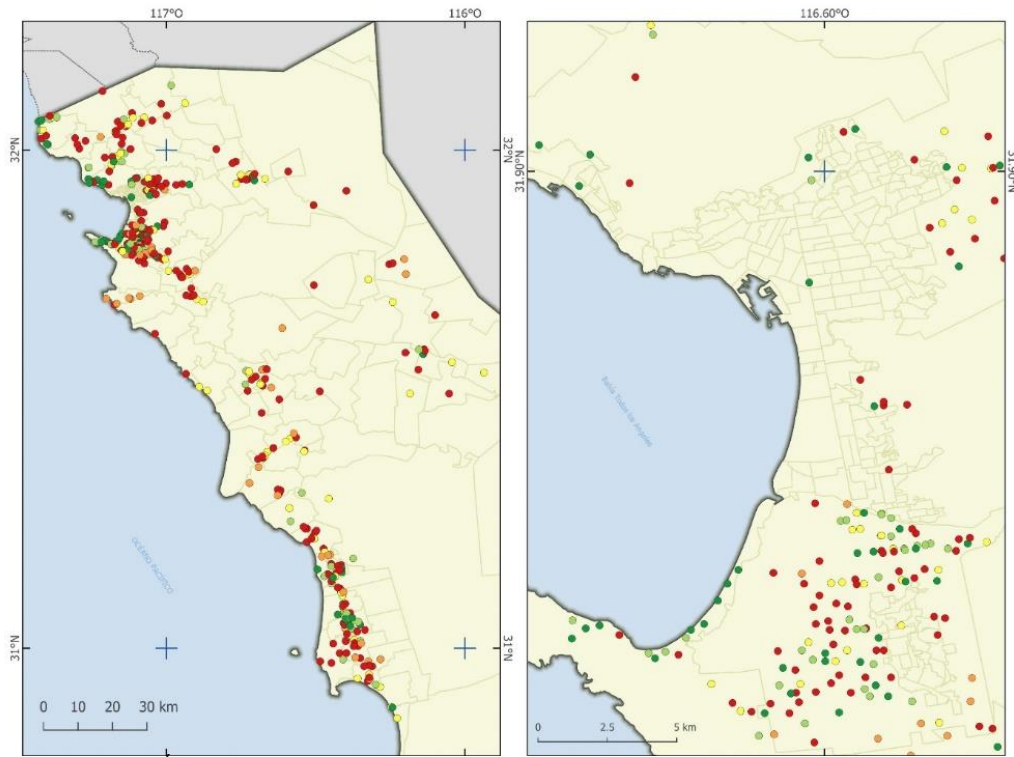
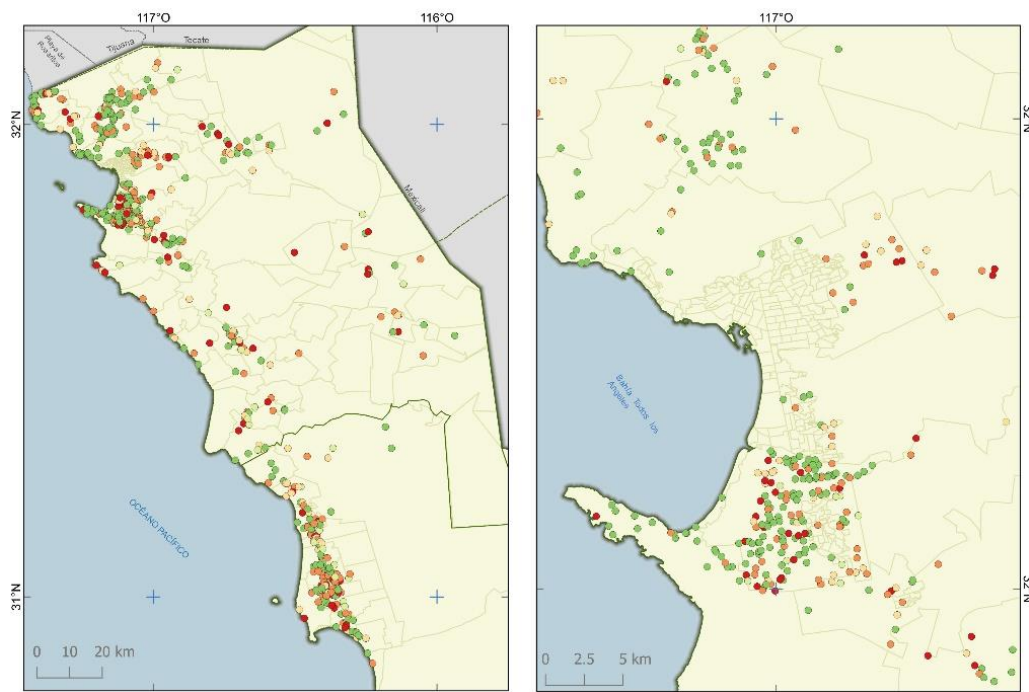


Figura 2.20.C. Ensenada: Grado de marginación 2010 y 2020



ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN INEGI 2020, CONABIO 2010



ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN INEGI 2020, CONAPO 2020

2.4. Programas gubernamentales del desarrollo de salud

A continuación, se presentan los programas que se trabajaron con un enfoque en temas de salud, así como mejoras de transporte y vialidades, ya que representan una relación importante para la población.

En cada gobierno, se deben crear propuestas para mejorar la calidad de los servicios públicos que se brindan, esto se hace a través de los programas. El actual gobierno del ayuntamiento de Ensenada desde su ingreso en el 2021 ratificó el apoyo a programas ya existentes para fortalecer los núcleos familiares, como se menciona a continuación.

En 2016, se crearon programas para contrarrestar la obesidad infantil, promoviendo las bases nutricionales y llevando a las escuelas primarias pláticas sobre nutrición, metabolismo y activación física. Y también programas como “Pésate o te pesará” y “Crece Sano, Vive Sano” donde se capacito y beneficio a aproximadamente 13,361 personas”

De igual modo, se implementaron programas para prevenir la drogadicción a través del programa Cultura de Prevención de Adicciones, con el cual se beneficiaron 23,062 personas, siendo en su mayoría, adolescentes.

Como forma de prevención de enfermedades degenerativas, de transmisión sexual y otras de gran peso en la sociedad se realizan campañas de: Prevención del Diabetes e Hipertensión beneficiando a 980 personas; Detección oportuna de Cáncer Cérvico – Uterino y de Mama beneficiando 445 mujeres de la población en general y a 522 meretrices; y, Detección de VIH y sífilis beneficiando a 400 personas.

Otro programa fue “Programa de Control de Meretrices Sanas” con el objetivo de prevenir y disminuir el índice de enfermedades de transmisión sexual, donde se realizaron 12,316 consultas y exámenes de laboratorio, dentro del mismo se realizan visitas e inspecciones a bares, para la realización de Operativos Sanitarios

Para un mejor desarrollo de poblaciones vulnerables se crea el programa “Plan de Mejoramiento Urbano y Apoyo a las Familias”, que constó en los últimos años de

ferias de servicio denominadas “Ensenada en tu Colonia”, poniendo al alcance en más de 50 colonias tramites, asesorías y apoyos sociales, de los cuales se beneficiaron a aproximadamente 8,053 ciudadanos, dentro de las ferias se contaba con el apoyo de dependencias municipales como el DIF, servicios médicos, grupos vulnerables, registro civil, casa de la cultura, protección civil, servicios públicos, asuntos jurídicos, ecología, injuvenus, inmudere e inmujere.

Uno de los programas que se destaca es el “Taxi DIF” con el propósito de generar una inclusión de las personas con discapacidad y movilidad reducida, logrando 5,500 traslados con aproximadamente, 1,800 personas beneficiadas.

Se creo el programa “Apoyo en Transporte”, el cual consta de otorgar credenciales de discapacidad, con las cuales, los usuarios se ven beneficiados con descuentos, de igual modo se otorgan tarjetones para uso de cajones para personas con discapacidad (Ayuntamiento de Ensenada, 2016).

Ante la Emergencia Sanitaria, el Ayuntamiento de Ensenada, elaboró un “Plan Municipal de Atención a la Emergencia Sanitaria COVID-19” desde el 31 de marzo del 2020, para tener informador a los habitantes sobre las labores que se estaban realizando. Se llevó a cabo, por la dependencia de Bienestar Social, jornadas casa por casa, la entrega de apoyos, tanto alimentario como de kits de limpieza en colonias vulnerables.

Se realizaron protocolos de Lineamientos Técnicos de Seguridad Sanitaria por Covid-19, en el entorno laboral, para estancia infantiles, y se desarrolló el programa “Clean&Safe” para centros de hospedaje, trasportes turísticos, restaurantes y eventos sociales. El sistema de vacunación cubrió a más del 80% de la población y actualmente aún se proporcionan refuerzos a mayores de 40 y adultos mayores.

En el caso de animales de compañía se realizaron campañas de vacunación y esterilización, igual que la promoción de adopción de animalitos, logrando encontrar casa para al menos 228 caninos (Plan Municipal de Desarrollo, 2021: 77-78).

3. Condiciones socioterritoriales de la cobertura y accesibilidad en el municipio de Ensenada.

En los siguientes apartados se analizan la distribución y cobertura de los servicios de salud en el área de estudio, para detectar si existe una deficiencia en cuanto a la asignación, disponibilidad espacial y prestación de los servicios.

Los servicios de salud son elementos importantes para el bienestar de la población, sin embargo, existen diversos factores que, como menciona Garrocho (1995:49) afectan su disponibilidad, calidad y eficiencia. Entre estos destaca: 1) la jurisdicción, refiriéndose a las diferencias cualitativas y cuantitativas de la provisión de los servicios según las áreas político-administrativas, por lo tanto, las áreas con mayor ingreso ofrecerán más y mejores servicios; 2) la accesibilidad, como lo dice la “Teoría de los Lugares Centrales”, de Christaller, se le conoce como *centralidad*, a la ciudad que provee de bienes y servicios a la región circundante, destacando el concepto de “*población umbral*”, refiriéndose a la población mínima para establecer el servicio, y el concepto de “*alcance*”, como la distancia máxima que los consumidores están dispuestos recorrer para adquirir o recibirlo (Garrocho, 2003: 219); entonces, los servicios médicos se establecen en donde existe una mayor afluencia de población para obtener un máximo de utilización, sin embargo, incluso cuando los servicios se brindan de forma gratuita, existen los costos tangibles e intangibles que implica el traslado al servicio, lo que dificulta la accesibilidad para los consumidores, en especial para los que se encuentran a mayor distancia o con mayor desigualdad económica.

Aun cuando la utilidad de los servicios sea eficiente, existe otro problema que es la cobertura de la población usuaria, puesto que, aunque cuenten con derechohabencia no existe la seguridad de ser atendido, para esto, es necesario conocer si existe el equipamiento y recursos necesario para brindar el servicio a los que lo demanden.

3.1. Estrategias metodológicas

A continuación, se estudiará la accesibilidad a los servicios de salud a través de la representación espacial, de las diversas unidades y servicios médicos midiendo la distancia entre estas y con respecto a las localidades y en conjunto, determinar si existen limitaciones de accesibilidad. Para lograr la representación de los diversos datos utilizados se optó por usar las unidades de AGEB, ya que, al ser un territorio extenso, surgía una complicación de visualización. De igual modo, se llevará a cabo una representación espacial sobre la cobertura de los servicios de salud en el municipio por institución, y personas derechohabientes, así como un análisis de los recursos de los diversos prestadores de servicios, con base en la metodología establecida por Laurell y Ruiz, (1996: 69) con el cual se estima la cobertura en función de los recursos existentes permitiendo tener una medida precisa de la disponibilidad de los distintos servicios, que permitirán identificar si hay deficiencias y/o carencias de recursos en el sistema de salud al momento de prestar sus servicios

Como se mencionó anteriormente, para lograr un análisis de la cobertura de los servicios en el área de estudio, se optó por usar la metodología propuesta por Laurell y Ruiz (1996 :69), que permite obtener un índice de cobertura hipotética y una cobertura real, para realizar el proceso se requieren de los indicadores que se muestran en el Cuadro 3.A.

Cuadro 3.A. Indicadores para medir la

- Población cubierta y población total
- Servicios prestados: consultas, hospitalización e intervenciones quirúrgicas.
- Recursos materiales: consultorios, camas y quirófanos.
- Recursos humanos: médicos y enfermeras en contacto directo con el paciente.

Fuente: elaboración propia con base en Laurell y Ruiz, 1996.

3.1.1. Cobertura hipotética

Es la cobertura que permite identificar a la población que podría cubrirse con los recursos existentes, calculado para obtener las consultas, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas con base en el número de consultorios, camas y quirófanos; y para los recursos humanos con base a la población asegurada y total.

a. Consultas

Para este apartado se tomó en cuenta que un consultorio en promedio realiza 3.5 consultas en una hora (estimando en promedio una duración de 17 minutos por consulta), con jornadas de 12 horas diarias, laborando 250 al año, se calcula que puede dar 10, 500 consultas al año. Laurell y Ruiz, toman en cuenta que un paciente demanda 2.65 consultas al año, por lo que cada consultorio podría cubrir sin dificultad a 3, 500 personas.

De acuerdo con lo anterior, establecen la siguiente fórmula para obtener el porcentaje de población que hipotéticamente podría cubrirse, según los consultorios existentes:

$$\text{Cobertura hipotética} = \left(\frac{\text{consultorios} * 3500}{\text{Población}} \right) * 100$$

b. Hospitalización

La cobertura para las hospitalizaciones la calcularon con base en una ocupación del 85% durante 365 días, clasificándola de acuerdo con su capacidad resolutive en:

- a) Hospitalización general comprendiendo 0.252 camas por cada mil usuarios
- b) Hospitalización más especializada con 0.363

$$\text{Cobertura hipotética de hospitalización general} = \left(\frac{(\text{camas} * 1000)}{(0.252 * \text{Población})} \right) * 100$$

$$\text{Cobertura hipotética de hospitalización más especializada} = \left(\frac{(\text{camas} * 1000)}{(0.363 * \text{Población})} \right) * 100$$

Para obtener la hospitalización general se consideraron el número de camas totales, las que se encuentran en las áreas de medicina general, urgencias y recuperación de cirugías ambulatorias; para la hospitalización más especializada, se contaron las camas disponibles para el resto de especialidades, camas de aislado, medicina general, angiología, cardiología, cirugía general, cirugía reconstructiva, gastroenterología, geriatría, gineco-obstetricia, hematología, infectología, medicina interna, nefrología, neumología, neurología, oftalmología, oncología, ortopedia, otorrinolaringología, pediatría, proctología, psiquiatría, reumatología, urología, traumatología camas de otras especialidades en área de hospitalización, recuperación postquirúrgica, unidad de cuidados intensivos (incluye pediátricas y adulto), unidad de cuidados intermedios (incluye pediátricas y adulto), cuidados coronarios, área de radioterapia (incluye teleterapia y braquiterapia), quimioterapia aplicación hospitalizada, quemados, en la unidad de trasplante de médula ósea, de observación en área de curaciones, área de labor de parto, recuperación postparto.

c. Recursos humanos

En esta cobertura hipotética, se tomó como patrón de referencia la cantidad de personas aseguradas por tipo de recurso. Solo se tomaron en cuenta los recursos que tiene contacto directo con el paciente.

De acuerdo con lo anterior se obtuvo un promedio de 305.1 médicos y 161.71 enfermeras, por lo tanto, la cobertura se calcula de la siguiente manera:

$$\text{Médicos} = \left(\frac{(\text{médicos} * 305.1)}{(\text{Población})} \right) * 100$$

$$\text{Enfermeras} = \left(\frac{(\text{enfermeras} * 161.71)}{(\text{Población})} \right) * 100$$

3.1.2. Cobertura real

Se calcula a partir de los servicios prestados. Para obtenerla se obtuvieron las siguientes constantes, son los asegurados entre el servicio brindado.

Consulta general más especializada = 2.907

Egresos reales = 0.024

Consulta

$$\text{Consulta general más especializada} = \left(\frac{\text{consulta}}{(2.907 * \text{Población})} \right) * 100$$

Hospitalización

$$\text{General} = \left(\frac{(\text{egresos reales})}{(0.024 * \text{Población})} \right) * 100$$

Requerimientos humanos

Estos requerimientos se obtuvieron con base al número de recursos por cada 1000 personas. Las constantes fueron:

Consultorios = 0.387

Médicos = 0.803

Camas hospitalización general = 0.252

Enfermeras = 1.515

Camas especialidades = 0.363

$$\text{Requerimiento} = \text{recurso} - \left(\frac{(k * \text{Población})}{1000} \right)$$

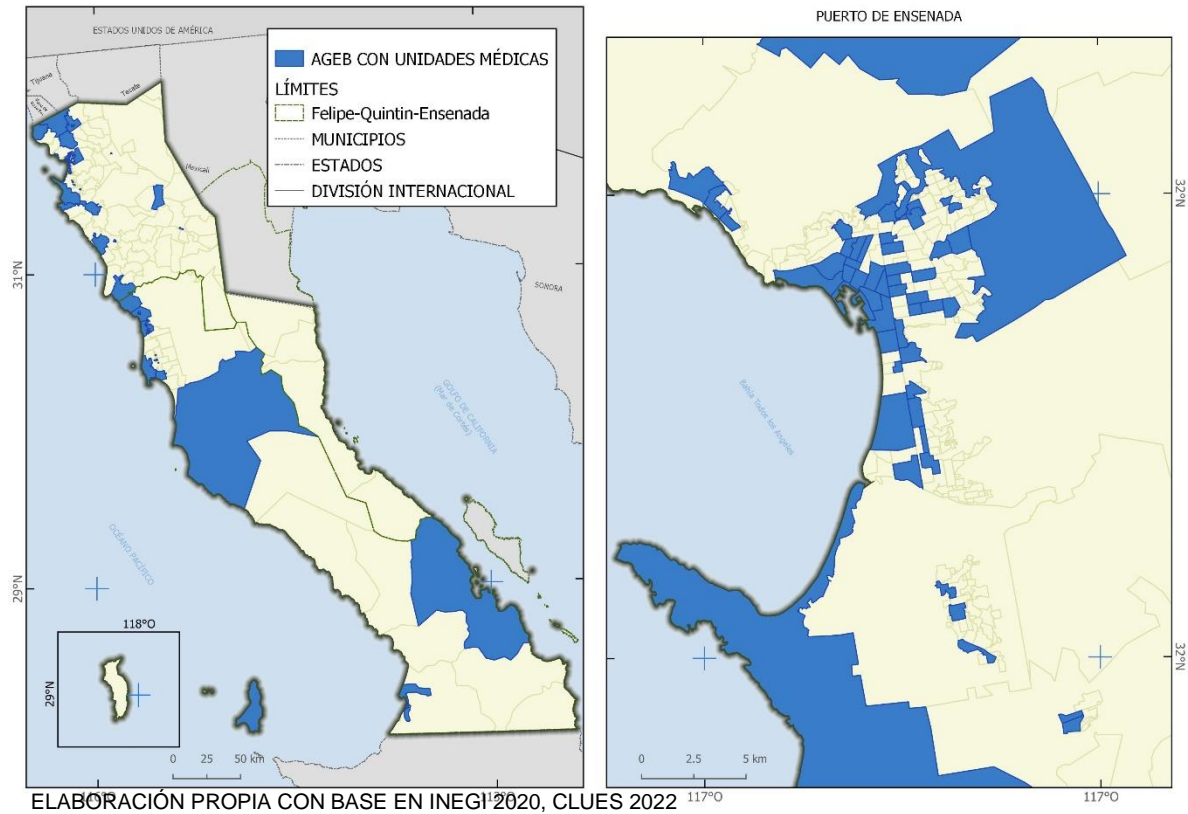
3.2. Accesibilidad

La accesibilidad a los servicios de salud, como se mencionó anteriormente, es de gran importancia para la población. Como lo establece la Organización Mundial de la Salud (2014), para lograr una óptima accesibilidad, debe existir una ausencia de barreras tanto geográficas, sociales culturales y económicas.

Dado que la zona de estudio cuenta con una extensión de aproximadamente 52,510.712 km², y cuenta con 1,709 localidades, según INEGI, 2020, podría existir una diferencia de distancia considerable unas con otras, no es lo mismo encontrarse en un radio de 5 km de la ciudad principal que posiblemente cuente con los mejores servicios, a las localidades que se encuentran al otro extremo del municipio, si tomamos en cuenta que el área de estudio, para un mejor análisis, se representa con las unidades de AGEB, podemos identificar que solo 62 de 551 cuentan con una unidad médica (Figura 3.1).

De acuerdo con la Secretaría de Salud el 2015, establecieron que existían 75 unidades médicas, mientras que para 2022 se registran 153 unidades contemplando públicas (92 unidades) y privadas (61) (Anexo 4), pertenecientes a diversas instituciones distribuidas por el municipio, sin embargo, existe una concentración notoria en la parte norte de este. La SSA, destaca ya que cuenta con un mayor número de clínicas al igual que con una mayor distribución de clínicas. (Cuadro 3.B y Figura 3.2).

Figura 3.1. Municipio y localidad Ensenada: AGEB que cuentan con unidades médicas

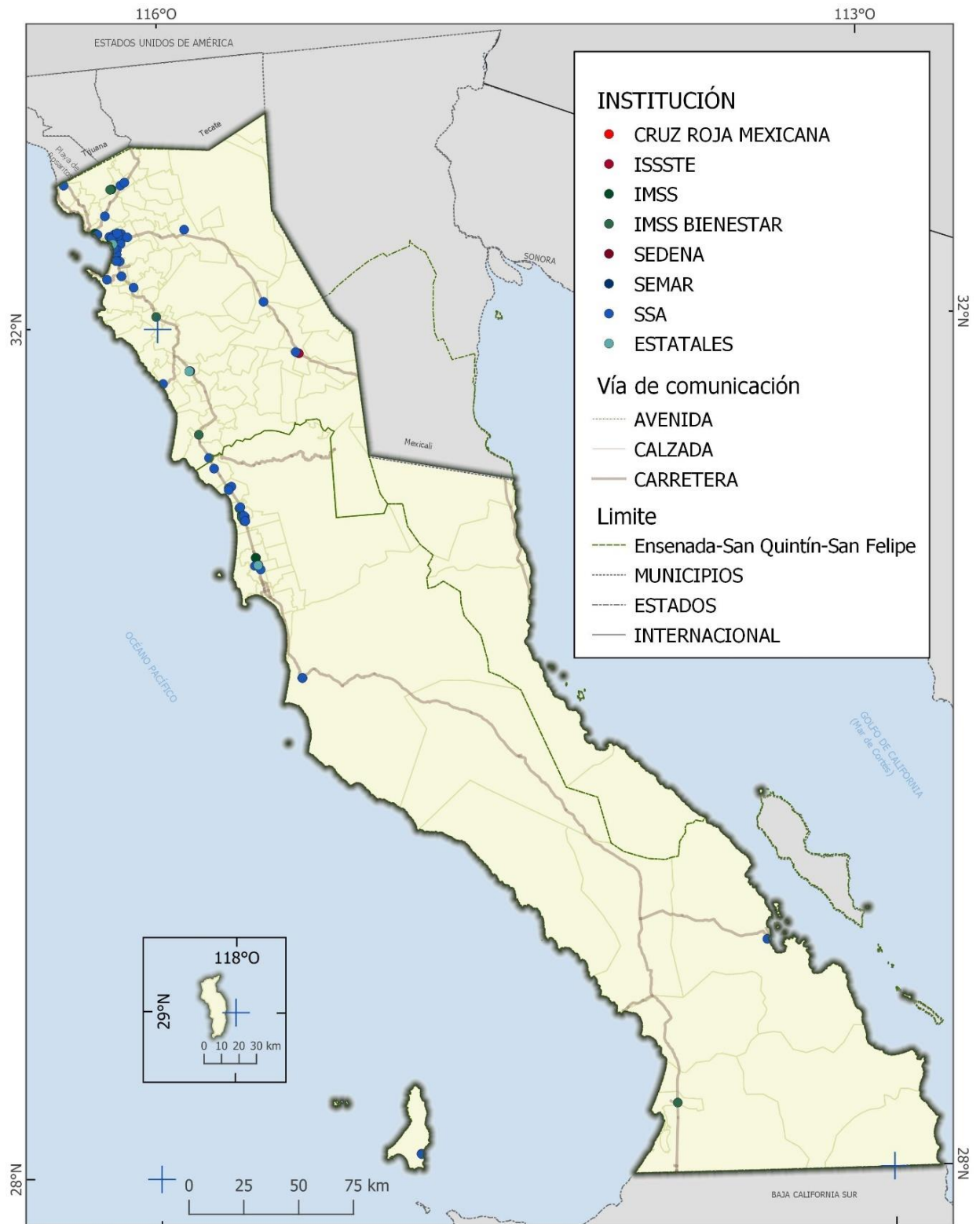


Cuadro 3.B. Número de unidades médicas por institución, 2020

Institución	Unidades	Hospitalización	Consulta	Apoyo
IMSS	8	1	7	---
ISSSTE	6	1	5	---
SSA	60	1	40	19
SEDENA	2	2	---	---
SEMAR	1	1	---	---
ESTATAL	3	1	1	1
IMSS/BIENESTAR	11	1	7	3

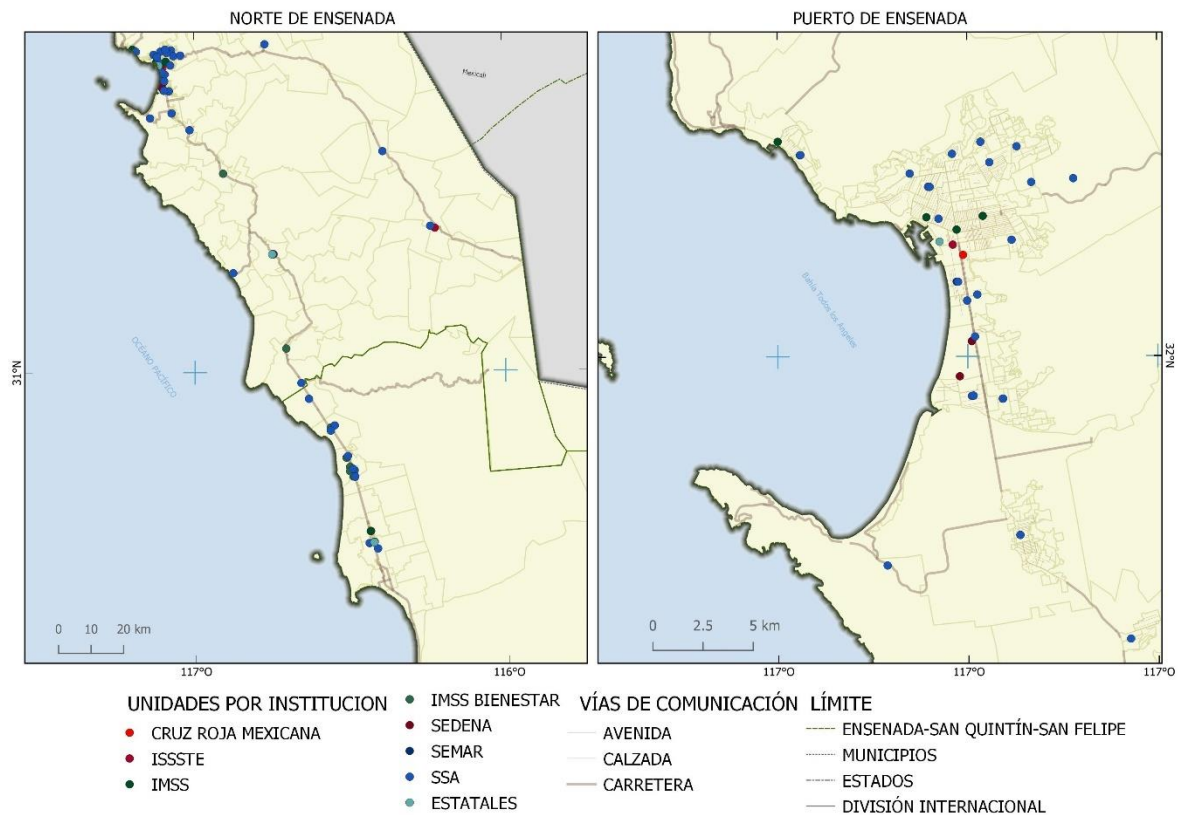
Fuente: elaboración propia con base en CLUES, Secretaría de Salud, julio 2022.

Figura 3.2.A Distribución de unidades médicas por institución



ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN INEGI 2020, CLUES 2022

Figura 3.2.B Distribución de unidades médicas por institución



ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN INEGI 2020, CLUES 2022

Cabe mencionar que existe una división del sector salud según sea público o privado, este, de acuerdo con Dantes y colaboradores, se refiere a las compañías aseguradoras y prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados (Figura 3.3) son de gran importancia, ya que tanto personas no aseguradas, como aseguradas pueden hacer uso de estos servicios para el tratamiento de enfermedades ambulatorias (Dantes, *et. al.*, 2011). De los servicios privados se conoce que existen 60 unidades, de las cuales 13 son de hospitalización, 45 de consultas y 2 de apoyo (CLUES, 2020). En DENUE, 2022, se encontró que existen 112 consultorios particulares de atención general en el municipio (Figura 3.4), sin embargo, estos solo son localizables en las zonas de mayor población al norte del municipio; es de gran importancia la mención de los anteriores ya que la población en general los utiliza en gran medida por la cercanía a sus hogares y/o el precio más económico, exceptuando el costo de medicamentos

Figura 3.3. Distribución de servicios médicos privados

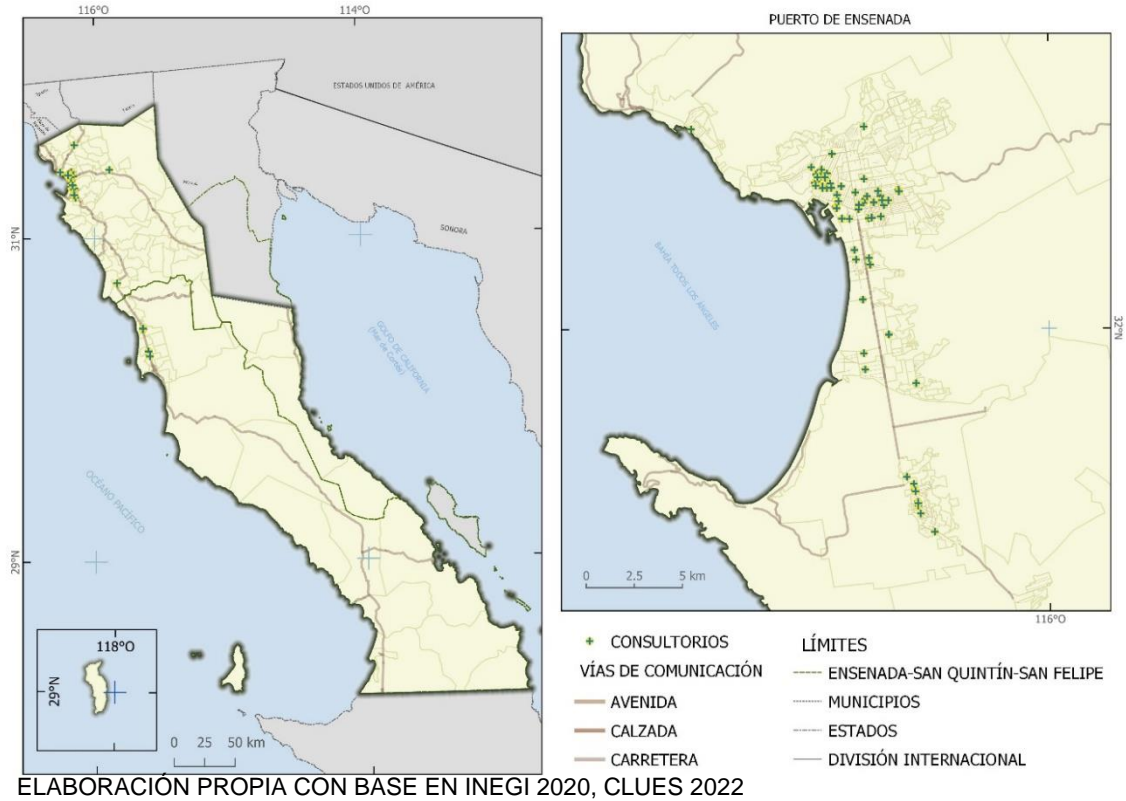
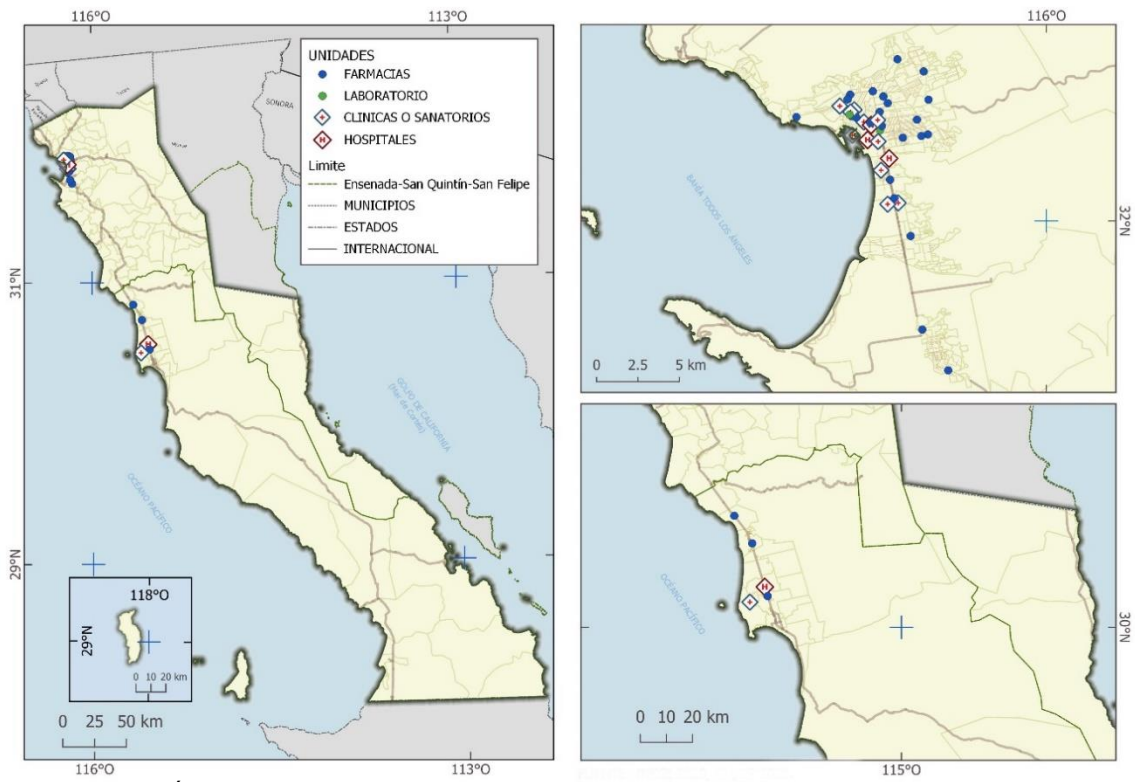


Figura 3.4. Distribución de consultorios médicos particulares

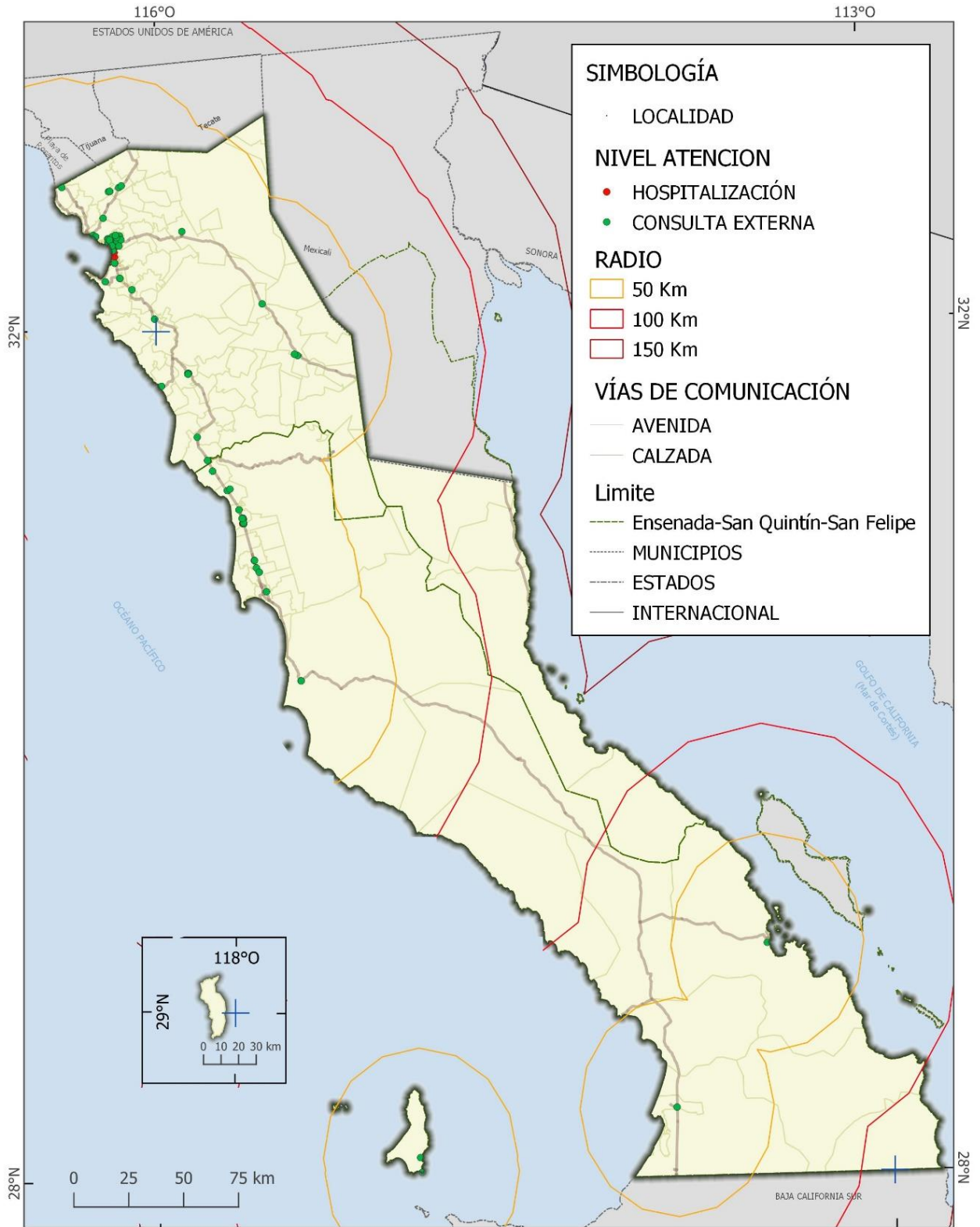


La Organización Panamericana de Salud (OPS) indica que los servicios de salud están divididos en tres niveles de atención, el primer nivel consta de ofrecer los servicios básicos, de medicina general, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a las morbilidades más frecuentes, así como la promoción de la salud, son el primer contacto con las comunidades; el segundo nivel, es en el que se encuentran servicios de especialidades, contando con recursos e infraestructura para poder apoyarse con diagnósticos de imagenología y laboratorio; y, por último, el tercer nivel, donde se brindan servicios aún más especializados, de mayor complejidad asociado con actividades de investigación clínica y básica. (OPS, 2020). Estos niveles de atención se encuentran divididos en costos elevados a comparación de los consultorios particulares para la población no afiliada, ya que estos son desde \$969.⁰⁰ - \$2,461.⁰⁰ por una consulta de medicina familiar o de especialidad, hasta los \$15,000.⁰⁰ - \$48,143.⁰⁰ por una intervención quirúrgica según el nivel de atención que brinde la unidad, en el Anexo 5 se muestra una tabla de los costos actualizados al 2022 del IMSS, aprobados en el Diario Oficial de la Federación del 26 de noviembre del 2021.

El municipio de Ensenada, según los Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 2020, cuenta con 7 hospitales y 82 servicios de consulta externa; en la siguiente Figura (3.5) se muestra la distribución de las unidades y se delimitaron radios de 50, 100 y 150 km con respecto de las unidades para poder identificar los espacios en donde no existe infraestructura médica, en función de distancia y tiempo con respecto a la lejanía de las localidades (Cuadro 3.C)

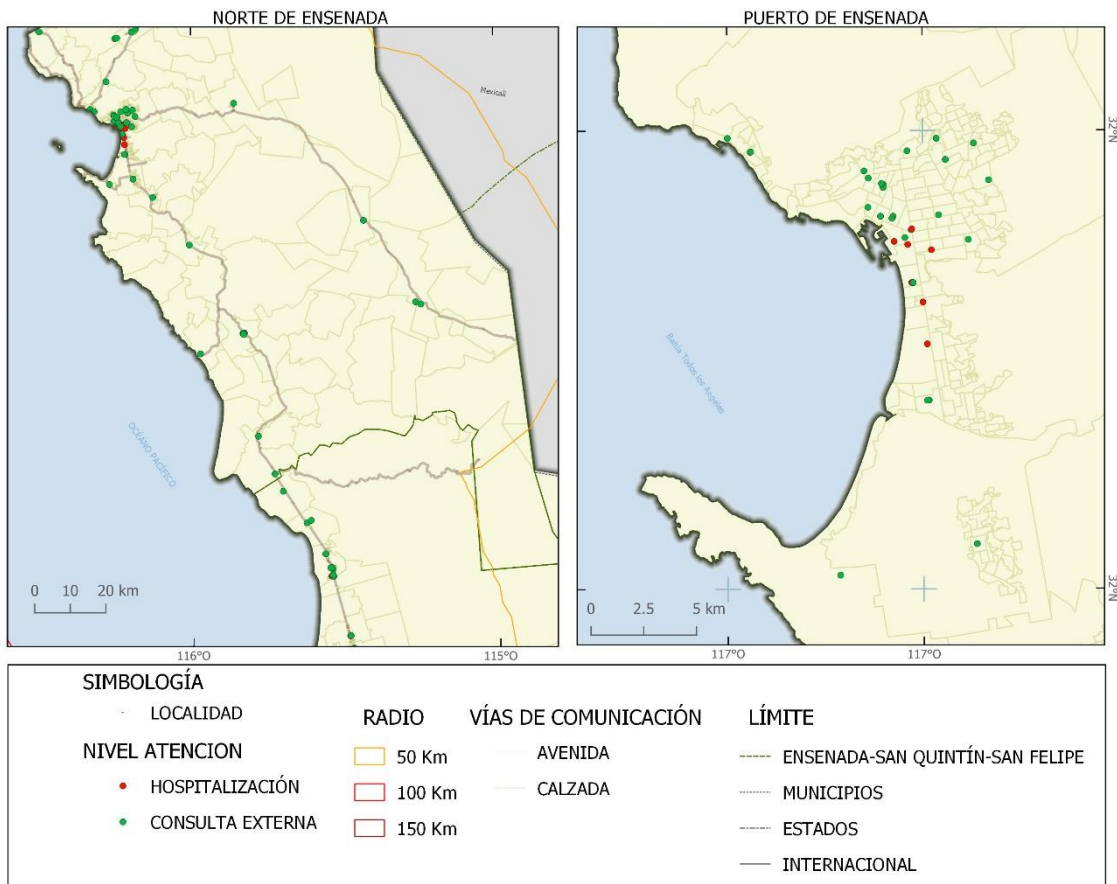
Los primeros 50 km, cubren el 92% del total de localidades; el siguiente radio hace una cobertura de 100 km, abarcando un aproximado del 95% de localidades; mientras que un radio de 150 km solo excluye a dos localidades encontradas en la Isla Guadalupe. Aun cuando en promedio 50 km podrían recorrerse en un total de 55 min, tomando como ejemplo la Ciudad de México, en un trayecto del Estadio Universitario, CU a San Mateo Atenco por la autopista México 15D, en Ensenada, debido a la escasez de vías de comunicación, los tiempos de recorrido aumentan significativamente.

Figura 3.5.A. Distribución de unidades médicas según nivel de atención



ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN INEGI 2020, CLUES

Figura 3.5.B Distribución de unidades médicas según nivel de atención



ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN INEGI 2020, CLUES

Cuadro 3.C. Localidades cubiertas según el radio de distancia y tiempo de recorrido

Radio (km)	Localidades (totales)	Tiempo de recorrido (aprox.) ²
50	1572	55 min
100	1625	1.30
150	1707	2.20

Fuente: elaborado con base en el Iter, 2010 y Google Maps, 2021.

² Tiempo estimado a través de diversas rutas marcadas en Google Maps, con la misma distancia

Tomando en cuenta que, según los datos abiertos, solo existen 8 hospitales, se hizo una comparación del tiempo (Cuadro 3.D) que tendrían que recorrer cuatro localidades seleccionadas dentro de diversos rangos, que cuentan con mayor dificultad de accesibilidad, para llegar hasta el hospital más cercano (Figura 3.6). Así como se presentarán casos de estas, en donde se compara el tiempo de trayecto a la unidad médica más cercana dentro de cada radio, tomando en cuenta la cercanía con las vías de comunicación de cada localidad con la ayuda de Google Maps, 2021

Cuadro 3.D. Tiempo estimado hasta hospital más cercano

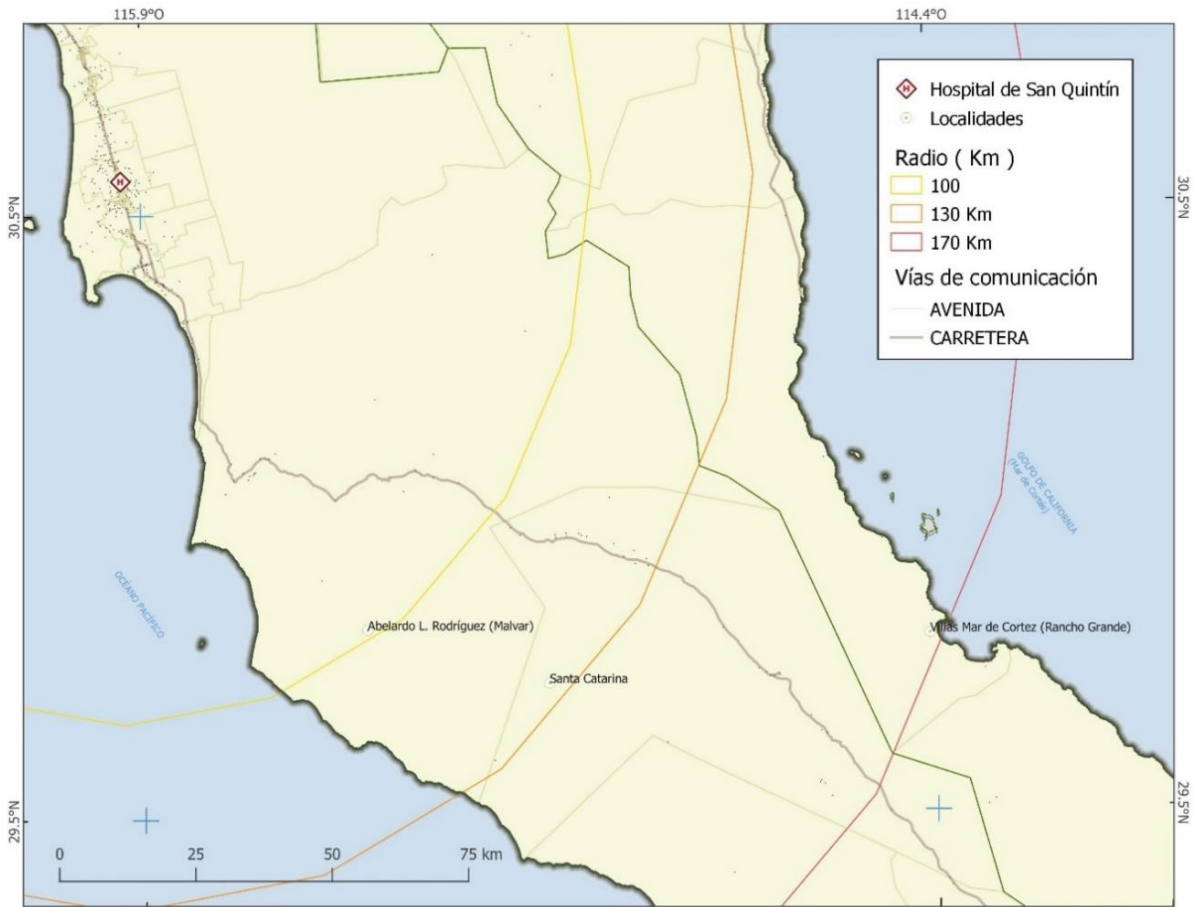
Radio (km)	Localidad	Tiempo
100	Abelardo L. Rodríguez	2 horas 26 min
135	Santa Catarina	4 horas 10 min
195	Rancho Grande	5 horas 28 min

Fuente: elaborado con base en la estimación de tiempo de Google Maps.

Caso 1

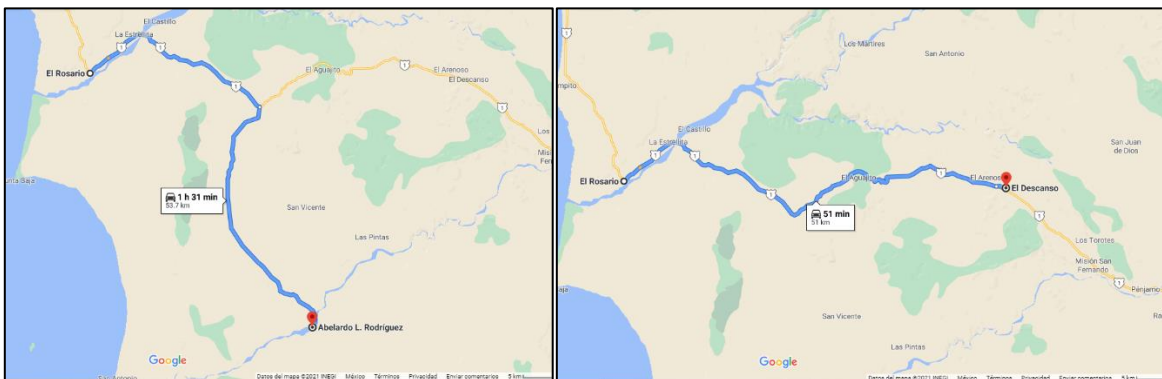
Se logró identificar que la localidad de Abelardo L. Rodríguez, que se encuentra en un radio de 50 km tarda en llegar a la unidad médica más cercana aproximadamente en 1 hr. 30 min, teniendo en cuenta que cuentan con auto particular por la carretera Transpeninsular/Guerrero Negro - La Nueva Odisea/Guerrero Negro - Lázaro Cárdenas/México 1; mientras que la localidad de El Descanso, ubicada en la cercanía de la carretera, dentro del mismo radio y en las mismas condiciones, podría realizar el trayecto en un tiempo aproximado de 51 min. (Figura 3.7).

Figura 3.6. Localidades con respecto al hospital más cercano



ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN INEGI 2020, CLUES 2022

Figura 3.7. Caso1: Tiempo de trayecto a unidad médica, radio 50 km

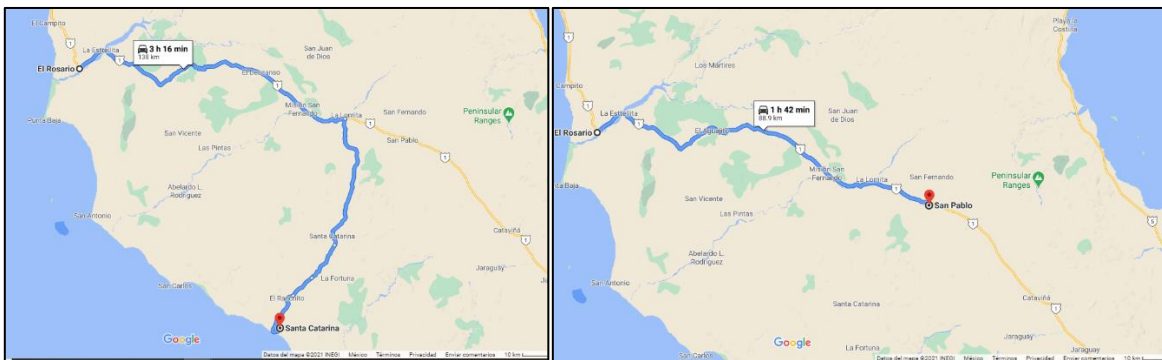


Fuente: Google Maps, 2021.

Caso 2

La localidad de Santa Catarina se encuentra dentro del radio de 100 km, sin embargo, al localizarse lejos de la vía principal su recorrido a la unidad médica más cercana se convierte en un trayecto de 3 horas con 16 min, mientras que una localidad dentro del mismo radio, pero cercana a la vía hace el mismo recorrido en 1 hora con 42 min. (Figura 3.8).

Figura 3.8. Caso 2: Tiempo de trayecto a unidad médica, radio de 100 km

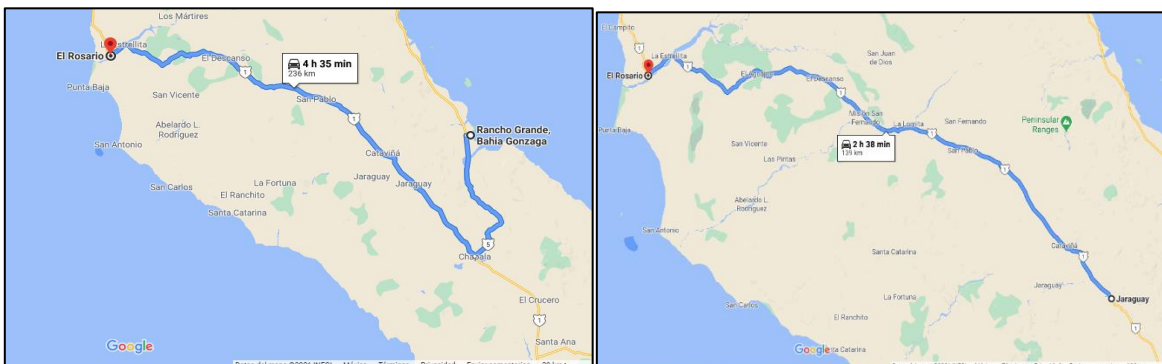


Fuente: Google Maps, 2021.

Caso 3

Dentro del radio de 150 km, la localidad de Villas Mar de Cortez (Rancho Grande), localizado en la costa del Golfo de California hace un tiempo de 4 hr 35 min., mientras que la localidad de Jaraguay, cercana a la carretera, haría el mismo trayecto en 2 hr 39 min. (Figura 3.9)

Figura 3.9. Caso 3: Tiempo de trayecto a unidad médica, radio de 150 km

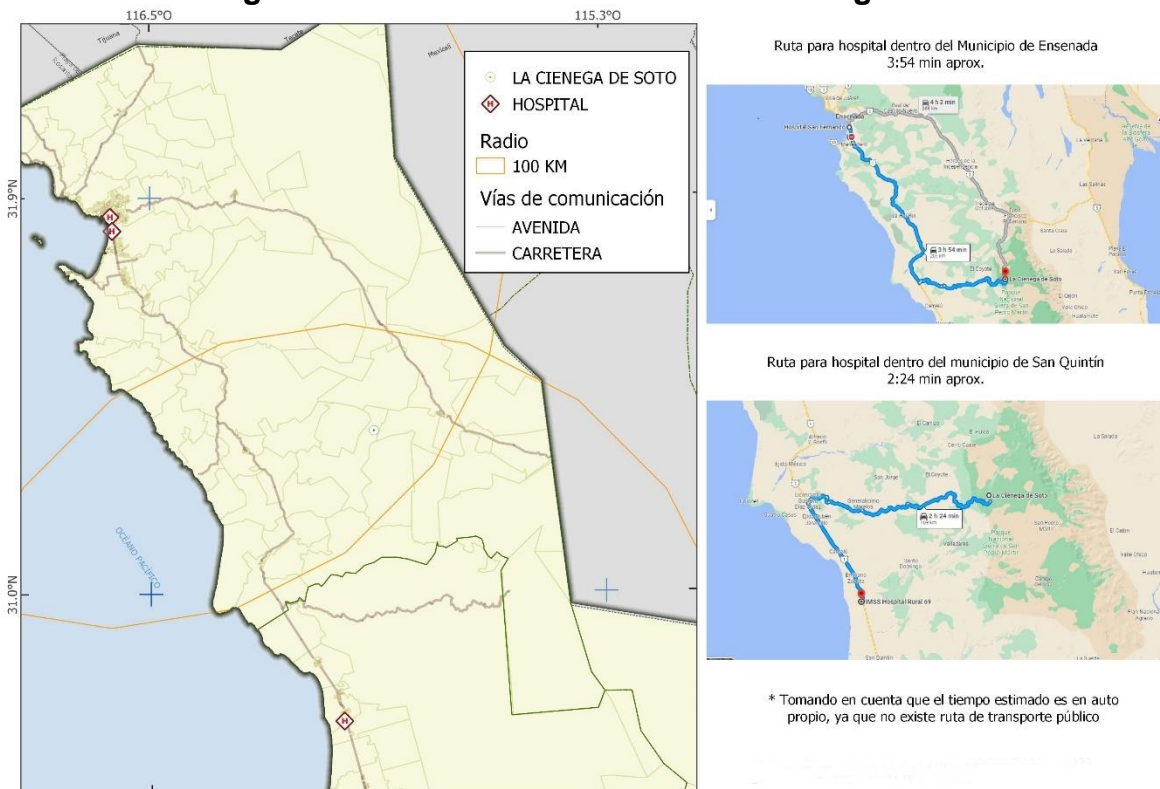


Fuente: Google Maps, 2021.

Caso 4

Si tomamos como ejemplo la localidad de la Ciénega de Soto, que quedarán dentro de Ensenada con la nueva división territorial, respecto a su hospital más cercano, podemos observar a continuación (Figura 3.10) que se ubica aproximadamente en un punto medio de dos hospitales, uno que se encuentra dentro del municipio de Ensenada y otro que estaría ubicado en el nuevo municipio de San Quintín, la localidad, cae dentro de un rango de 100 km de ambos hospitales, sin embargo, como se ha mencionada, la falta de vías de comunicación y transporte convierten este trayecto en un viaje de 2:30 – 4:00 hrs.

Figura 3.10. Caso 4: Localidad de la Ciénega de Soto



Elaboración propia con base en inegi 2020, clues 2022 y Google Maps 2020.

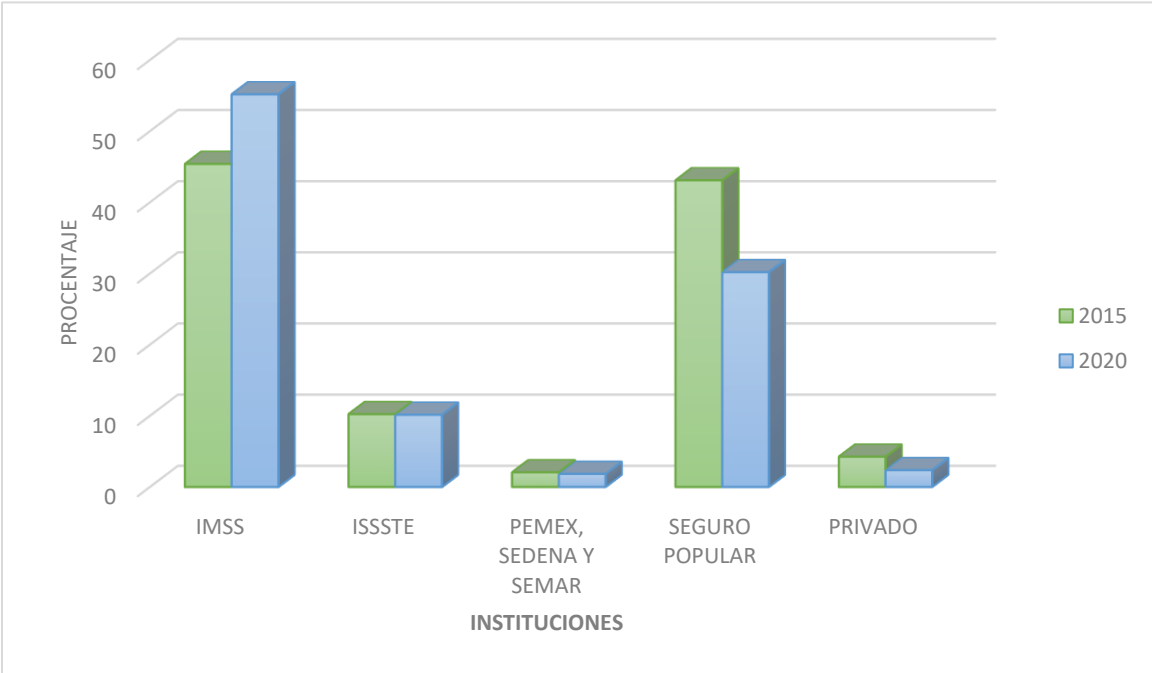
3.3. Cobertura e Índice de aprovechamiento

Se analiza la cobertura de los servicios de salud, presentando a la población cubierta por las instituciones y más adelante se realiza un análisis de dos medidas

de cobertura: hipotética y real, que permite obtener un índice de aprovechamiento de recursos, con la finalidad de identificar si existe una cobertura plena o deficiente para los usuarios.

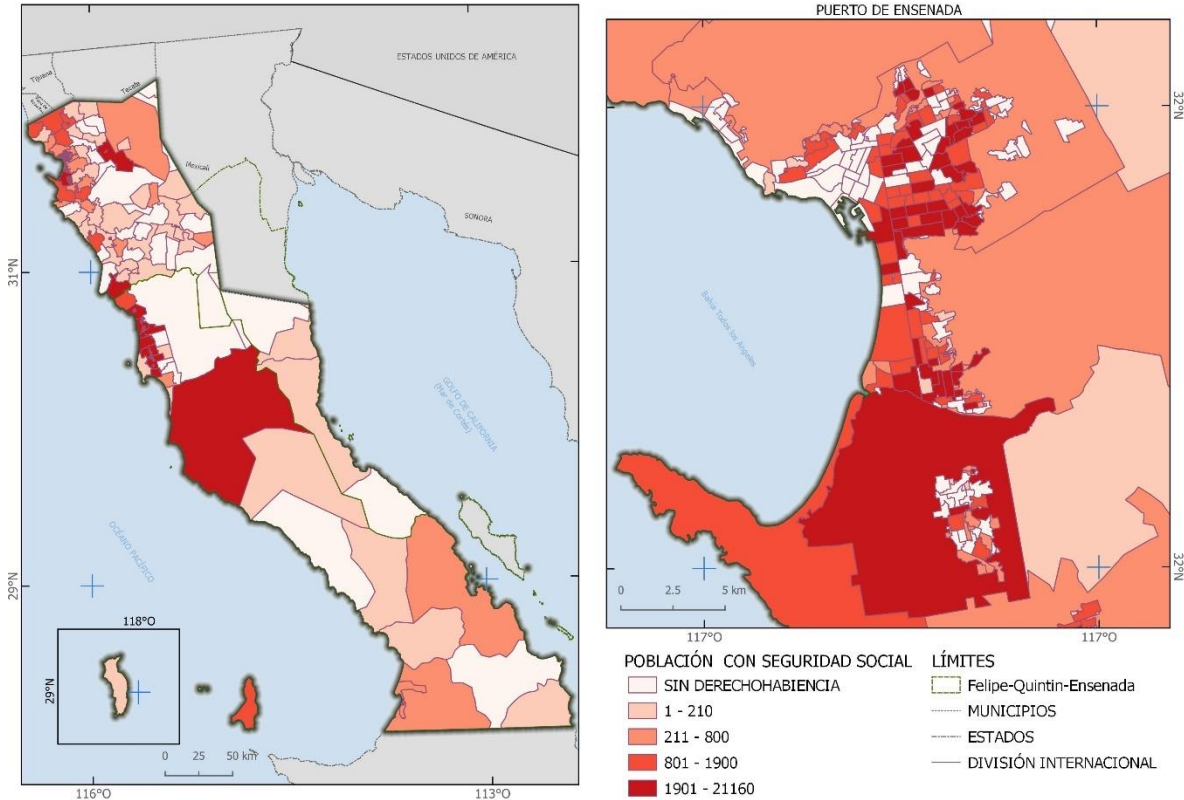
En el año 2020, el INEGI tenía registrado que la población derechohabiente era de 79.54%; cabe destacar, que, dentro de la población estimada, existen casos de personas con doble registro de afiliación, sin embargo, de este porcentaje se obtuvo que el 55.18% pertenecen al IMSS, 10.15% al ISSSTE, 1.84% a PEMEX, Defensa Nacional o la Marina, 30.19% pertenecen al seguro popular, 2.37% están con una organización privada, mientras que el resto o se encuentran afiliados a otra institución; el 19.08% no están afiliados (Figura 3.11 y 3.12; INEGI,2020).

Figura 3.11. Personas afiliadas a alguna institución 2015 – 2020



Fuente: elaboración propia con base en INEGI 2015 e Iter, INEGI, 2020.

Figura 3.12. Población derechohabiente por AGEB



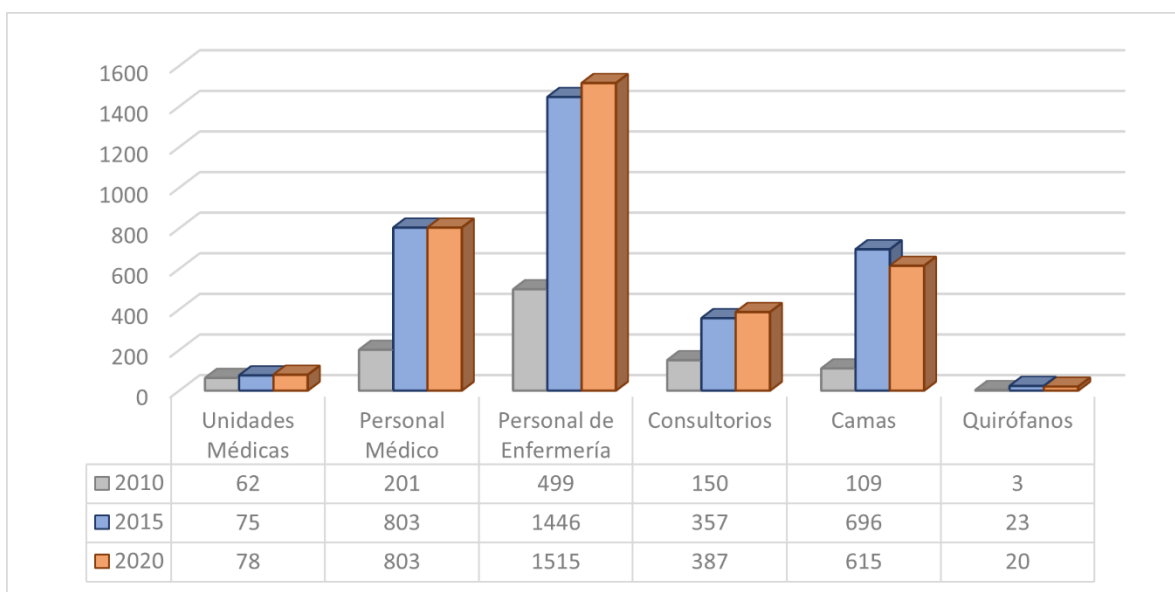
ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN INEGI 2020

Según la secretaria de Salud, en comparación con el año 2010 el número de recursos materiales y humanos aumento por encima del doble para el 2015 (Figura 3.13), sin embargo, esto no significa que los recursos sean los suficientes para la población usuaria.

Por esto, se midió la cobertura hipotética y real, en función de los recursos materiales y humanos, para poder identificar si existe una carencia de recursos, de ser así, identificar los faltantes y los de mayor importancia para lograr un óptimo servicio.

En el Cuadro 3.E se muestran los resultados del cálculo de cobertura hipotética del sector salud en el municipio tanto de la población derechohabiente como la población total. Basada en Laurell y Ruiz (1996), existe una cobertura hipotética suficiente si el resultado obtenido es por arriba del 90%.

Figura 3.13. Recursos médicos del municipio 2010-2015-2020



Fuente: Secretaría de Salud 2010, 2015 y 2020.

Cuadro 3.E. Índice de cobertura hipotética de los recursos

Recurso	Derechohabientes	Población Total
Consultas	303.31	241.28
Hospitalización	223.93	178.13
Hospitalización especializada	223.93	178.13
Intervenciones óptimas	20.15	16.03
Intervenciones mínimas	268.71	53.44
Médicos	99.99	79.54
Enfermeras	99.99	79.54

Fuente: elaborado con datos abiertos de la Secretaría de Salud, recursos 2020.

El cuadro muestra que hipotéticamente los recursos cubren completamente a los usuarios para las variables de consultas y hospitalizaciones, tanto generales como especializadas, sin embargo el indicador de intervenciones óptimas presenta un déficit para ambas poblaciones y las mínimas solo en la cobertura de la población

total; el personal de médicos y enfermeras, hacen una completa cobertura hipotética de usuarios derechohabientes, mientras que para la población total solo cubrirían a la mitad de la población .

Los datos obtenidos para la cobertura real se presentan en el Cuadro 3.F mostrando el porcentaje de la cobertura real a nivel municipal. Estos arrojan que de igual manera existe una cobertura eficiente de consultas, egresos hospitalarios, número de consultorios, camas de especialidades y de recursos humanos (médicos y enfermeras), presentando solo déficit para la población total en consultas hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas. Los quirófanos presentan una escasez con un nivel por debajo del 20% para ambas poblaciones ya sean de uso optimo o mínimo.

Cuadro 3.F. Índice de cobertura real de los recursos

Recurso	Derechohabientes	Población Total
Consultas	100.02	79.57
Hospitalización	103.41	82.26
Hospitalización especialidad	---	---
Intervenciones quirúrgicas	101.78	80.92
Consultorios	214.17	169.74
Camas generales	139.46	110.53
Camas de especialidades	200.89	159.22
Quirófanos óptimos	14.04	12.51
Quirófanos mínimos	4.51	0.54
Médicos	324.87	352.21
Enfermeras	612.93	664.51

Fuente: elaborado con datos abiertos de la Secretaría de Salud, recursos 2020.

El índice de aprovechamiento se obtiene al dividir la cobertura real con la cobertura hipotética (Cuadro 3.G) si existe un valor $1 >$ corresponde a un aprovechamiento pleno de los recursos. Por lo tanto, se puede observar que el sector salud del municipio presenta bajos niveles de aprovechamiento en los recursos de consultas y hospitalizaciones generales, mientras que el índice se muestra satisfactorio en los recursos de camas destinadas para especialidades y para los recursos humanos.

Cuadro 3.G. Índice de aprovechamiento de recursos

Recurso	Población derechohabiente	Población Real	Índice de aprovechamiento
Consultas	0.32	0.32	Bajo
Hospitalización	0.46	0.46	Bajo
Hospitalización especializada	---	---	---
Intervenciones quirúrgicas	2.73	2.73	Muy Alto
Médicos	3.24	4.42	Muy Alto
Enfermeras	6.12	8.35	Muy Alto
Hospitalización/camas generales	1.60	1.61	Alto
Consultorios	0.46	0.46	Bajo

Fuente: elaborado con datos abiertos de la Secretaría de Salud, 2012.

A continuación, se muestra en el Cuadro 3.H, un análisis de los recursos entre la población usuaria dividido en dos grupos; el primero se integrará por las instituciones como el IMSS, ISSSTE, SEDENA y SEMAR, mientras que en el segundo grupo incluirá a SSA, Estatal, IMSS- Solidaridad/bienestar.

Basados en los resultados, y en la teoría de Laurell, donde indica que un quirófano óptimo puede realizar 3 intervenciones por día, se puede decir que del grupo 1, un quirófano debe cubrir al menos a 27,277 personas, sin embargo al solo contar con

11 quirófanos solo podrían realizar 33 intervenciones al día, en días hábiles (250 días) podría cubrir 8,250 al año; mientras que para el grupo 2 con 9 quirófanos disponibles por día debe cubrir de manera óptima 27 intervenciones, mientras que en días hábiles deberían ser 6,750.

Cuadro 3.H. Recursos por sector de atención y población usuaria

Recurso	Grupo 1	Grupo 2
Población usuaria	300,046	144,782
Quirófanos	27,276.9	16,086.88
Camas totales	996.83	461.08
Consultorios	2,041.12	595.81
Médicos	587.17	242.92
Enfermeras	532.94	152.08

Fuente: elaborado con datos abiertos de la Secretaría de Salud, 2012.

Para los consultorios y médicos se realiza un análisis parecido, ya que un consultorio cuenta con dos médicos por día, y basándose en datos reales un consultorio recibe a 48 personas en un día, suponiendo que este se trabaje 12 hrs, se recibiría un total de 12,000 personas en días hábiles, mientras que los doctores deberían atender por un turno de 6 hrs a 24 personas, o sea un total de 6,000 personas al año. Las camas deberían poder recibir casi a mil pacientes, pero se debe tomar en cuenta que un paciente puede ocupar esta por un largo o corto periodo.

Si se toman en cuenta los datos del cuadro anterior, se observa de nueva cuenta, que existe una escasez de recurso por sector de atención, esto solo tomando en cuenta a su población afiliada, pero existe la posibilidad de recibir usuarios que no cuentan con seguro para recibir algún tipo de atención de emergencia.

Conclusiones

Los resultados permiten comprobar que la hipótesis del trabajo se cumple, ya que se demostró mediante la accesibilidad, que la escasez de vías de comunicación y las barreras geográficas afectan a la población, influyendo en la distribución de las localidades, de igual manera la economía de la población es un factor importante ya que existe un grado de marginación elevado de la población.

- Se encontraron trabajos previos, similares en otras áreas de estudio y con distinta metodología, sin embargo, fueron importantes para el trabajo ya que cumplen con el objetivo de demostrar si existen deficiencias en diversas áreas de cobertura y/o accesibilidad a los servicios de salud.
- De acuerdo con la geografía física del municipio, se puede identificar que existen barreras geográficas que influyen en la comunicación entre localidades ya que la se podría presentar como un factor relevante para la elaboración de rutas para transporte, a su vez, contribuyendo a que estas presentan una distribución lejana entre sí, y con respecto a la cabecera municipal, aunque puede resultar favorable la disminución del territorio de Ensenada, los nuevos municipios deberán trabajar en la construcción de unidades para su población.
- De acuerdo con el estudio, se pudo observar que se ha logrado mejorar el número de asegurados en el municipio; como se menciona anteriormente hubo un aumento en el número de afiliados al seguro y de personas que han recibido atención
- Se encontró que el gobierno municipal de Ensenada sí ha mostrado interés por mejorar la accesibilidad a los servicios, con programas de apoyo para el transporte a personas con discapacidades y las instituciones han creado programas para acercar los servicios de primer nivel de salud a la población con unidades móviles.
- La metodología utilizada fue valiosa en la construcción de la investigación, al igual que los sistemas de información geográfica fueron fundamentales para

lograr identificar la accesibilidad y cobertura de los servicios de salud en el municipio.

- El rango de cobertura por parte de las unidades médicas, con respecto de las localidades, es de un máximo de 150 km, distancia que, en un tiempo aproximado, podría ser recorrido en 2 hrs con 20 min, sin embargo, las vías de comunicación son escasas hacia el sur del municipio, ya que la única vía principal es la carretera Transpeninsular/Guerrero Negro - La Nueva Odisea/Guerrero Negro - Lázaro Cárdenas/México 1, lo que deja aisladas a localidades que se encuentran en las costas del municipio. No obstante, es necesario aclarar que el recorrido anterior solo puede ser cubierto si se cuenta con un auto propio, y cabe mencionar que aproximadamente 360 localidades cuentan con un grado de marginación por encima del medio y que solo el 50% de viviendas llega a contar con auto propio, de otra manera la población presenta otra complicación ya que deberán buscar otros medios de transporte, puesto que no existen rutas de transporte hacia el sur del municipio.
- De igual modo se presentó un caso en lo que se definirá como el nuevo territorio de Ensenada, con una localidad a una distancia de menos de 100 km de los hospitales más cercanos en donde se puede notar una diferencia significativa de tiempo con respecto a ambos, por la falta de vías de comunicación.
- Con respecto a la distribución territorial se observa una aglomeración de infraestructura médica puesto que la mayoría de las unidades se encuentran ubicadas en el mismo espacio, la mayor concentración se encuentra en la cabecera municipal, mientras que en las localidades periféricas se percibe la ausencia de las unidades, sin mencionar que, las que logran percibirse suelen pertenecer a la SSA, haciendo más notorio la falta de unidades por parte de las otras instituciones.
- Se encontró que el municipio cuenta con 92 unidades de servicios médicos que brindan solo el primer nivel de atención, con solo 53 unidades de las cuales 40 pertenecen a la SSA, 6 al IMSS, 5 al ISSSTE y 1 al gobierno

Estatad. Asimismo, se identificaron 7 unidades de hospitalización, y de acuerdo con la clasificación oficial del INEGI, 6 brindan solo el segundo nivel de atención: 1 estatales y solo 1 de SSA, SEMAR, ISSSTE e IMSS y 2 de SEDENA; por último, se encontró solo 2 centro de atención del tercer nivel por parte del IMSS, lo que podría representar otro obstáculo a la población por los escasos de prestación de servicios de segundo y tercer nivel.

- Analizando los datos de cobertura, se detectó que los recursos con los que cuentan las diversas clínicas de salud suelen presentar un déficit para la atención a la población, en recursos materiales, sin embargo, el índice de aprovechamiento presenta una cobertura completa o casi completa en los recursos humanos.
- Realizando un análisis de los recursos destinados solo para la población afiliada a algún servicio, se detectó un déficit de recursos ya que, como se muestra en el cuadro 3.H los recursos deberían cubrir más del doble de la población que pueden cubrir, esto tomando en cuenta un uso óptimo de recursos materiales y humanos, por lo que no se contempla que algún consultorio no esté disponible, o algún médico tarde más de lo estipulado con un paciente, problemas de energía, u horarios de comida del personal.

Bibliografía

- Ayuntamiento de Ensenada (2016). Tercer Informe de Gobierno. [PDF]. Recuperado el 03 de enero del 2020 de: file:///F:/TESIS/tercerinforme_Ensenada.pdf
- Ayuntamiento de Ensenada (2017). Diagnóstico de Salud Municipal. [PDF]. Recuperado el 03 de enero del 2020 de: http://ensenada.gob.mx/xxii_ayuntamiento/wp-content/uploads/2018/07/Diagnostico-de-Salud-Municipal-V_WEB.pdf
- Ayuntamiento de Ensenada, Comité de Planeación para el Desarrollo Municipal [COPLADEM] y, Instituto Municipal -de Investigación y Planeación de Ensenada, Baja California [IMIP] (2017). Anuario estadístico municipal de Ensenada. [PDF]. http://imipens.org/IMIP_files/AnuarioEstadisticoMunicipal_2018-01mar2019.pdf
- Ayuntamiento de Ensenada. (2021). Ensenada, XXIV Ayuntamiento “juntos seguiremos cumpliendo”. Ayuntamiento de Ensenada. Recuperado el 03 de enero del 2020 de: <https://www.ensenada.gob.mx/>
- Barcellos C, Buzai GD, Santana, P. (2018). Geografía de la salud: bases y actualidad. *Salud Colectiva*. 2018;14(1):1-4. doi: 10.18294/sc.2018.1763. Recuperado el 24 de abril del 2021 de: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2018.v14n1/1-4/es>
- CENAPRECE.(2017). Manual de Atención a la Salud ante Desastres (5). Secretaría de Salud. [PDF]. Recuperado el 21 de octubre del 2022 de: <https://www.gob.mx/salud%7Ccenaprece/documentos/manual-de-atencion-a-la-salud-ante-desastres-5>
- Comes, Yamila, Solitario, Romina, Garbus, Pamela, Mauro, Mirta, Czerniecki, Silvina, Vázquez, Andrea, Sotelo, Romelia, & Stolkner, Alicia (2007). The concept of accesibility: a relational perspective between health services and population. *Anuario de investigaciones*, 14, 00. Recuperado en 10 de abril de 2019, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019&lng=es&tlng=en
- CONABIO. 2008. Geoportal del Sistema Nacional de Información Geográfica. Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad. Recuperado el 22 de febrero del 2019 de: <http://www.conabio.gob.mx/informacion/gis/>
- CONAPO (2020). Indicadores sociodemográficos a nivel localidad 2020. Recuperado el 16 de febrero del 2022 de: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/indice-de-marginacion-carencias-poblacionales-por-localidad-municipio-y-entidad/resource/4d1e068c-c204-4ae6-acfb-1685e136c123>
- COPLADE (2017). Ensenada. Publicaciones sociodemográficas. [PDF]. Recuperado el 05 de marzo del 2020 de: <http://www.copladebc.gob.mx/publicaciones/2017/Mensual/Ensenada%202017.pdf>

Dantés, Octavio Gómez, Sesma, Sergio, Becerril, Victor M., Knaul, Felicia M., Arreola, Héctor, & Frenk, Julio (2011). Sistema de salud de México. Salud Pública de México, 53(Supl. 2), s220-s232. Recuperado en 30 de marzo de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&tlng=es

Dirección General de Información en Salud. Catálogos CLUES. Secretaría de Salud. [EXCEL]. Recuperado el 5 de junio de 2022 de: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html

Dirección General de Información en Salud. Recursos en Salud, Gobierno de México [EXCEL]. Recuperado el 13 de junio de 2022: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html

Expansión (2022). Economía de mercado. Unidad Editorial información Económica S.L. Recuperado el 04 de noviembre del 2022 de: <https://www.expansion.com/diccionario-economico/economia-de-mercado.html>

Fierros Hernández, A. (2016). Los inicios de la salud pública en Baja California, México, y California, Estados Unidos, siglos xix y xx. Scielo. Region y sociedad. Año XXVIII. No. 67. Recuperado el 5 de febrero del 2019 de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v28n67/1870-3925-regsoc-28-67-00315.pdf>

Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. Centro de Investigaciones de salud pública. (septiembre – octubre, 1985). Salud Pública de México. [PDF] Recuperado el 12 de septiembre del 2018 de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>

Frenk, J. (1997). Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.

Garrocho, C. (1995). Análisis Socioespacial de los Servicios de Salud. Accesibilidad utilización y calidad. El Colegio Mexiquense. DIF. Zinacantepec, Estado de México.

Garrocho Rangel, C. (2003). La teoría de interacción espacial como síntesis de las teorías de localización de actividades comerciales y de servicios. Economía, Sociedad y Territorio, IV (14), 203-251.

Gispert Abreu, Estela de los Angeles; Castell-Florit Serrate, Pastor; Lozano Lefran, Anabel (2016). Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba. [PDF]. Recuperado el 13 de septiembre del 2018 de: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v42n2/spu17216.pdf

Gobierno de Ensenada, COPLADEM (2021). Plan Municipal De Desarrollo 2021 – 2024. COPLADEM. [PDF]. Recuperado el 15 de marzo del 2022 de:

<https://www.ensenada.gob.mx/wp-content/uploads/2022/04/280422PLAN-MUNICIPAL.pdf>

Gobierno del Estado de Baja California. Diario Oficial del estado de Baja California N° 10 del 27 de febrero del 2020. Número Especial. [PDF]. Recuperado el 23 de agosto del 2021 de <https://wsextbc.ebajacalifornia.gob.mx/CdnBc/api/Imagenes/ObtenerImagenDeSistema?sistemaSolicitante=PeriodicoOficial/2020/Febrero&nombreArchivo=Periodico-10-CXXVII-2020227-N%C3%9AMERO%20ESPECIAL.pdf&descargar=false>

Gobierno del Estado de Baja California. Diario Oficial del estado de Baja California N° 12 del 19 de febrero del 2021. Sección II. [PDF]. Recuperado el 23 de agosto del 2021 de: <https://wsextbc.ebajacalifornia.gob.mx/CdnBc/api/Imagenes/ObtenerImagenDeSistema?sistemaSolicitante=PeriodicoOficial/2021/Febrero&nombreArchivo=Periodico-12-CXXVIII-2021219-SECCI%C3%93N%20II.pdf&descargar=false>

Gobierno del Estado de Baja California. Diario Oficial del estado de Baja California N° 46 del 01 de junio del 2021. Número Especial. [PDF]. Recuperado el 23 de agosto del 2021 de: <https://wsextbc.ebajacalifornia.gob.mx/CdnBc/api/Imagenes/ObtenerImagenDeSistema?sistemaSolicitante=PeriodicoOficial/2021/Julio&nombreArchivo=Periodico-46-CXXVIII-202171-N%C3%9AMERO%20ESPECIAL.pdf&descargar=false>

Gobierno de México. Recursos en Salud de la Secretaría de Salud 2020. Recursos en salud. Datos abiertos. [EXCEL]. Recuperado el 17 de junio del 2022 de <https://datos.gob.mx/busca/dataset/recursos-en-salud-nivel-central/resource/651eca23-71ba-4663-a473-9b54503e0a6d>

Gobierno y Administración Pública (2015). La Calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones. Secretaria de Salud. Biblioteca Mexicana del Conocimiento. Segunda Edición.

Ibáñez, J., Manríquez, F. (16 de septiembre 2010). Tipos de suelo del mundo, fertilidad de suelos y nutrición vegetal, pérdida de los recursos edáficos: la erosión, suelos de zonas áridas, semiáridas y desertificación. Un universo invisible bajo nuestros pies, Los suelos y la vida. Recuperado el 7 de noviembre de: <https://www.madrimasd.org/blogs/universo/2010/09/16/136876>

IMPI (2010). Programa Integral del Agua del Municipio de Ensenada, B.C. (PIAME). [PDF]. Recuperado el 27 de febrero del 2020 de: http://www.imipens.org/IMIP_files/PIAME_NOV-2010-2.pdf

INEGI (2017). Anuario estadístico y geográfico de Baja California, 2017. [PDF]. INEGI, recuperado el 20 de junio del 2020 de: https://www.datatur.sectur.gob.mx/ITxEF_Docs/BCN_ANUARIO_PDF.pdf

INEGI. BANCO DE INDICADORES. INEGI. Recuperado el 30 de mayo del 2022 de: <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/default.aspx?tm=6#D380>

- INEGI (s/d). Clasificación de Instituciones de Salud. [PDF]. INEGI.: Recuperado el 09 de diciembre del 2020 de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_instituciones_de_salud.pdf
- INEGI. ITER 2020. INEGI. [EXCEL]. Recuperado el 30 de mayo del 2022 de: <https://www.inegi.org.mx/datosabiertos/>
- INEGI. Mortalidad. INEGI Consulta. [EXCEL]. Recuperado el 16 de mayo del 2022 de: https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=11144
- INEGI (2017). Panorama sociodemográfico de Baja California, 2017, [PDF]. INEGI. Recuperado el 08 de septiembre del 2020 de: https://www.inegi.org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bv_inegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082093.pdf
- INEGI (2009). Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos Ensenada, Baja California. [PDF]. Recuperado el 13 de febrero del 2020 de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/02/02001.pdf
- INEGI. SCITEL. INEGI. [EXCEL]. Recuperado el 13 de junio del 2022 de: <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/consultas/index#>
- Instituto Metropolitano de Investigación y Planeación de Ensenada, Baja California (s/d). Programa Integral del Agua del Municipio de Ensenada, B.C. [PIAME]. Caracterización ambiental. [PDF]. Recuperado el 12 de febrero del 2020 de: http://www.imipens.org/IMIP_files/subcomMA/PIAME.pdf
- Íñiguez Rojas, Luisa, & Barcellos, Christovam (2003). Geografía y salud en América Latina: evolución y tendencias. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(4) Recuperado en 24 de abril de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000400007&lng=es&tlng=es.
- Knaul, Felicia Marie, González-Pier, Eduardo, Gómez-Dantés, Octavio, García-Junco, David, Arreola-Ornelas, Héctor, Barraza-Lloréns, Mariana, Sandoval, Rosa, Caballero, Francisco, Hernández-Ávila, Mauricio, Juan, Mercedes, Kershenobich, David, Nigenda, Gustavo, Ruelas, Enrique, Sepúlveda, Jaime, Tapia, Roberto, Soberón, Guillermo, Chertorivski, Salomón, & Frenk, Julio (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Pública de México*, 55(2), 207-235. Recuperado en 06 de febrero de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200013&lng=es&tlng=es
- Laurell, A. C., Ruíz, L. (1996). ¿Podemos garantizar el derecho a la Salud? Requerimientos para ampliar la cobertura del Sistema Público de Salud. Fundación Friedrich Ebert; UAM, Mexico.

- Lazcano, C. (2003). -ensenada a través de los mapas. Colección de documentos sobre la historia y geografía del municipio de Ensenada. Primera edición. Ensenada, Baja California
- López Arellano, O., Rivera Márquez, J.A., Blanco Gil J. (2011). Determinantes sociales y salud-enfermedad en México. Cambios, rupturas y perspectivas]. En Chapela, Mendoza, Ma. De C., Contreras Garfias, Ma. E. (15th ed) Salud en México, [en línea] Ciudad de Mexico, pp.93- 124. [Recuperado el 12 Feb. 2019 de:http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/li/SS2011_Li_UAM.pdf]
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). Perfil del sistema de servicios de salud México. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y servicios de salud. (2da. Edición) División de Desarrollo de sistemas y Servicios de Salud. Recuperado el 7 de noviembre del 2022 de: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf
- Padilla, L., García, A., Castillo, F. (2017). El corredor económico Ensenada-Mexicali: localización geográfica, contextualización fronteriza, conformación y delimitación. Padilla, L., Juaréz C. La perspectiva de la complejidad en la dinámica regional del corredor económico Ensenada- Mexicali, Baja California. Instituto de Geografía: Universidad Nacional Autónoma de México. Monterrey, México.
- Padilla, L., Aguayo, P. (2013). Perspectiva histórica. En Padilla, L., Juaréz C.. (1ra edición) Medio ambiente, sociedad y salud en cuatro ciudades portuarias de México: Ensenada, Manzanillo, Altamira y Veracruz. Universidad Nacional Autónoma de México
- Piñera, D. (1997). Historia de la Universidad Autónoma de Baja California, 1957-1997. Universidad Autónoma de Baja California. Recuperado el 23 de febrero del 2019 de: https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=1y8ufe8P6DcC&oi=fnd&pg=PA1&dq=ensenada+baja+california+historia&ots=aVImFOjGeQ&sig=HPDzIQA1U1z_x3ICP4wXXcxS_Zc#v=onepage&q=ensenada%20baja%20california%20historia&f=false
- Piñeira, D. (2006). Los orígenes de las poblaciones de Baja California. Factores externos, nacionales y locales. Universidad Autónoma de Baja California [PDF]. Recuperado el 23 de noviembre del 2020 de: <https://books.google.com.mx/books?id=hn0LbTjYo4sC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Sánchez-Torres, D. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, (vol. 55, núm. 1), pp 82-89. Recuperado el 28 de octubre del 2022 de: https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297021/html/#redalyc_457749297021_ref6

- SECTUR (2014). Agendas de competitividad de los destinos turísticos de México. Ensenada, Baja California. [PDF] Recuperado el 05 de marzo del 2020 de: <http://www.sectur.gob.mx/wp-content/uploads/2015/02/PDF-Ensenada.pdf>
- Secretaría de Desarrollo (2012). Atlas de Riesgos Naturales del Municipio de Ensenada 2012. XX Ayuntamiento de Ensenada y Universidad Autónoma de Baja California. [PDF]. Recuperado el 05 de marzo del 2020 de: http://rmgir.proyectomesoamerica.org/PDFMunicipales/2011/vr_02001_AR_EN SENADA.pdf
- Secretaría de Salud. (2010). Guía para la Referencia/Contrarreferencia de usuarios a los servicios especializados en adicciones. [PDF]. Recuperado el 4 de noviembre del 2022 de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/235144/Guia_Referencia_Contrarreferencia.pdf
- Secretaría de Salud. (2015). La Calidad de la Atención a la Salud en México a través de sus Instituciones. Biblioteca Mexicana del Conocimiento, 2da. Edición. Gobierno y Administración Pública. [PDF]. Recuperado el 28 de octubre del 2022 de: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/calidad_atencion_salud_en Mexico_segunda_edicion.pdf
- S/d. (2022). Municipios. Recuperado el 14 de marzo del 2020 de: <https://www.municipios.mx/baja-california/ensenada/>
- SEGOB. Diario Oficial de la Federación. Anexo 1 del 26 de noviembre del 2021. [PDF]. Recuperado el 04 de octubre del 2022 de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639077&fecha=22/12/2021#gsc.tab=0



LA H. XXIII LEGISLATURA CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE BAJA CALIFORNIA, EN USO DE LAS FACULTADES QUE LE CONFIERE EL ARTÍCULO 27, FRACCIÓN I DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA LOCAL, EXPIDE EL SIGUIENTE:

DECRETO No. 46

ÚNICO. - LA HONORABLE VIGÉSIMA TERCERA (XXIII) LEGISLATURA CONSTITUCIONAL DEL CONGRESO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA, EN EJERCICIO DE LAS FACULTADES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 27, FRACCIÓN XXVI Y 76 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE BAJA CALIFORNIA, ASÍ COMO EL ARTÍCULO 27 DE LA LEY DE RÉGIMEN MUNICIPAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA, APRUEBA LA CREACIÓN DEL MUNICIPIO DE SAN QUINTÍN, CON LA SUPERFICIE, CIRCUNSCRIPCIÓN Y COLINDANCIAS QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN:

AL NORTE: LINDERO DEL EJIDO RUBÉN JARAMILLO CON EJIDO HÉROES DE CHAPULTEPEC, PEQUEÑOS PROPIETARIOS, EJIDO DÍAZ ORDAZ; LINDERO NORTE EJIDO BRAMADERO CON EJIDO BENITO JUÁREZ, N.C.P.A. GRAL. LEANDRO VALLE, EJIDO TEPI.

AL SUR: PARALELO 28° 00' 00" NORTE DESDE SU INTERSECCIÓN CON EL LITORAL DEL MAR DE CORTEZ HASTA SU INTERSECCIÓN AL OESTE CON EL LITORAL DEL OCEANO PACIFICO.

AL ESTE: LIMITE DEL EJIDO BRAMADERO CON TERRENOS PARQUE NACIONAL SAN PEDRO MÁRTIR, EJIDO PLAN NACIONAL AGRARIO.

LIMITE DEL EJIDO REFORMA AGRARIA CON EJIDO PLAN NACIONAL AGRARIO, TERRENOS PREDIO "EL PARRAL", EJIDO DELICIAS, EJIDO MATOMI.

LIMITE DEL EJIDO REVOLUCIÓN CON EJIDO MATOMI Y EJIDO HERMENEGILDO GALEANA.

LIMITE DEL EJIDO JUÁREZ CON EJIDO HERMENEGILDO GALEANA, Y LINDERO EJIDO TIERRA Y LIBERTAD CON EJIDO HERMENEGILDO GALEANA.

LIMITE COSTERO DEL MAR DE CORTEZ HASTA PARALELO 28° 00' 00" NORTE.



AL OESTE: INICIANDOSE EN EL PARALELO 28° 00' 00" NORTE Y SU INTERSECCIÓN CON EL LITORAL DEL OCEANO PACIFICO HASTA EL PUNTO TRINO DE INTERSECCION DEL LIMITE COSTERO DEL OCEANO PACIFICO CON LOS EJIDOS RUBÉN JARAMILLO Y HEROES DE CHAPULTEPEC.

INICIANDO EL LÍMITE MUNICIPAL DE SAN QUINTÍN A PARTIR DEL VERTICE DONDE SE INTERSECTAN EL LIMITE COSTERO DEL OCEANO PACIFICO CON LOS EJIDOS HÉROES DE CHAPULTEPEC Y RUBEN JARAMILLO, DE AQUÍ SIGUIENDO EL LIMITE EJIDAL, ENTRE LOS EJIDOS HÉROES DE CHAPULTEPEC Y RUBEN JARAMILLO CON EL EJIDO GUSTAVO DÍAZ ORDAZ, DE AQUÍ HASTA LA INTERSECCIÓN DE LOS EJIDOS RUBEN JARAMILLO Y DIAZ ORDAZ, DE ESTE SIGUIENDO EL LINDERO DEL EJIDO GUSTAVO DIAZ ORDAZ CON RANCHO SAN TELMO, EJIDO BRAMADERO Y EJIDO BENITO JUAREZ HASTA SU INTERSECCION CON EL VERTICE DONDE SE INTERSECTAN EJIDO BRAMADERO, EJIDO BENITO JUAREZ Y NUEVO CENTRO DE POBLACION EJIDAL LEANDRO VALLE, DE AQUÍ DE ESTE VERTICE SIGUIENDO LINDERO EJIDAL ENTRE EL EJIDO TEPI Y BRAMADERO HASTA LLEGAR A LA INTERSECCION DEL VERTICE DONDE SE INTERSECTA EL EJIDO TEPI, EJIDO BRAMADERO Y TERRENOS DEL PARQUE NACIONAL SAN PEDRO MARTIR, DE ESTE VERTICE Y SIGUIENDO EL LINDERO ENTRE EL EJIDO BRAMADERO Y TERRENOS DEL PARQUE NACIONAL SAN PEDRO MARTIR, HASTA SU INTERSECCION EN EL VERTICE DONDE SE INTERSECTAN LOS EJIDOS BRAMADERO, PLAN NACIONAL AGRARIO Y TERRENOS DEL PARQUE NACIONAL SAN PEDRO MARTIR, DE ESTE VERTICE Y SIGUIENDO EL LINDERO PLAN NACIONAL AGRARIO Y BRAMADERO HASTA SU INTERSECCION CON EL VÉRTICE DEL EJIDO REFORMA AGRARIA INTEGRAL, DE ESTE VERTICE Y SIGUIENDO EL LINDERO EJIDAL ENTRE EJIDO REFORMA AGRARIA INTEGRAL Y PLAN NACIONAL AGRARIO HASTA INTERSECTAR CON EL EJIDO DELICIAS, DE ESTE VÉRTICE Y SIGUIENDO EL LINDERO ENTRE EL EJIDO REFORMA AGRARIA INTEGRAL Y EJIDO DELICIAS HASTA ENCONTRAR EL VÉRTICE DONDE SE INTERSECTAN LOS EJIDOS REFORMA AGRARIA INTEGRAL, DELICIAS Y EJIDO MATOMI, DE ESTE VERTICE Y SIGUIENDO EL LINDERO EJIDAL ENTRE LOS EJIDOS REFORMA AGRARIA INTEGRAL Y MATOMI HASTA SU INTERSECCIÓN CON EL VERTICE DEL EJIDO REVOLUCION, DE ESTE VERTICE Y SIGUIENDO EL LINDERO EJIDAL ENTRE LOS EJIDOS REVOLUCION Y MATOMI HASTA INTERSECTAR EL EJIDO HERMENEGILDO GALEANA, DE ESTE VERTICE Y SIGUIENDO EL LINDERO EJIDAL ENTRE LOS EJIDOS REVOLUCION Y HERMENEGILDO GALEANA HASTA INTERSECTAR CON EL EJIDO JUÁREZ, DE ESTE VERTICE Y SIGUIENDO EL LINDERO EJIDAL ENTRE LOS EJIDOS HERMENEGILDO GALEANA Y EJIDO JUAREZ HASTA SU



INTERSECCION DE LOS EJIDOS JUAREZ, HERMENEGILDO GALEANA, TIERRA Y LIBERTAD, DE ESTE VERTICE Y SIGUIENDO EL LINDERO EJIDAL ENTRE HERMENEGILDO GALEANA Y TIERRA Y LIBERTAD HASTA SU INTERSECCION CON EL LIMITE MARITIMO UBICADO EN EL GOLFO DE CALIFORNIA O MAR CORTEZ, DE ESTE VERTICE Y SIGUIENDO EL LIMITE MARITIMO HASTA EL PARALELO 28 GRADOS, DE ESTE VERTICE Y SIGUIENDO AL OESTE EL PARALELO 28 GRADOS HASTA EL LIMITE MARITIMO COSTERO UBICADO EN EL OCEANO PACIFICO, DE ESTE VERTICE Y SIGUIENDO EL LIMITE MARITIMO DEL OCEANO PACIFICO EN DIRECCION NOROESTE HASTA LLEGAR AL VERTICE DONDE SE INTERSECTA CON LOS EJIDOS CHAPULTEPEC Y RUBEN JARAMILLO PUNTO DE PARTIDA DEL POLIGONO ANTES DESCRITO.

POLIGONO CON UNA SUPERFICIE TOTAL DE: **32, 883.93 KM2.** (NO INCLUYE ISLAS E ISLOTES).

CORRESPONDEN A AL MUNICIPIO DE SAN QUINTÍN, LAS ISLAS E ISLOTES UBICADOS EN EL MAR DE CORTES, AL SUR DEL PARALELO DE LATITUD 29°40' NORTE, HASTA EL PARALELO DE LATITUD 28°00' NORTE: MEJÍA, GRANITOS, NAVÍO, PELICANO, ÁNGEL DE LA GUARDA, ALCATRAZ, CORONADITO, SMITH, POND, CALAVERAS, PIOJO, BOTA, PATA, JOROBADO, FLECHA, GEMELOS (2), CABEZA DE CABALLO, CERRAJA, VENTANA, LLAVE, PESCADORA, PARTIDA, RASA, SALSIPUEDES, LAS ANIMAS, SAN LORENZO, SAN ESTEBAN. ASI COMO TODAS LAS ISLAS E ISLOTES UBICADOS EN EL OCEANO PACIFICO AL SUR DEL PARALELO DE LATITUD 31° 00' NORTE HASTA EL PARALELO DE LATITUD 28°00' NORTE: SAN MARTIN, BEN, SAN GERÓNIMO, ARRECIFE SACRAMENTO, ELIDE, EXCEPTUANDO ISLA DE CEDROS.

TRANSITORIOS

PRIMERO. - EL PRESENTE DECRETO SURTIRÁ SUS EFECTOS AL DÍA SIGUIENTE DE SU PUBLICACIÓN EN EL PERIÓDICO OFICIAL DEL ESTADO.

SEGUNDO. - EL PRIMER AYUNTAMIENTO DEL MUNICIPIO DE SAN QUINTÍN SERÁ ELECTO EN LAS ELECCIONES ORDINARIAS CORRESPONDIENTES AL AÑO DOS MIL VEINTICUATRO, PARA ENTRAR EN FUNCIONES EL DÍA PRIMERO DE OCTUBRE DE ESE MISMO AÑO.

TERCERO. - EN TANTO SE ELIGE A LOS CIUDADANOS Y CIUDADANAS QUE PRESIDIRÁN EL PRIMER AYUNTAMIENTO DE SAN QUINTÍN, SE CONSTITUIRÁ UN CONSEJO MUNICIPAL FUNDACIONAL, QUIEN EJERCERÁ LAS ATRIBUCIONES PREVISTAS EN LA CONSTITUCIÓN, SE INTEGRARÁ POR CINCO CONCEJALES CON SUS RESPECTIVOS SUPLENTE, MISMOS QUE



PODER LEGISLATIVO DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA
XXIII LEGISLATURA



DÉCIMO PRIMERO.- Para los efectos de administración y Gobierno del nuevo municipio, a partir de su designación y toma de protesta, los integrantes del concejo municipal fundacional, recibirán del ayuntamiento de Ensenada, la información y documentación que corresponda, bienes inmuebles, muebles, materiales presupuestales que correspondan a la nueva demarcación municipal de San Quintín, misma que debe hacerse en los términos a que se refiere la ley entrega y recepción de los asuntos y recursos públicos para el Estado de Baja California.

El Proceso de entrega-recepción deberá quedar concluido a más tardar el 31 de marzo del 2021; el incumplimiento de esta disposición tendrá como consecuencia las sanciones que prevén las leyes correspondientes.

La Secretaría de Hacienda del Gobierno del Estado tomará las medidas necesarias para cerciorarse de que el Municipio de San Quintín a partir del día 15 de marzo del año en curso, realice las adecuaciones necesarias a fin de que el Concejo Fundacional de San Quintín pueda ejercer los recursos correspondientes a ese nuevo municipio y por los siguientes conceptos le corresponden: Impuestos, Derechos, Productos, Aprovechamientos, así como participaciones federales y de cualquier otro tipo que le correspondan.

DÉCIMO SEGUNDO.- A partir de la instalación del concejo municipal fundacional, el ayuntamiento de Ensenada procederá a darle posesión y transferirle las oficinas, los archivos, documentos y bienes municipales destinados al servicio de la comunidad del nuevo municipio, acciones a realizar mediante los procedimientos legales y administrativos correspondientes.

El Ayuntamiento de Ensenada deberá entregar al Concejo Fundacional de San Quintín a más tardar el 31 de Marzo del 2021, los bienes inmuebles, muebles de las delegaciones municipales y demás organismos municipales que se encuentren en la demarcación territorial del nuevo, asimismo realizará la transferencia del personal y plazas que se encontraban adscritas a las delegaciones que forman parte del nuevo municipio al cierre de ejercicio del 2020, sin perjuicio de que temporalmente sigan recibiendo pago por parte del Ayuntamiento de Ensenada.

DÉCIMO TERCERO AL VIGÉSIMO SEGUNDO.- ...





PODER LEGISLATIVO DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA
XXIII LEGISLATURA



LA H. XXIII LEGISLATURA CONSTITUCIONAL DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE BAJA CALIFORNIA, EN USO DE LAS FACULTADES QUE LE CONFIERE EL ARTÍCULO 27, FRACCIÓN I DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA LOCAL, EXPIDE EL SIGUIENTE:

DECRETO No. 246

ÚNICO.- La Honorable Vigésima Tercera (XXIII) Legislatura Constitucional del Congreso del Estado de Baja California, en ejercicio de las facultades conferidas por los artículos 27 Fracción XXVI y 76 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Baja California y 27 de la Ley de Régimen Municipal del Estado de Baja California, APRUEBA la creación del Municipio de SAN FELIPE, con la superficie, circunscripción y colindancias que a continuación se señalan:

AL NORTE: EL MUNICIPIO DE MEXICALI.

AL SUR: EL MUNICIPIO DE SAN QUINTÍN.

AL ESTE: EL MAR DE CORTÉS (GOLFO DE CALIFORNIA)

AL OESTE: EL MUNICIPIO DE ENSENADA Y EL MUNICIPIO DE SAN QUINTÍN.

PARTIENDO DEL VÉRTICE DONDE SE INTERSECTA EL LITORAL DEL MAR DE CORTÉS CON LINDERO SUR DEL EJIDO INDUSTRIAL AÑO DE JUÁREZ Y DE ESTE VÉRTICE EN DIRECCIÓN APROXIMADA OESTE SIGUIENDO LIMITE SUR DEL EJIDO INDUSTRIAL AÑO DE JUÁREZ, SE LLEGA AL VÉRTICE DONDE ESTE MISMO LINDERO EJIDAL TOMA UNA DIRECCIÓN APROXIMADA NORTE HASTA INTERSECTAR CON EJIDO INDUSTRIAL JOSEFA ORTIZ DE DOMÍNGUEZ, DE ESTE VÉRTICE DE INTERSECCIÓN SE SIGUE CON UNA DIRECCIÓN APROXIMADA OESTE HASTA INTERSECTAR CON LINDERO DEL EJIDO PLAN NACIONAL AGRARIO, DE ESTE PUNTO DE INTERSECCIÓN ENTRE LOS EJIDOS INDUSTRIAL JOSEFA ORTIZ DE DOMÍNGUEZ Y PLAN NACIONAL AGRARIO, SE SIGUE APROXIMADAMENTE HACIA EL NORTE SOBRE LINDERO ENTRE EJIDO INDUSTRIAL JOSEFA ORTIZ DE DOMÍNGUEZ Y PLAN NACIONAL AGRARIO HASTA SU INTERSECCIÓN CON EJIDO COMUNIDAD INDÍGENA CUCAPAH, DE ESTE VÉRTICE TRINO SE SIGUE EN DIRECCIÓN APROXIMADA SUROESTE HASTA VÉRTICE TRINO DONDE SE INTERSECTAN LOS EJIDOS PLAN NACIONAL AGRARIO, EJIDO COMUNIDAD INDÍGENA CUCAPAH Y EJIDO JOSÉ SALDAÑA NÚMERO DOS, DE ESTE VÉRTICE Y SIGUIENDO UNA DIRECCIÓN APROXIMADA SUROESTE SE LLEGA AL VÉRTICE DONDE SE INTERSECTAN EJIDO PLAN NACIONAL AGRARIO, EJIDO JOSÉ SALDAÑA NÚMERO DOS, EJIDO

1





PODER LEGISLATIVO DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA
XXIII LEGISLATURA



COMUNIDAD INDÍGENA MISIÓN DE SANTA CATALINA Y EJIDO JAMAU, ESTE VÉRTICE TETRA Y EN DIRECCIÓN APROXIMADA SUR-OESTE SIGUIENDO LINDERO ENTRE LOS EJIDOS JAMAU Y COMUNIDAD INDÍGENA MISIÓN DE SANTA CATALINA HASTA SU INTERSECCIÓN CON LÍMITE MUNICIPAL ACTUAL DE LOS MUNICIPIOS DE ENSENADA Y MEXICALI ENTRE LOS CERROS "CAMPO NACIONAL" Y "CERRO NEGRO", DE ESTE VÉRTICE DE INTERSECCIÓN Y SIGUIENDO UNA DIRECCIÓN SURESTE SOBRE LINDERO MUNICIPAL ACTUAL ENTRE LOS MUNICIPIOS DE ENSENADA Y MEXICALI, SE LLEGA AL VÉRTICE TERRITORIAL ENTRE ESTOS MUNICIPIOS (ENSENADA-MEXICALI), UBICADO EN CERRO COLORADO, DE ESTE VÉRTICE Y SIGUIENDO UNA DIRECCIÓN APROXIMADA SURESTE SIGUIENDO EL MISMO LINDERO MUNICIPAL ACTUAL ENTRE ENSENADA Y MEXICALI HASTA LLEGAR AL CERRO DE "LA ENCANTADA" VÉRTICE PERTENECIENTE AL LÍMITE TERRITORIAL ENTRE LOS MUNICIPIOS DE ENSENADA Y MEXICALI, DE ESTE VÉRTICE EN DIRECCIÓN APROXIMADA SURESTE SIGUIENDO EL LINDERO ENTRE EL EJIDO PLAN NACIONAL AGRARIO Y PARQUE NACIONAL SAN PEDRO MÁRTIR, SE LLEGA AL VÉRTICE DONDE SE INTERSECTAN EJIDO PLAN NACIONAL AGRARIO, EJIDO BRAMADERO Y TERRENOS DEL PARQUE NACIONAL SAN PEDRO MÁRTIR, DE ESTE VÉRTICE EN DIRECCIÓN APROXIMADA ESTE SE SIGUE, LINDERO ENTRE TERRENOS DEL EJIDO PLAN NACIONAL AGRARIO Y EJIDO BRAMADERO HASTA EL PUNTO DE INTERSECCIÓN ENTRE LOS EJIDOS BRAMADERO Y PLAN NACIONAL AGRARIO, DE ESTE VÉRTICE, SIGUIENDO LINDERO ENTRE EJIDO BRAMADERO Y PLAN NACIONAL AGRARIO HASTA INTERSECTAR CON EJIDO REFORMA AGRARIA INTEGRAL, DE ESTE VÉRTICE TRINO, EN DIRECCIÓN APROXIMADA SURESTE Y SIGUIENDO LINDERO ENTRE EJIDOS PLAN NACIONAL AGRARIO Y REFORMA AGRARIA INTEGRAL HASTA LLEGAR AL VÉRTICE DONDE INTERSECTA CON EJIDO DELICIAS, DE ESTE VÉRTICE TRINO SIGUIENDO LINDERO ENTRE EJIDO DELICIAS Y EJIDO REFORMA AGRARIA INTEGRAL HASTA LLEGAR AL VÉRTICE DONDE INTERSECTA CON EJIDO MATOMI, DE ESTE VÉRTICE Y SIGUIENDO EL LINDERO ENTRE LOS EJIDOS MATOMI Y REFORMA AGRARIA INTEGRAL SE LLEGA AL VÉRTICE DE INTERSECCIÓN ENTRE EJIDO MATOMI, REFORMA AGRARIA INTEGRAL Y REVOLUCIÓN, DE ESTE VÉRTICE Y SIGUIENDO LINDERO ENTRE EJIDOS MATOMI Y REVOLUCIÓN HASTA LLEGAR AL VÉRTICE DE INTERSECCIÓN CON EJIDO HERMENEGILDO GALEANA, DE ESTE VÉRTICE Y SIGUIENDO LINDERO ENTRE EJIDO HERMENEGILDO GALEANA Y EJIDO REVOLUCIÓN, HASTA SU INTERSECCIÓN CON EJIDO JUÁREZ, DE ESTE VÉRTICE Y SIGUIENDO LINDERO ENTRE EJIDO HERMENEGILDO GALEANA Y EJIDO JUÁREZ HASTA LLEGAR A LA INTERSECCIÓN CON EJIDO TIERRA Y LIBERTAD, DE ESTE VÉRTICE SIGUIENDO LINDERO ENTRE EJIDO TIERRA Y LIBERTAD Y HERMENEGILDO GALEANA SE LLEGA AL VÉRTICE DE INTERSECCIÓN CON LITERAL DEL MAR DE CORTES, DE ESTE VÉRTICE Y SIGUIENDO EN DIRECCIÓN APROXIMADA NOROESTE POR EL LITORAL DEL MAR DE CORTES SE LLEGA AL VÉRTICE DE INTERSECCIÓN CON LINDERO SUR DEL EJIDO INDUSTRIAL AÑO DE JUÁREZ, PUNTO DE PARTIDA DEL POLÍGONO ANTES DESCRITO.





PODER LEGISLATIVO DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA
XXIII LEGISLATURA



COMUNIDAD INDÍGENA MISIÓN DE SANTA CATALINA Y EJIDO JAMAU, ESTE VÉRTICE TETRA Y EN DIRECCIÓN APROXIMADA SUR-OESTE SIGUIENDO LINDERO ENTRE LOS EJIDOS JAMAU Y COMUNIDAD INDÍGENA MISIÓN DE SANTA CATALINA HASTA SU INTERSECCIÓN CON LIMITE MUNICIPAL ACTUAL DE LOS MUNICIPIOS DE ENSENADA Y MEXICALI ENTRE LOS CERROS "CAMPO NACIONAL" Y "CERRO NEGRO", DE ESTE VERTICE DE INTERSECCIÓN Y SIGUIENDO UNA DIRECCIÓN SURESTE SOBRE LINDERO MUNICIPAL ACTUAL ENTRE LOS MUNICIPIOS DE ENSENADA Y MEXICALI, SE LLEGA AL VERTICE TERRITORIAL ENTRE ESTOS MUNICIPIOS (ENSENADA-MEXICALI), UBICADO EN CERRO COLORADO, DE ESTE VÉRTICE Y SIGUIENDO UNA DIRECCIÓN APROXIMADA SURESTE SIGUIENDO EL MISMO LINDERO MUNICIPAL ACTUAL ENTRE ENSENADA Y MEXICALI HASTA LLEGAR AL CERRO DE "LA ENCANTADA" VÉRTICE PERTENECIENTE AL LÍMITE TERRITORIAL ENTRE LOS MUNICIPIOS DE ENSENADA Y MEXICALI, DE ESTE VÉRTICE EN DIRECCIÓN APROXIMADA SURESTE SIGUIENDO EL LINDERO ENTRE EL EJIDO PLAN NACIONAL AGRARIO Y PARQUE NACIONAL SAN PEDRO MÁRTIR, SE LLEGA AL VERTICE DONDE SE INTERSECTAN EJIDO PLAN NACIONAL AGRARIO, EJIDO BRAMADERO Y TERRENOS DEL PARQUE NACIONAL SAN PEDRO MÁRTIR, DE ESTE VÉRTICE EN DIRECCIÓN APROXIMADA ESTE SE SIGUE, LINDERO ENTRE TERRENOS DEL EJIDO PLAN NACIONAL AGRARIO Y EJIDO BRAMADERO HASTA EL PUNTO DE INTERSECCIÓN ENTRE LOS EJIDOS BRAMADERO Y PLAN NACIONAL AGRARIO, DE ESTE VÉRTICE, SIGUIENDO LINDERO ENTRE EJIDO BRAMADERO Y PLAN NACIONAL AGRARIO HASTA INTERSECTAR CON EJIDO REFORMA AGRARIA INTEGRAL, DE ESTE VÉRTICE TRINO, EN DIRECCIÓN APROXIMADA SURESTE Y SIGUIENDO LINDERO ENTRE EJIDOS PLAN NACIONAL AGRARIO Y REFORMA AGRARIA INTEGRAL HASTA LLEGAR AL VÉRTICE DONDE INTERSECTA CON EJIDO DELICIAS, DE ESTE VÉRTICE TRINO SIGUIENDO LINDERO ENTRE EJIDO DELICIAS Y EJIDO REFORMA AGRARIA INTEGRAL HASTA LLEGAR AL VÉRTICE DONDE INTERSECTA CON EJIDO MATOMI, DE ESTE VÉRTICE Y SIGUIENDO EL LINDERO ENTRE LOS EJIDOS MATOMI Y REFORMA AGRARIA INTEGRAL SE LLEGA AL VÉRTICE DE INTERSECCIÓN ENTRE EJIDO MATOMI, REFORMA AGRARIA INTEGRAL Y REVOLUCIÓN, DE ESTE VÉRTICE Y SIGUIENDO LINDERO ENTRE EJIDOS MATOMI Y REVOLUCIÓN HASTA LLEGAR AL VÉRTICE DE INTERSECCIÓN CON EJIDO HERMENEGILDO GALEANA, DE ESTE VÉRTICE Y SIGUIENDO LINDERO ENTRE EJIDO HERMENEGILDO GALEANA Y EJIDO REVOLUCIÓN, HASTA SU INTERSECCIÓN CON EJIDO JUÁREZ, DE ESTE VÉRTICE Y SIGUIENDO LINDERO ENTRE EJIDO HERMENEGILDO GALEANA Y EJIDO JUÁREZ HASTA LLEGAR A LA INTERSECCIÓN CON EJIDO TIERRA Y LIBERTAD, DE ESTE VÉRTICE SIGUIENDO LINDERO ENTRE EJIDO TIERRA Y LIBERTAD Y HERMENEGILDO GALEANA SE LLEGA AL VÉRTICE DE INTERSECCIÓN CON LITERAL DEL MAR DE CORTES, DE ESTE VÉRTICE Y SIGUIENDO EN DIRECCIÓN APROXIMADA NOROESTE POR EL LITORAL DEL MAR DE CORTES SE LLEGA AL VÉRTICE DE INTERSECCIÓN CON LINDERO SUR DEL EJIDO INDUSTRIAL AÑO DE JUÁREZ, PUNTO DE PARTIDA DEL POLÍGONO ANTES DESCRITO.



Anexo 4. Unidades Médicas, 2020

CLAVE CLUES	INSTITUCIÓN	NOMBRE
BCSME000135	ESTATAL	CONSULTORIO SAN VICENTE (ISSSTECALI)
BCSME000065	ESTATAL	HOSPITAL ISSSTECALI ENSENADA
BCSME000012	ESTATAL	ISSSTECALI CLÍNICA 44700
BCIMS000011	IMSS	HGZMF 8 ENSENADA
BCIMS000093	IMSS	UMF 11 EL SAUZAL
BCIMS000105	IMSS	UMF 14 VALLE GUADALUPE
BCIMS000081	IMSS	UMF 22 SAN VICENTE
BCIMS000023	IMSS	UMF 25 ENSENADA
BCIMS000076	IMSS	UMF 29 EL ROSARIP
BCIMS000035	IMSS	UMF 32 ENSENADA
BCIMS000040	IMSS	UMFH 13 SAN QUINTIN
BCIMO000012	IMSS BIENESTAR	CAMALÚ
BCIMO000036	IMSS BIENESTAR	EJIDO MÉXICO (EJIDO PUNTA COLONET)
BCIMO000065	IMSS BIENESTAR	EJIDO VILLA JESÚS MARÍA
BCIMO000053	IMSS BIENESTAR	EL PORVENIR (GUADALUPE)
BCIMO000024	IMSS BIENESTAR	LÁZARO CÁRDENAS (ENSENADA)
BCIMO000070	IMSS BIENESTAR	SAN QUINTÍN
BCIMO000041	IMSS BIENESTAR	SANTO TOMÁS (ENSENADA)
BCIMO000205	IMSS BIENESTAR	UNIDAD MEDICA MOVIL CAMALU
BCIMO000210	IMSS BIENESTAR	UNIDAD MEDICA MOVIL CONEJO
BCIMO000181	IMSS BIENESTAR	UNIDAD MEDICA MOVIL COYOTE
BCIMO000193	IMSS BIENESTAR	UNIDAD MEDICA MOVIL PUMA
BCIST000122	ISSSTE	EL ROSARIO
BCIST000011	ISSSTE	ENSENADA
BCIST000023	ISSSTE	ISLA DE CEDROS
BCIST000035	ISSSTE	SAN QUINTIN
BCIST000105	ISSSTE	SAN VICENTE
BCIST000110	ISSSTE	VALLE DE LA TRINIDAD
BCSDN000041	SEDENA	2/O. REGIMIENTO CABALLERÍA MOTORIZADO
BCSDN000024	SEDENA	HOSPITAL MILITAR REGIONAL DEL CIPRES, B. C.
BCSMA000013	SEMAR	SANATORIO NAVAL DE ENSENADA
BCSSA000143	SSA	BAHÍA DE LOS ÁNGELES
BCSSA000411	SSA	BENITO GARCÍA
BCSSA000324	SSA	BENITO JUÁREZ
BCSSA017643	SSA	CAPASITS
BCSSA017870	SSA	CARAVANA DE LA SALUD NO. 4
BCSSA018314	SSA	CARAVANA DE SALUD NO. 5
BCSSA017800	SSA	CARAVANA NO. 7
BCSSA017783	SSA	CARAVANA NO. 9
BCSSA001695	SSA	CENTRO DE SALUD CAMALU
BCSSA018244	SSA	CENTRO NUEVA VIDA CHAPULTEPEC
BCSSA018232	SSA	CENTRO NUEVA VIDA MANEADERO
BCSSA018220	SSA	CENTRO NUEVA VIDA SAUZAL
BCSSA018261	SSA	CENTRO NUEVA VIDA VICENTE GUERRERO
BCSSA000114	SSA	COL. JALISCO
BCSSA000126	SSA	COL. LOMITAS INDECO

BCSSA000131	SSA	COL. OBRERA
BCSSA000266	SSA	COL. VICENTE GUERRERO
BCSSA000061	SSA	COLONIA LOMA LINDA
BCSSA000423	SSA	COLONIA NUEVA ERA
BCSSA000073	SSA	COLONIA POPULAR 2
BCSSA000085	SSA	COLONIA POPULAR 89
BCSSA000225	SSA	EL ROSARÍO DE ARRIBA
BCSSA017602	SSA	EL SAUZAL
BCSSA000382	SSA	EMILIANO ZAPATA
BCSSA000160	SSA	ERÉNDIRA
BCSSA017631	SSA	ESTEBAN CANTÚ
BCSSA017725	SSA	EX EJIDO CHAPULTEPEC
BCSSA018005	SSA	EX EJIDO RUIZ CORTINES
BCSSA017696	SSA	FLORES MAGÓN
BCSSA000102	SSA	FRACCIONAMIENTO MAR
BCSSA000172	SSA	FRANCISCO ZARCO
BCSSA017585	SSA	GÓMEZ MORIN
BCSSA000341	SSA	HÉROES DE LA INDEPENDENCIA
BCSSA000015	SSA	HOSPITAL GENERAL DE ENSENADA
BCSSA000184	SSA	ISLA DE CEDROS
BCSSA000201	SSA	LA MISIÓN
BCSSA017684	SSA	LA PROVIDENCIA
BCSSA001613	SSA	MACLOVIO ROJAS
BCSSA017626	SSA	PORTICOS DEL MAR
BCSSA000353	SSA	RANCHO LOS PINOS
BCSSA000213	SSA	REAL DEL CASTILLO
BCSSA000196	SSA	RODOLFO SÁNCHEZ TABOADA (MANEADERO)
BCSSA000230	SSA	RUBÉN JARAMILLO
BCSSA000090	SSA	RUÍZ Y 14
BCSSA000312	SSA	SAN ANTONIO DE LAS MINAS
BCSSA000242	SSA	SAN VICENTE
BCSSA017993	SSA	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS (SORID) EX EJIDO RUIZ CORTINES
BCSSA017853	SSA	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MEDICAS DE BC ENSENADA (UNEME - CIRUGÍA AMBULATORIA)
BCSSA000271	SSA	UNIDAD MÓVIL 1
BCSSA000044	SSA	UNIDAD MÓVIL 9
BCSSA001415	SSA	UNIDAD MÓVIL NO. 1
BCSSA000283	SSA	UNIDAD MÓVIL NO. 2
BCSSA001420	SSA	UNIDAD MÓVIL NO. 2
BCSSA000295	SSA	UNIDAD MÓVIL NO. 3
BCSSA000300	SSA	UNIDAD MÓVIL NO. 4
BCSSA000254	SSA	UNIDAD MÓVIL NO. 6
BCSSA000020	SSA	UNIDAD MÓVIL NO. 7
BCSSA000032	SSA	UNIDAD MÓVIL NO. 8
BCSSA001666	SSA	VALLE DE GUADALUPE
BCSSA000370	SSA	VALLE DE LA TRINIDAD

Anexo 5. Lista de costos unitarios

Tipo de Servicio	Costo Unitario (\$)
ATENCIÓN EN UNIDADES DE PRIMER NIVEL	
Consulta de Medicina Familiar ¹	969
Consulta Dental (Estomatología)	916
Atención de Urgencias	844
Curaciones	502
Estudio de Laboratorio Clínico	122
Estudio de Radiodiagnóstico	454
Estudio de Ultrasonografía	609
Traslado en Ambulancia	667
Sesión de Hemodiálisis	5,580
Sesión de Quimioterapia	7,336
Intervención de Tococirugía	14,496
Día paciente en Hospitalización	10,761
Intervención Quirúrgica	10,739
Consulta/Sesión de Medicina Física y Rehabilitación	1,238
Terapia Psicológica	1,411
Estudio/Procedimiento de Endoscopia	4,081
Sesión de Diálisis	145
Prueba rápida de detección de antígenos del virus SARS-CoV-2 (COVID-19)	319
Prueba RT-PCR de detección de material genético del virus SARS-CoV-2 (COVID-19)	1,137
ATENCIÓN EN UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL	
Consulta de Medicina Familiar ¹	969
Consulta Dental (Estomatología)	916
Consulta de Especialidades ²	1,559
Atención de Urgencias	1,737
Día Paciente en Hospitalización	10,761
Día Paciente en Incubadora	10,761
Día Paciente en Terapia Intensiva	54,053
Curaciones	502
Estudio de Laboratorio Clínico	137
Citología Exfoliativa	321
Estudio de Medicina Nuclear	1,164
Estudio de Electrodiagnóstico	779
Estudio de Radiodiagnóstico	454
Estudio de Ultrasonografía	609
Estudio de Tomografía Axial	2,964
Estudio de Resonancia Magnética	4,791

Estudio/Procedimiento de Endoscopia	4,081
Consulta/Sesión de Medicina Física y Rehabilitación	1,786
Sesión de Radioterapia	2,853
Estudio de Anatomía Patológica	321
Intervención Quirúrgica	33,340
Intervención de Tococirugía	14,496
Traslado en Ambulancia	2,819
Sesión de Quimioterapia	7,336
Sesión de Hemodiálisis	5,580
Estudio/Procedimiento de Hemodinámica	54,178
Terapia Psicológica	1,411
Estudio/Sesión de Gabinete de Tratamiento³	253
Sesión de Terapia/Reeducación Ocupacional	156
Servicio de Banco de Sangre	264
Consulta a Donadores	349
Sesión de Diálisis	145
Servicio de Litotripsia	4,490
Prueba rápida de detección de antígenos del virus SARS-CoV-2 (COVID-19)	319
Prueba RT-PCR de detección de material genético del virus SARS-CoV-2 (COVID-19)	1,137
Día paciente con ventilación mecánica	39,601
ATENCIÓN EN UNIDADES DE TERCER NIVEL	
Consulta de Especialidades²	2,461
Atención de Urgencias	3,740
Día Paciente en Hospitalización	10,761
Día Paciente en Incubadora	10,761
Día Paciente en Terapia Intensiva	54,053
Estudio de Laboratorio Clínico	221
Citología Exfoliativa	392
Estudio de Medicina Nuclear	1,164
Estudio de Electrodiagnóstico	1,068
Estudio de Radiodiagnóstico	704
Estudio de Ultrasonografía	609
Estudios de Tomografía Axial	2,964
Estudios de Resonancia Magnética	4,790
Procedimiento de Cardiología Intervencionista _ Hemodinámica	54,178
Estudio/Procedimiento de Endoscopia	4,081
Consulta/Sesión de Medicina Física y Rehabilitación	3,018
Sesión de Radioterapia	2,853
Sesión de Quimioterapia	7,336
Estudio de Anatomía Patológica	392
Intervención Quirúrgica	48,143

Intervención de Tococirugía	15,518
Traslado en Ambulancia	7,561
Sesión de Hemodiálisis	5,580
Terapia Psicológica	1,411
Estudio/Sesión de Gabinete de Tratamiento³	253
Sesión de Terapia/Reeducación Ocupacional	156
Servicio de Banco de Sangre	405
Consulta a Donadores	349
Sesión de Diálisis	145
Servicio de Litotripsia	4,490
Prueba rápida de detección de antígenos del virus SARS-CoV-2 (COVID-19)	319
Prueba RT-PCR de detección de material genético del virus SARS-CoV-2 (COVID-19)	1,137
Día paciente con ventilación mecánica	39,601