

Capítulo 13. Derecho a la salud



¡Nuestra ciudad, **nuestros derechos!**

I. Diagnóstico

A. Obligaciones del Estado

El derecho del ser humano a la salud se reconoce en varios instrumentos internacionales¹ de derechos humanos. El primer reconocimiento

¹ Véanse párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Además de estos dos documentos, el derecho a la salud está plasmado en instrumentos dirigidos a algunos grupos que por su condición presentan mayor riesgo de exclusión social. Así, el derecho a la salud se reconoce en el numeral *iv* del inciso *e* del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial de 1965; en el apartado *f* del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos (Resolución 1989/11), así como en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993; en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994;

se hizo en el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos,² que establece: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³ contiene la disposición más exhaustiva del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1º del artículo 12 del Pacto, los Estados reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

La Observación general número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas⁴ precisa el contenido normativo del derecho a la salud, identificando los siguientes elementos esenciales e interrelacionados que componen ese derecho:

- a) *La disponibilidad.* El Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de salud, así como de programas, en particular

y en la Declaración y Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, que contienen definiciones de la salud reproductiva y de la salud de la mujer.

² La Declaración Universal de Derechos Humanos fue adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948.

³ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966; entró en vigor el 23 de marzo de 1971 y fue ratificado por México el 23 de junio de 1981.

⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14 (2000), relativa al derecho al más alto nivel posible de salud física y mental (párrafo 2) [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>

programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y medidas para proteger a todas las personas en situación de exclusión social, especialmente las mujeres, las y los niños y jóvenes y las personas adultas mayores. Esos establecimientos y servicios deberán estar en condiciones sanitarias adecuadas, contar con personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, así como con los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud;

b) *La accesibilidad*. Se basa en cuatro principios que se complementan:

i) *La no discriminación*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más excluidos y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos como la raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud;

ii) *La accesibilidad física*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de las personas en situación de exclusión social o marginadas, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, las y los niños y jóvenes, las personas adultas mayores, las personas con discapacidades y las personas con el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida;

- iii) *La accesibilidad económica (asequibilidad)*. Los pagos por servicios de atención de la salud y otros servicios relacionados deberán basarse en el principio de equidad a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos;
 - iv) *El acceso a la información*. Comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud;
- c) *La aceptabilidad*. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades y, a la par, sensibles a los requisitos del género y del ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas;
- d) *La calidad*. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia, potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Además, el derecho a la salud está consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por lo que es obligación del Estado garantizarlo. El artículo 4º constitucional establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución.

Asimismo, el artículo 123 constitucional y las leyes reglamentarias de la seguridad social constituyen la mayor protección para la vida de las y los mexicanos. Efectivamente, desde la gravidez tanto para el producto como para la madre, el nacimiento, la enfermedad, los accidentes, la invalidez, la vejez y la muerte de las personas están protegidos por las instituciones de seguridad social, las cuales cubren a 70 por ciento de la población mexicana.⁵

El derecho a la salud y a la vida, cuyo cumplimiento es responsabilidad del Estado, está señalado en las siguientes fracciones del artículo 123 constitucional:

El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes deberá expedir leyes sobre el trabajo, las cuales regirán:

Apartado A. Entre los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo:

[...]

XIV. Los empresarios serán responsables de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patronos deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aun en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario.

XV. El patrón estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos

⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social, Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018, México, IMSS, 2014 [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de octubre de 2015.] Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf

y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas. Las leyes contendrán, al efecto, las sanciones procedentes en cada caso.

[...]

XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

[...]

XXXI. La aplicación de las leyes del trabajo corresponde a las autoridades de las entidades federativas, de sus respectivas jurisdicciones, pero es de la competencia exclusiva de las autoridades federales en los asuntos relativos a [...].⁶

Apartado B. Entre los Poderes de la Unión y sus trabajadores:

[...]

XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.

b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley.

c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los

⁶ Se citan 22 ramas económicas.

derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.

d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la ley.

[...]

Las leyes sobre salud vigentes en la Ciudad de México son:⁷

Ley de Protección a la Salud de los no Fumadores en el Distrito Federal, cuyo objeto se define en el artículo 1 en los siguientes términos:

I. Proteger la salud de la población de los efectos nocivos por inhalar involuntariamente el humo de la combustión del tabaco, en lo sucesivo humo de tabaco.

II. Establecer mecanismos, acciones y políticas públicas tendientes a prevenir y disminuir las consecuencias derivadas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de la combustión [del] tabaco en cualquiera de sus formas, y

III. Definir y establecer las políticas y acciones necesarias para reducir el consumo de tabaco y prevenir la exposición al humo, así como la morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaco.

Ley de Salud del Distrito Federal, donde se establecen los derechos y las obligaciones en materia de salud para la población. En el artículo 2 se dispone:

⁷ Gobierno del Distrito Federal, Prontuario Normativo [en línea]. [Fecha de consulta: 25 de febrero de 2016.] Disponible en: <http://www3.contraloriadf.gob.mx/prontuario/index.php/normativas/Template/index>

Los habitantes del Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquiera otro, tienen derecho a la protección a la salud. El Gobierno del Distrito Federal y las dependencias y entidades federales, en el ámbito de sus respectivas competencias, tiene la obligación de cumplir este derecho.

En tanto que, de acuerdo con el artículo 3, el derecho a la protección a la salud se regirá por los principios de universalidad, equidad y gratuidad.

Ley de Salud Mental del Distrito Federal, cuyo artículo 1, fracción II, define como parte de su objeto:

Establecer los mecanismos adecuados para la promoción, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y fomento de la salud mental en instituciones de salud pública del Distrito Federal, así como para personas físicas o morales de los sectores social y privado, que coadyuven en la prestación de servicios.

En el artículo 3, la ley citada establece:

Toda persona que habite o transite en el Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición social, condiciones de salud, religión, identidad étnica, orientación sexual o cualquiera otro, tienen derecho a la salud mental.

El Gobierno, las dependencias e instituciones públicas, sociales y privadas, en el ámbito de sus respectivas competencias, tienen la obligación de garantizar el cumplimiento de este derecho, mediante una política transversal, con respeto a los derechos humanos y con un enfoque de género.

Además, el 19 de enero de 2016 se publicó en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el decreto por el que se adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley de Salud del Distrito Federal. En este caso se modificó el artículo 26 en su fracción III, por lo que se dispone que

los Servicios de Salud Pública, como parte del Sistema de Salud del Distrito Federal, se encargan de prestar atención médica “Contribuyendo a la prestación de atención médica de cualquier nivel, incluyendo los programas ‘Medicina a Distancia’, ‘Detección oportuna de enfermedades crónicas’ y ‘El Médico en tu Casa’ entre otros”.⁸

B. Principales problemáticas

Según el Programa General de Desarrollo 2013-2018, el Distrito Federal presenta una transición epidemiológica que se caracteriza por el predominio de enfermedades crónico-degenerativas. La atención de estas enfermedades en los hospitales de la Ciudad de México casi se triplicó entre los años 2000 y 2011: en 2000 se brindó atención a 183 mil personas por enfermedades como diabetes y enfermedades cardiovasculares, y para 2011 la cifra se incrementó a 516 mil personas.⁹ Sin embargo, pueden formularse algunas precisiones. En primer lugar, tanto las enfermedades infecciosas como las crónico-degenerativas tienen un impacto diferencial según los grupos de población (etarios, por sexo, sociales, entre otros), y la evolución de la incidencia no siempre tiene el mismo sentido. En lugar de detectar una sola tendencia, es preciso revisar los problemas específicos que afectan más a unos grupos que a otros. En segundo lugar, un mejor enfoque supone considerar de modo integral el derecho a la salud, incluyendo aspectos como la prevención y el saneamiento, y no sólo la incidencia de la enfermedad.

⁸ Jefatura de Gobierno, Decreto por el que se adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley de Salud del Distrito Federal. En: *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 19 de enero de 2016.

⁹ Véase: Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018. En: *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 11 de septiembre de 2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 5 de octubre de 2015.] Disponible en: http://www.consejeria.df.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/522fe67482e50.pdf

Esperanza de vida, fecundidad y natalidad

La esperanza de vida es similar a la del año 2008, cuando se realizó el primer *Diagnóstico de derechos humanos del Distrito Federal*: fue de 75.9 años en 2008 y de 75.84 años en 2013.¹⁰

Mortalidad y principales enfermedades

La tasa bruta de mortalidad en el Distrito Federal aumentó sensiblemente: pasó de 5.4 defunciones por cada 1000 habitantes en 2007 a 6.5 defunciones por cada 1000 habitantes en 2013.¹¹ La cifra supera el promedio nacional de 5.7 defunciones por cada 1000 habitantes al año.¹²

Las seis principales causas de mortalidad en el Distrito Federal son las enfermedades del corazón, la diabetes *mellitus*, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades del hígado e influenza y neumonía. Es significativo el incremento de muertes por accidentes y violencia, particularmente entre las y los jóvenes.

La tasa de mortalidad por accidentes de tránsito es superior para los hombres que para las mujeres: 17.6 contra 6.4, respectivamente.¹³ Al

¹⁰ Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Agenda estadística 2013*, México, Sedesa, 2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.] Disponible en: http://www.salud.df.gob.mx/portal/media/agenda2013_portal/inicio.html

¹¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2013*, México, INEGI, c2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.] Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2013/AEGPEF_2013.pdf

¹² *Idem*.

¹³ Secretaría de Salud, *Rendición de cuentas en salud 2012*, México, Ssa, 2012 [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de octubre de 2015.] Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/rcs_2012.pdf

respecto, se necesitará evaluar los resultados de la implementación del nuevo Reglamento de Tránsito que entró en vigor el 15 de diciembre de 2015, y cuya finalidad es reducir significativamente los accidentes de tránsito.

El cáncer de mama y el cérvico-uterino son problemas de salud pública prioritarios. Datos de la *Agenda estadística 2011* de la Secretaría de Salud del Distrito Federal reportan que los tumores malignos derivados de dichas enfermedades fueron la tercera causa de mortalidad general en mujeres durante 2010, con tasas de 14.5 y 6.5 por cada 100 mil mujeres.¹⁴

Para 2012, la tasa de mortalidad por cáncer mamario fue de 22.7 por cada 100 mil mujeres mayores de 25 años.¹⁵ Esta tasa, en relación con la que se registró en el primer *Diagnóstico de derechos humanos del Distrito Federal*, que fue de 23.9,¹⁶ disminuyó en poco más de una defunción.

En comparación con el año 2007, cuando se reportaron 12 defunciones de menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad infantil del Distrito Federal reportada en el año 2011 se incrementó en poco más de 2 muertes de menores de un año, pasando de 12 a 14 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.¹⁷

¹⁴ Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Agenda estadística 2011*, México, Sedesa, 2011 [en línea]. [Fecha de consulta: 16 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.salud.df.gob.mx/portal/media/Agenda2011/INDEX.HTML>

¹⁵ Secretaría de Salud, *2º Informe de labores 2013-2014*, México, Ssa, septiembre de 2014 [en línea]. [Fecha de consulta: 16 de marzo de 2016.] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/transparencia/informes/Segundo_Informe_de_Labores_de_la_Secretaria_de_Salud_2013-2014.pdf

¹⁶ Información obtenida de: Secretaría de Salud, *Salud México 2001-2005, Información para la rendición de cuentas*, México, 2006, Anexos Estadísticos.

¹⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2013*, op. cit., nota 11.

Desnutrición, obesidad y trastornos alimenticios

En la Ciudad de México, la desnutrición y otras deficiencias nutricionales se ubican en el lugar 16 entre las primeras causas de muerte,¹⁸ al mismo tiempo que aumentan el sobrepeso y la obesidad.

En cuanto a la población adulta (20 años y más), en la Ciudad de México el sobrepeso y la obesidad en hombres presentan un incremento en 2012 en relación con el año 2006. El primero pasó de 43.8 a 44.8 por ciento; y la segunda, de 26.0 a 29.5 por ciento. La obesidad en mujeres adultas también aumentó: de 34.2 a 37.7 por ciento.¹⁹ En el nivel nacional, la prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad en mujeres fue de 73.0 por ciento.²⁰ En el Distrito Federal ésta fue de 73.4 por ciento, lo que representa 2.7 millones de personas. La prevalencia nacional de varones con sobrepeso y obesidad fue de 69.4 por ciento, mientras que en la capital del país fue de 74.3 por ciento, es decir, 2 millones de personas.

En el ámbito nacional, 34.4 por ciento de las y los escolares (de 5 a 11 años de edad) y 35.0 por ciento de las y los adolescentes (de 12 a 19 años de edad) presentaron sobrepeso y obesidad; mientras que en el Distrito Federal estas prevalencias fueron de 35.2 y 38.9 por ciento, es

¹⁸ Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Agenda estadística 2009*, México, Sedesa, 2010 [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de octubre de 2015.] Disponible en: http://www.salud.df.gob.mx/portal/media/Agenda_2009/index.html

¹⁹ Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados por entidad federativa 2012. Distrito Federal, México, INSP, 2012 [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/DistritoFederalOCT.pdf> (Los datos siguientes de sobrepeso y obesidad del Distrito Federal provienen de esta fuente.)

²⁰ Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados nacionales 2012, México, INSP, 2012 [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf> (Los datos siguientes de sobrepeso y obesidad nacionales provienen de esta fuente.)

decir, 1.06 y 1.1 millones de personas, respectivamente. En el Distrito Federal, 8.2 por ciento de las y los niños menores de 5 años tenían sobrepeso y obesidad; en tanto que en el ámbito nacional la cifra fue de 9.7 por ciento.

Si bien el Gobierno del Distrito Federal ha implementado políticas para prevenir el sobrepeso y la obesidad, éstas han resultado insuficientes y de poco impacto para lograr la transformación del ambiente obesigénico.²¹ Las acciones requeridas exigen un diseño de políticas libre de conflictos de intereses, al margen de la influencia de las grandes empresas que pueden sentirse y verse afectadas por las regulaciones propuestas por organismos internacionales, nacionales y personas expertas.²²

De acuerdo con datos registrados por los Centros de Integración Juvenil, la prevalencia de trastornos alimenticios es de uno a tres casos por cada 100 personas adolescentes en México. Casi una de cada 100 mujeres jóvenes padece anorexia nerviosa, y entre dos y tres, presentan bulimia. Por otra parte, entre 50.0 y 70.0 por ciento de las personas con sobrepeso son comedoras compulsivas. Entre 5.0 y 15.0 por

²¹ “Entre los principales elementos que conforman el ambiente obesigénico se encuentran: la omnipresente publicidad de alimentos con altos contenidos de azúcares y grasas, en especial dirigida a la infancia: el etiquetado confuso y desorientador de los alimentos; la falta absoluta de educación y orientación nutricional entre la población: el predominio de la comida *chatarra* en las escuelas y centros de trabajo; el abandono del suministro de agua potable en los bebederos de escuelas y lugares públicos, reemplazado por la oferta de bebidas azucaradas, y la reducción generalizada de la actividad física”. Tomado de El Poder del Consumidor, *El ambiente obesigénico. Entre el poder legislativo y el ejecutivo. Manifiesto por la salud alimentaria*, México, Fundación Heinrich Böll / Oxfam / Rostros y Voces FDS A.C. [en línea]. [Fecha de consulta: 5 de octubre de 2015.] Disponible en: https://mx.boell.org/sites/default/files/manifiesto_salud_alimentaria_1.pdf

²² La Alianza por la Salud Alimentaria, *Distrito Federal, Políticas para la prevención de la obesidad*, México, mayo de 2013, p. 1.

ciento de las mujeres jóvenes presenta algún síntoma que apunta hacia algún trastorno de la alimentación. Estos trastornos se inician alrededor de los 16 años, pero el rango oscila entre los 11 y los 25, aunque no se puede descartar la existencia de estos problemas después de esta edad.²³

Enfermedades no transmisibles: cáncer y diabetes

Las enfermedades no transmisibles ubican al Distrito Federal en el quinto peor lugar según la mortalidad estandarizada en comparación con otras entidades federativas.²⁴

Cabe subrayar que la capital del país ha tenido una importante reducción en las enfermedades crónico-degenerativas: las enfermedades del corazón pasaron de 59.1 a 50 muertes, mientras que las defunciones por diabetes *mellitus* bajaron de 74.8 a 63.0, y los tumores malignos pasaron de 75.0 a 25.9 decesos por cada 100 mil habitantes.²⁵

El Distrito Federal, junto con Sonora, tiene el tercer lugar de la tasa nacional de mortalidad por cáncer mamario: 22.7 muertes por cada 100 mil mujeres mayores de 25 años.²⁶

Contaminación del agua y aire

En la Zona Metropolitana del Valle de México, la contaminación del aire anticipa alrededor de 4 mil muertes y ocasiona ausencias laborales que equivalen a 2.5 millones de días. Las partículas suspendidas en el aire tienen una relación directa con el aumento de casos de neumonía, bronconeumonía, otitis media y aguda, enfermedades del corazón y hepáticas, dermatitis, debilitamiento del sistema inmunológico,

²³ *Idem.*

²⁴ Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Agenda estadística 2013*, *op. cit.*, nota 10.

²⁵ Secretaría de Salud, *Rendición de cuentas en salud 2012*, *op. cit.*, nota 13.

²⁶ Secretaría de Salud, *2º Informe de labores 2013-2014*, *op. cit.*, nota 15.

lesiones en el sistema nervioso y rinitis, que afecta el crecimiento de las niñas y los niños. La población más desprotegida está compuesta por niños y niñas, personas adultas mayores y personas que padecen enfermedades respiratorias.²⁷

En relación con el agua, en el capítulo correspondiente se estima que, para 2003, todos los cuerpos de agua del valle de México presentaban algún grado de contaminación: sólo 10.0 por ciento se encontraba poco contaminado; 20.0 por ciento, contaminado; y 70.0 por ciento, altamente contaminado.²⁸ La falta de acceso al suministro de agua potable en cantidad suficiente que padecen distintas zonas de la capital del país tiene repercusiones graves para la salud de las personas, ya que no pueden acceder a los mínimos vitales requeridos para el consumo humano.

Adicciones: tabaquismo y alcoholismo

Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, el Distrito Federal ocupa el primer lugar nacional en el consumo de tabaco, el segundo en el uso de alcohol y el tercero en el abuso de drogas consideradas ilegales. Estas posiciones se mantuvieron desde la integración del primer *Diagnóstico* hasta el año 2011.²⁹

²⁷ Instituto Mexicano para la Competitividad, “¿Cuánto nos cuesta la contaminación del aire en México? Impactos en salud y en productividad para 34 ciudades mexicanas”, México, Imco, septiembre de 2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2013/09/Anexo-Metodo1%C3%B3gico-24Sep13.pdf>

²⁸ Georgina Pineda, “Contaminada, 70% del agua que se consume en el Valle de México”. En: Centro Virtual de Información del Agua, 15 de abril de 2009 [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://www.agua.org.mx/index.php/noticias-nacionales/7830-contaminada-70-del-agua-que-se-consume-en-el-valle-de-mexico>

²⁹ Comisión Nacional para la Prevención de Adicciones, Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Alcohol, México, Conadic, 2012 [en línea]. [Fecha de consulta:

El porcentaje de mujeres jóvenes que consumen tabaco se incrementó de 10.0 por ciento en el primer *Diagnóstico* a 12.4 en 2012. En contraste, el consumo de tabaco en los hombres jóvenes disminuyó, al pasar de 19.0 por ciento en el primer *Diagnóstico* a 17.4 en 2012.³⁰

En cuanto a la población juvenil, de acuerdo con la Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes del Distrito Federal de 2007, coordinada por la Secretaría de Educación Pública, el consumo de drogas y alcohol se incrementó entre adolescentes y jóvenes de secundaria y bachillerato al pasar de 15.2 a 17.8 por ciento. Esta encuesta también reveló que uno de cada cuatro jóvenes en la capital del país inicia el consumo de alcohol antes de los 12 años.³¹

Virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Según datos del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, en México se notificaron, del año 1983 a 2014, 174 564 casos de sida; de ellos, 15.1 por ciento se concentraba en el Distrito Federal (26 287 personas), por lo que era la entidad federativa con el mayor número de casos.³²

En la capital del país, 46.9 por ciento de las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana tienen entre 35 y 49 años

17 de octubre de 2015.] Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf

³⁰ *Idem.*

³¹ Comisión Nacional para la Prevención de Adicciones, Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Drogas Ilícitas, México, Conadic, 2012 [en línea]. [Fecha de consulta: 17 de octubre de 2015.] Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

³² Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, *Mujeres y... el VIH y el sida en México*, México, Censida, 2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 17 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/M_V_S.pdf

de edad; y 30.3 por ciento, entre 25 y 34 años. Es decir, más de dos terceras partes de las personas atendidas en la Clínica Especializada Condesa tienen entre 25 y 49 años. Un informe de esta clínica en 2013 caracterizaba así la situación del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Distrito Federal:

- La Ciudad de México tiene la epidemia más antigua del país ya que los primeros casos de sida fueron diagnosticados en 1983.
- Se estima que a finales de 2012, un total de 40 mil personas vivían con VIH en el Distrito Federal.
- Este número representa el 17% del total nacional (225 000) lo que le confiere al Distrito Federal la prevalencia de VIH más alta del país con 0.79.
- Entre enero y octubre del 2013 se detectan 2,742 personas con VIH en el DF, lo que representa el 30% de todas las detecciones del país.
- En el Distrito Federal se encuentra el 21.4% de los casos notificados de VIH y SIDA a nivel nacional.

[...]

Detección 2013

- Durante el periodo enero-diciembre de 2013, se recibieron en el área de Detección y Consejería un promedio mensual superior a 1,500 personas.
- De las cerca de 19 mil personas que acudieron voluntariamente a la CEC [Clínica Especializada Condesa] a solicitar la prueba de detección, el 15.2% resultaron positivas a VIH, es decir, 2,876 nuevos diagnósticos.
- De las pruebas de VIH realizadas en la Clínica el 19.9 de los hombres, el 2.7% de las mujeres y el 32.7% de las mujeres transgénero resultaron positivas a VIH.
- Desde 2008 a la fecha se ha tenido un incremento del 569% en el servicio de detección de la Clínica Especializada Condesa, con un promedio de crecimiento anual de 14.3%.

- El desempeño de los consejeros que trabajan en el servicio de detección ha aumentado en promedio 20 % anualmente. En el 2013, cada consejero atendió a más de 3,000 personas.³³

Los factores de riesgo y la situación de exclusión social definen las características de la epidemia en cada grupo poblacional. En México la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana en hombres está esencialmente relacionada con factores de riesgo; en mujeres, la exclusión social es la característica que la determina. Según diagnóstico realizado por la Clínica Condesa (2014), las mujeres viven en un contexto de alta exclusión social y económica, mientras que los hombres se caracterizan por tener mayores comportamientos de riesgo sexual; asimismo, 70 por ciento de las mujeres cursaron menos de 9 años de estudios y 72 por ciento de los hombres cursaron 10 o más años; 17 por ciento de las mujeres son viudas y 82 por ciento tienen hijos e hijas; alrededor de 70 por ciento de las mujeres que viven con el virus de inmunodeficiencia humana adquirieron el virus a través de su pareja estable; 90 por ciento son heterosexuales y perciben bajos ingresos.³⁴

Salud mental

Otro problema de salud importante en el contexto de la Ciudad de México es el de los trastornos mentales y del comportamiento: depresión,

³³ Secretaría de Salud del Distrito Federal, “Informe epidemiológico del VIH/SIDA en la Ciudad de México, 2013”, México, Sedesa, Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, Clínica Especializada Condesa, s.f. [en línea]. [Fecha de consulta 26 de febrero de 2016.] Disponible en: http://condesadf.mx/pdf/informe_2013.pdf

³⁴ Mesa de Trabajo para la atención integral a las personas con VIH, Conclusiones y Recomendaciones, Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2014. Disponible en http://condesadf.mx/pdf/recomendaciones_VIH_opt.pdf

ansiedad, consumo de alcohol, autolesiones, esquizofrenia y trastorno bipolar. Las grandes ciudades se caracterizan por factores estresantes como el entorno físico superpoblado y pobre, los altos niveles de violencia, los accidentes, la inseguridad, el desempleo, entre otros. Por esas razones, la población es más propicia a padecer este tipo de enfermedades. Evidencia de ello es que en la *Agenda estadística 2014*, la Secretaría de Salud del Distrito Federal registra que, de 1'104 146 consultas externas por especialidad otorgadas en aquel año, 47 495 (4.3 por ciento) se otorgaron en psiquiatría y 215 443 (19.5 por ciento) en la especialidad de salud mental. Comparativamente, la suma de estas cifras es significativamente superior al número de consultas externas brindadas por otras especialidades: cirugía, 83 671 (7.5 por ciento); medicina interna, 76 350 (6.9 por ciento); pediatría, 90 964 (8.2 por ciento); gineco-obstetricia, 123 645 (11.2 por ciento); otorrinolaringología, 25 344 (2.2 por ciento); traumatología y ortopedia, 94 192 (8.5 por ciento).³⁵⁻

Enfermedades infecciosas: dengue y chikungunya

La Secretaría de Salud del Distrito Federal informó que se atendieron más de 160 casos de chikungunya en las unidades de salud del Gobierno del Distrito Federal. Todos los casos registrados han sido de personas infectadas en otras entidades federativas.³⁶

³⁵ Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Agenda estadística 2014*, México, Sedesa [en línea]. [Fecha de consulta: 14 de marzo de 2016.] Disponible en: http://www.salud.df.gob.mx/portal/media/agenda2014_portal/inicio.html

³⁶ Pedro Domínguez, “En el DF, 160 casos de chikungunya: Ahued”. En: *Milenio*, México, 8 de agosto de 2015 [en línea]. [Fecha de consulta: 8 de agosto de 2015.] Disponible en: http://www.milenio.com/region/DF-casos-chikungunya-Ahued-infectados-SSDF-enfermedad-aegypti-mosquito_0_569343097.html

El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades registró, al cierre de 2012, 52 128 casos de dengue y 170 defunciones por esa causa.³⁷ El panorama epidemiológico de fiebre por dengue y fiebre hemorrágica por dengue indica una tendencia hacia su aumento. De este modo, mientras que hasta la semana 30 de 2013 se habían confirmado 16 246 casos de la enfermedad, en el mismo periodo de 2012 se contabilizaron 10 070, lo que implica un aumento del 61.3 por ciento.³⁸

El panorama de las principales enfermedades que afectan la salud de las y los capitalinos descrito revela que, aunque las enfermedades infectocontagiosas siguen teniendo una tasa de mortalidad alta, ya no representan el principal problema de salud pública en la Ciudad de México. Han sido sustituidas, en la tabla de mortalidad, por enfermedades del corazón, la diabetes *mellitus*, tumores malignos, enfermedades cerebro-vasculares, enfermedades del hígado y accidentes.

Estas cifras son altas y obligan a su atención, más aún porque estas enfermedades se pueden prevenir, son tratables o curables si son detectadas a tiempo. Asimismo, las enfermedades relacionadas con la contaminación del aire y del agua, los problemas de trastornos alimenticios, el tabaquismo y el alcoholismo, la salud mental, así como el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida constituyen riesgos y amenazas para la población capitalina y presentan en la Ciudad de México tasas superiores a la media nacional. El crecimiento de capitalinas y capitalinos afectados por enfermedades infecciosas como el dengue y chikungunya requiere redoblar la vigilancia epidemiológica y la difusión sobre esta problemática.

³⁷ Laura Torivio, “Se disparan los casos del contagio de dengue en el país”. En: *Excelsior*, México, 7 de agosto de 2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 8 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2013/08/07/912479>

³⁸ *Idem*.

Disponibilidad y aceptabilidad del sistema de salud

De acuerdo con la *Agenda estadística 2013* de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el número de personas que utilizaron los servicios e instalaciones de salud del Gobierno del Distrito Federal fue de 2'490 606, que representan 62.0 por ciento de la población local sin seguridad social que utilizó al menos una vez al año estos servicios. La población sin seguridad social para el año 2013 fue de 4'014 999; de estas personas, 2.8 millones estaban afiliadas al Seguro Popular del Distrito Federal, lo que pone de manifiesto que más de un millón doscientos mil habitantes no tienen acceso a los servicios de salud locales.

Si bien existe una Ley que establece el Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral, todavía hay desigualdad en el acceso al tratamiento requerido y a los beneficios del sistema de salud.³⁹

Para atender a esta población, la Secretaría de Salud del Distrito Federal cuenta con una red de 419 unidades médicas (número que aumentó en 111 unidades médicas desde el año 2008); de éstas, 381 son de consulta externa y 38 son hospitales.⁴⁰ Estos recursos materiales se consideran insuficientes, ya que las 2512 camas censables significan 0.6 camas por mil habitantes y representan 5.9 por ciento del total nacional de camas del sector público para población no derechohabiente de la seguridad social.⁴¹ En la Ciudad de México, las unidades de seguridad social alcanzan el número de 237 unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel.⁴²

³⁹ *Agenda estadística 2013, op. cit., nota 10.*

⁴⁰ *Idem.*

⁴¹ Estimación con datos de la fuente anterior, nota 39.

⁴² Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Catálogo Único de Unidades Médicas del ISSSTE, diciembre de 2011 [en línea].

Es importante precisar que respecto a la posición que se reportó en *Rendición de cuentas en salud 2011*, el Distrito Federal avanzó un puesto en la reducción del tiempo de espera en la atención ambulatoria, ya que en 2011 era de 37.6 minutos⁴³ y para 2012 fue de 34.4 minutos.⁴⁴

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las siguientes instituciones de seguridad social: el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las instituciones específicas para las y los trabajadores de Petróleos Mexicanos, de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Secretaría de Marina y otras que dan servicios a las y los trabajadores del sector formal de la economía y sus familias; la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y el programa Instituto Mexicano del Seguro Social-Prospera, que presta servicios a la población que no tiene seguridad social; así como el sector privado, que presta servicios a la población con capacidad de pago.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, entre 2005 y 2010, la proporción de la población derechohabiente del país pasó de 50.1 a 64.6 por ciento, mientras que en el Distrito Federal aumentó de 58.3 a 65.1 por ciento. En términos absolutos, la población derechohabiente del país se incrementó de 19.7 a 54.9 millones en ese periodo; la del Distrito Federal aumentó en ese mismo intervalo de tiempo de 2.1 millones a 4.6 millones, es decir, tuvo un crecimiento de 2.5 millones, que representa 119 por ciento de incremento en cinco años. Estos aumentos se explican en gran medida, sobre todo en el nivel nacional, por el crecimiento en el Seguro Popular, que pasó de una cobertura de 2.8 millones a 10.2 millones, en tanto que en

[Fecha de consulta: 19 de octubre de 2015.] Disponible en: http://sgm.issste.gob.mx/medica/medica_documentacion/cat_unico_uni_med_dic2011.pdf

⁴³ Secretaría de Salud, *Rendición de cuentas en salud 2011*, México, Ssa, 2012 [en línea]. [Fecha de consulta: 25 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/rcs_2011.pdf

⁴⁴ Secretaría de Salud, *Rendición de cuentas en salud 2012*, *op. cit.*, nota 13.

el Distrito Federal se incrementó de 75.4 miles a 383.2 miles.⁴⁵ La población asalariada que tenía doble afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en 2010 era de 275 403 en todo el país y de 37 350 en el Distrito Federal.⁴⁶

En 2010, el Distrito Federal registraba 8.85 millones de habitantes, en tanto que las instituciones de seguridad social tenían registrados más de 4.6 millones de derechohabientes,⁴⁷ de los cuales 2.9 millones correspondían al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.⁴⁸

La mayoría de las instalaciones pertenecientes a la Secretaría de Salud del Distrito Federal fueron construidas antes de los años ochenta y bajo el esquema de Distrito Federal, donde los servicios médicos hospitalarios dependientes del Gobierno local estaban destinados fundamentalmente a urgencias médicas, traumatismos, quemaduras, atención infantil y de violencia. La atención hospitalaria y servicios de salud pública dependían directamente del gobierno federal. La población capitalina se atendía de manera fundamental en los hospitales General, Juárez, Infantil, de la Mujer y otros hospitales o institutos en la capital del país. Con la descentralización y el Seguro Popular, la población de la ciudad fue excluida de servicios médicos de segundo y tercer nivel, lo que obligó al Gobierno del Distrito Federal

⁴⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, II Censo de Población y Vivienda 2005 y Censo de Población y Vivienda 2010, consulta interactiva, disponibles respectivamente en: http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=pob&c=2 y http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=pob&c=1

⁴⁶ *Idem.*

⁴⁷ *Idem.*

⁴⁸ Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, “Indicadores sobre seguridad social en México”, México, CEPF, 15 de abril de 2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 18 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://www.cefp.gob.mx/indicadores/gaceta/2013/iescefp0152013.pdf>

a remodelar las unidades y construir hospitales a fin de acercar los servicios a las comunidades y tomar en cuenta las características de la población beneficiaria, aunque no se ha subsanado el déficit.

Acceso y calidad de los servicios de salud

Considerando a los institutos y hospitales federales ubicados en la capital del país, la Ciudad de México es la entidad con mayores recursos humanos y materiales: en 2006 se reportaron 3.2 médicos y 4.1 enfermeras por cada mil habitantes. Sin embargo, la población local tiene deficiente acceso a los servicios de salud. Esto se explica por la infraestructura hospitalaria y el personal disponible en el sector. Para 2011 los servicios de salud del Gobierno del Distrito Federal contaban con sólo 1.1 médicos y 1.4 enfermeras para cada mil habitantes, mientras que los indicadores internacionales recomiendan 3.2 médicos y 8.8 enfermeras por cada mil habitantes.⁴⁹

En 2014 y 2015, distintos movimientos de enfermeras y otras personas trabajadoras de la salud pusieron en evidencia la existencia de malas condiciones de trabajo y la violación de las relaciones laborales y la legislación del trabajo por las autoridades al no respetar la contratación, la estabilidad laboral, la calificación profesional, y por las carencias en material y equipo para el desempeño adecuado en el cuidado de la salud.⁵⁰

⁴⁹ Dirección General de Información en Salud, *Indicadores de recursos materiales y humanos*, México, Dirección General de Información en Salud, 2006 [en línea]. [Fecha de consulta: 30 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas.html>

⁵⁰ “Se gesta movimiento de enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas”. En: *La Jornada*, México, 8 de diciembre de 2014 [en línea]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2014/12/08/sociedad/046n2soc>

“Situación laboral de enfermeras y enfermeros en el Isste es peor que en el resto del sector”. En: *La Jornada*, México, 16 de enero de 2015 [en línea]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2015/01/16/sociedad/035n1soc>

Según *Rendición de cuentas en salud 2012* de la Secretaría de Salud, en el Distrito Federal el tiempo promedio de espera en consulta externa es de 34.3 minutos, lo que colocó a la capital de país, en el año 2012, en la posición número 30 del país (la posición número 1 la ocupa la entidad con el menor tiempo de espera y la posición 32 la entidad con el mayor tiempo de espera).

La mala calidad del servicio es un tema recurrente en las quejas recibidas por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal y por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos por presuntas violaciones al derecho a la salud, imputables a los distintos hospitales adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

En dichas quejas se destaca que los recursos humanos no son suficientes para cubrir la demanda de intervención: en ocasiones no hay personal médico que supla las ausencias, aunado a que tampoco se cuenta con personal de enfermería suficiente para la atención de las y los pacientes; se carece de medicamentos, instrumental médico, estudios de gabinete e insumos suficientes y necesarios para brindar la atención de manera eficaz, o algunos de ellos se encuentran deteriorados o dañados por su uso.

Resulta relevante el seguimiento de la recomendación 5/2014 de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal –por mala práctica médica, en la que personal médico y de enfermería al realizar sus actividades, en algunos casos, ocasionó innecesariamente dolores o sufrimientos graves, físicos y mentales a niños y niñas, y en otros la muerte–, para evaluar las medidas correctivas y las causas que originan estas violaciones al derecho a la salud y la vida,⁵¹ planteamientos realizados en las mesa de retroalimentación del derecho a la salud por

⁵¹ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Recomendación 5/2014. México, octubre de 2014 [en línea]. [Fecha de consulta: 30 de octubre de 2015.] Disponible en: http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/10reco_1405.pdf

organizaciones de la sociedad civil.

Uno de los mayores pendientes sigue siendo el reconocimiento del derecho a una muerte sin dolor como un derecho humano de las y los pacientes que así lo pidan para interrumpir activamente la agonía de quienes sufren dolores intensos por enfermedades degenerativas o incurables, así como alguna discapacidad grave.⁵²

Sin embargo, también hay avances en el acceso a la salud. Por ejemplo, el programa “El Médico en tu Casa” tiene como principales objetivos atender a personas adultas mayores impedidas para trasladarse a algún centro de salud u hospital; personas con alguna discapacidad que les impide trasladarse; personas postradas de manera permanente en cama; personas que tienen una enfermedad terminal; y mujeres embarazadas que no estén en control prenatal. Hasta noviembre de 2015, se informó que se habían visitado más de 1’090 000 casas, otorgado 5358 consultas médicas, e identificado a 97 994 personas en condición de exclusión social, 7561 con discapacidad, 379 personas enfermas postradas, 89 923 personas adultas mayores sin movilidad, 40 personas en abandono total, 91 con enfermedades terminales a las que se les otorgaron cuidados paliativos y 14 354 embarazadas (de las cuales, 5546 no habían asistido a consulta ginecológica).⁵³

Cabe mencionar que el 1 de diciembre de 2015 la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobó reformas para hacer ley el programa “El Médico en tu Casa”.⁵⁴ Por ello, se adiciona la fracción XIX, al

⁵² Propuesta realizada por la organización de la sociedad civil Dejemos de Hacer nos Pendejos, A.C.

⁵³ Consejo de Salud del Distrito Federal, Cuadragésima Novena Reunión Ordinaria, 11 de noviembre de 2015.

⁵⁴ Asamblea Legislativa del Distrito Federal, “Por unanimidad, ALDF aprueba hacer ley el Programa “El Médico en tu Casa”, 1 de diciembre de 2015 [en línea]. [Fecha de consulta: 11 de enero de 2016.] Disponible en: <http://aldf.gob.mx/comsoc-por-unanimidad-aldf-aprueba-hacer-ley-programa-medico-tu-casa--23010.html>

artículo 6 y la fracción XXIII al artículo 11 y se reforma la fracción XXII del artículo 11 y la III del artículo 26 de la Ley de Salud del Distrito Federal.⁵⁵

Presupuesto

Mientras que el gasto total nacional destinado a salud en 2012 equivale a 6.2 por ciento del producto interno bruto, en la Ciudad de México apenas alcanza 0.4 por ciento.⁵⁶ El gasto de hospitales e institutos federales en la capital del país supera el 0.67 por ciento del producto interno bruto.⁵⁷ Datos contrastantes con los indicadores internacionales que recomiendan destinar 8.0 por ciento del producto interno bruto al cuidado de la salud. Por su parte, el gasto en salud representa 3 por ciento del presupuesto total,⁵⁸ proporción que está por debajo de la destinada a seguridad, vivienda, protección social y transporte.

C. Conclusiones

La actualización del *Diagnóstico* y las aportaciones de las organizaciones de la sociedad civil e instituciones plantean temas prioritarios que pueden destacarse en las políticas y programas que el Gobierno de la Ciudad viene aplicando. Los señalados con mayor énfasis son: la revisión del concepto de salud y el modelo de atención médica; la

⁵⁵ Asamblea Legislativa del Distrito Federal, *Gaceta Parlamentaria*, 1 de diciembre de 2015 [en línea]. [Fecha de consulta: 11 de enero de 2016.] Disponible en: <http://aldf.gob.mx/archivo-a34db91758ffe51460bba59aafae16dc.pdf>

⁵⁶ Decreto de Presupuesto de Egresos del Distrito Federal para el ejercicio fiscal 2012. En: *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 31 de diciembre de 2012.

⁵⁷ Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Presupuesto de Egresos de la Federación 2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/Paginas/PresupuestodeEgresos.aspx>

⁵⁸ *Idem*.

profundización del diagnóstico considerando al conjunto de la población de la Ciudad de México y los servicios de salud que presta la seguridad social; la evaluación de los programas y la coordinación del sistema de salud en la Ciudad de México, así como la revisión del convenio de descentralización de los servicios de salud; la regularización y profesionalización de las y los trabajadores y las condiciones laborales; la deshumanización de la administración, y la participación social y ciudadana en las políticas de salud.

El principal problema en el cumplimiento del derecho a la salud señalado por la población es la falta de atención médica oportuna e integral; las carencias de personal, medicamentos, material y equipo; el deterioro creciente de los servicios; el maltrato en la atención y la ausencia de mecanismos de reclamación y participación en los servicios de salud. Esta problemática puede atenderse a partir de abordar los siguientes temas:

Redefinición del concepto de salud y del modelo de atención médica. Se destaca la importancia de ampliar y profundizar la definición de la salud, ya que se identifica o se equipara solamente con atención médica curativa. Es relevante abordar el tema de la salud como un derecho humano que es consecuencia o expresión de las condiciones de vida y de trabajo de una sociedad, y en su cuidado debe privilegiarse la promoción de la salud, la detección oportuna de las enfermedades y la prevención de las condiciones que atentan contra la salud y la vida.

En este sentido, la educación en salud y la regulación sanitaria son fundamentales, particularmente en la información y control de patrones de consumo morbosos en la alimentación, las bebidas, los medicamentos y hábitos de convivencia. La vigilancia estricta de las instituciones a las empresas que lucran con la salud y la vida de los ciudadanos debe complementarse con el establecimiento de mecanismos de participación social y profesional. La revisión de la ética de las prácticas en salud debe considerar el enfoque de género y si son personas adultas mayores. El concepto de salud mental y las transformaciones que se presentan en la salud en el trabajo, producto de los cambios

tecnológicos y la precarización del empleo son aspectos por examinar. Es relevante atender el enfoque de género en la atención médica, la prevención de embarazos precoces en niñas y la reflexión sobre el derecho a morir con dignidad. Resulta importante considerar el carácter colectivo de la enfermedad, ya que se vincula con la respuesta social al cuidado a la salud.

Diagnóstico parcial e incompleto. Si bien las enfermedades crónico-degenerativas, las muertes violentas y suicidios, así como la desnutrición y la obesidad aparecen como los principales problemas de las políticas de salud de la Ciudad de México, existe el problema del diagnóstico de salud que reduce la atención sólo a la población sin seguridad social y lo enfoca en la atención médica. También existe un problema de subregistro o registro abultado de datos por el carácter nacional de la infraestructura médica, además de la migración y la dinámica metropolitana que imprimen variaciones que requieren considerarse en la actualización del diagnóstico del derecho a la salud.

Exclusión e incapacidad de los servicios de salud. Los datos de afiliación y atención en los servicios de salud del Gobierno de la Ciudad de México son contradictorios, pues existe una diferencia de más de un millón de personas entre quienes acceden a los servicios y las beneficiadas por el programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos. El Gobierno de la Ciudad de México atendió a 27.0 por ciento de la población, pero más de 2 millones de las y los capitalinos no tienen acceso alguno y a más de 25.0 por ciento no se le garantiza el derecho a la salud. Los recursos médicos y de enfermería representan la tercera parte de los servicios de salud federales en la Ciudad de México. La precarización del empleo, el deterioro de condiciones de trabajo y la falta de abasto de medicamentos constituyen un factor importante para el incumplimiento del derecho a la salud de la población.

Inequidad y deshumanización de la descentralización de salud. Al convenio de descentralización que restó capacidades al sistema de salud de la Ciudad de México se suma la restricción que hace la federación a los ingresos de la ciudad. Mientras que el gasto federal en este

rubro asciende a 2.8 por ciento del producto interno bruto, en la Ciudad de México la asignación presupuestal representa sólo 0.43 por ciento del producto interno bruto de la ciudad. La falta de coordinación del sector salud –en particular con el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y los hospitales federales– repercute de manera seria en el cumplimiento del derecho a la salud, problema que se agrava con la deshumanización de las unidades de salud, con la imposición de criterios mercantiles en la administración gerencial de dichos servicios.

El financiamiento. La participación y contraloría sociales se considera fundamental para el desarrollo de los programas y políticas de salud, así como para la vigilancia de la transparencia en el manejo de los fondos públicos y los recursos institucionales. Es importante la creación de espacios de participación social en las unidades de salud, instituciones y en los órganos político-administrativos, así como la construcción de mecanismos para exigir el cumplimiento del derecho a la salud.

Finalmente, es necesario legislar sobre el derecho a una muerte sin dolor bajo mecanismos estrictos que impidan su abuso.

En síntesis, se identifican los siguientes problemas centrales que debe abordar el Programa:

- Garantía del más alto grado de salud a la población en general.
- Garantía de atención especial a grupos en situación de exclusión social.
- Disminución de adicción a drogas y otras sustancias.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de atención a la salud.
- Garantía de abastecimiento de medicamentos gratuitos para los servicios de salud de la Ciudad de México.
- Fortalecimiento de la asignación de presupuesto para el sector salud de la Ciudad de México
 - Atención de las enfermedades crónico-degenerativas.

- Protocolo de atención de epidemias para la Ciudad de México.
- Atención de enfermedades mentales.
- Fortalecimiento de los programas de atención y prevención del virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

II. Programa

A. Objetivo general

Respetar, proteger, promover y garantizar, bajo el principio de igualdad y no discriminación, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de todas las personas que habitan o transitan en la Ciudad de México.

B. Tablas programáticas

III. Conclusiones

Objetivo específico 13.1. Fortalecer la capacidad institucional para la protección de la salud					
Estrategias	Metas a dos años	Indicadores	Entes responsables	Alineación con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	Metas a 2021
187. Solicitar a la instancia correspondiente el incremento presupuestal para mejorar progresivamente los servicios de protección a la salud a fin de alcanzar el más alto nivel posible tomando en consideración el diagnóstico anual sobre las necesidades de protección de la salud (medicamentos, infraestructura, capacitación, recursos humanos, entre otros.)	187.1. Gasto programado anual incrementado que garantiza la cobertura de necesidades de protección de la salud en el más alto nivel (medicamentos, infraestructura, capacitación, recursos humanos, entre otros.)	Presupuesto otorgado al sector salud en función de cada uno de los capítulos presupuestales (medicamentos, infraestructura, capacitación y recursos humanos, entre otros) tomando en consideración el diagnóstico anual sobre las necesidades de protección de la salud.	Secretaría de Salud del Distrito Federal Servicios de Salud Pública del Distrito Federal Asamblea Legislativa del Distrito Federal	Eje: 1. Equidad e inclusión social para el desarrollo humano Área de oportunidad: 2. Salud Enfoque transversal: Derechos humanos	Evaluación del impacto en los rubros en que se asignó presupuesto en función de los requerimientos del más alto nivel posible de protección a la salud.

Objetivo específico 13.2. Fortalecer la participación ciudadana y la contraloría social en materia de salud					
Estrategias	Metas a dos años	Indicadores	Entes responsables	Alineación con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	Metas a 2021
188. Diseñar e implementar una propuesta de consejo ciudadano que colabore en la mejora de la calidad y calidez de los servicios de salud e incida en la política pública de salud.	188.1. Consejo ciudadano constituido, con incidencia en la mejora de la calidez y calidad de los servicios.	Número de organizaciones ciudadanas que integran el consejo ciudadano. Propuestas elaboradas por el consejo ciudadano para la mejora de la calidad y calidez en el servicio.	Secretaría de Salud del Distrito Federal Contraloría General del Distrito Federal	Eje: 5. Efectividad, rendición de cuentas y combate a la corrupción Área de oportunidad: 4. Transparencia y rendición de cuentas Enfoque transversal: Derechos humanos	Propuestas del consejo ciudadano con incidencia en la elaboración de política pública para mejorar la calidez y calidad en el servicio.

Objetivo específico 13.3. Fortalecer la perspectiva universal y gratuita de los servicios de salud					
Estrategias	Metas a dos años	Indicadores	Entes responsables	Alineación con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	Metas a 2021
189. Realizar campañas de difusión que ofrezcan información a la población sobre la perspectiva universal y gratuita de los servicios de atención de la salud de primer y segundo nivel.	189.1. Por lo menos una campaña realizada y evaluada.	Número de materiales editados. Propuestas elaboradas. Incremento de las solicitudes de información.	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Eje: 1. Equidad e inclusión social para el desarrollo humano Área de oportunidad: 2. Salud	Evaluación de la ampliación de la cobertura en función de las campañas realizadas.
190. Robustecer las actividades institucionales del sector salud para lograr la cobertura universal de los servicios de primer y segundo nivel a la población no asegurada en la Ciudad de México.	190.1. Por lo menos 80% de cobertura universal de los servicios de primer y segundo nivel a la población no asegurada en la Ciudad de México.	Población atendida en los servicios de salud de primer nivel sobre el total de la población sin servicios de salud. Población atendida en los servicios de salud de segundo nivel respecto a la población total de la población sin servicios de salud.		Enfoque transversal: Derechos humanos	Incremento sustancial de la cobertura universal.

Objetivo específico 13.4. Garantizar el derecho a la salud de calidad para todas las personas que habitan y transitan en la Ciudad de México

Estrategias	Metas a dos años	Indicadores	Entes responsables	Alineación con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	Metas a 2021
<p>191. Fortalecer los servicios de salud integral de primer y segundo nivel, proporcionando los medios necesarios para la cobertura sustancial de la población; brindando una atención de calidad dentro de los parámetros y principios de los derechos humanos (personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario adecuado).</p>	<p>191.1. Unidades médicas nuevas.</p> <p>191.2. Unidades remodeladas.</p> <p>191.3. Unidades con mantenimiento preventivo.</p> <p>191.4. Unidades con mantenimiento correctivo, incluyendo baños para las y los usuarios de las instalaciones hospitalarias y médicas.</p> <p>191.5. Equipamiento de unidades médicas.</p>	<p>Unidades médicas nuevas sobre el total de unidades médicas nuevas programadas.</p> <p>Unidades remodeladas sobre el total de unidades médicas programadas para remodelación.</p> <p>Unidades con mantenimiento preventivo sobre el total de unidades programadas para mantenimiento preventivo.</p> <p>Unidades con mantenimiento correctivo, incluyendo baños para las y los usuarios de las instalaciones hospitalarias sobre el total de unidades programadas para mantenimiento correctivo.</p> <p>Equipamiento de unidades médicas sobre el total de unidades médicas programadas para equipamiento.</p>	<p>Asamblea Legislativa del Distrito Federal</p> <p>Secretaría de Obras y Servicios de la Ciudad de México</p> <p>Secretaría de Salud del Distrito Federal</p> <p>Servicios de Salud Pública del Distrito Federal</p>	<p>Eje:</p> <p>1. Equidad e inclusión social para el desarrollo humano</p> <p>Área de oportunidad:</p> <p>2. Salud</p> <p>Enfoque transversal:</p> <p>Derechos humanos</p>	<p>Totalidad de metas programadas en 2018.</p>

191.6. Surtimiento de medicamentos.	Unidades médicas abastecidas de medicamentos sobre el total de unidades médicas programadas para ser abastecidas de medicamentos.	
191.7. Recursos humanos proporcionados para la operación por área médica, paramédica y administrativa.	Recursos humanos proporcionados para la operación sobre el total de recursos humanos programados para la operación (este indicador puede desglosar los recursos por área médica, paramédica o administrativa).	
191.8. Capacitación continua para personal de la salud.	Recursos humanos capacitados sobre el total de recursos humanos programados para ser capacitados.	
191.9. Cobertura de atención a población sin seguridad social.	Total de personas atendidas sin seguridad social sobre el total de personas programadas para atención en un periodo determinado.	

Objetivo específico 13.5. Garantizar que la atención médica se brinde bajo el principio de igualdad y no discriminación para hacer efectivo el derecho a la salud de las personas históricamente excluidas					
Estrategias	Metas a dos años	Indicadores	Entes responsables	Alineación con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	Metas a 2021
192. Capacitar al personal encargado de brindar atención médica en temas referentes al derecho a la igualdad y la no discriminación a fin de garantizar un trato respetuoso, incluyente y no discriminatorio.	192.1. Avance de 40% en la capacitación en materia de derechos humanos del personal encargado de la atención médica.	Programa de formación en derechos humanos. Porcentaje de personal capacitado.	Secretaría de Salud del Distrito Federal Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México	Eje: 5. Efectividad, rendición de cuentas y combate a la corrupción Área de oportunidad: 2. Planeación, evaluación y presupuesto basado en resultados Enfoque transversal: Derechos humanos	Trato igualitario y no discriminatorio garantizado a las personas que solicitan el servicio.
193. Desarrollar e implementar un instrumento institucional que permita medir la percepción de trato culturalmente adecuado bajo los principios de igualdad y no discriminación que brinda el personal de salud.	193.1. Instrumento para la medición de un trato culturalmente adecuado, bajo los principios de igualdad y no discriminación elaborado y aprobado.	Pacientes que perciben un trato igualitario y no discriminatorio respecto al total de pacientes atendidos. Pacientes que perciben un trato culturalmente adecuado respecto al total de pacientes atendidos.			Trato culturalmente adecuado en las clínicas y hospitales de la Ciudad de México.

<p>194. Identificar las necesidades de salud en personas en situación de exclusión social que habitan en la Ciudad de México, a fin de desarrollar programas específicos para dichas poblaciones.</p>	<p>194.1. Conocimiento de las necesidades primordiales y urgentes de salud de forma integral e incluyente al sistema de salud de la Ciudad de México abarcando los diversos programas.</p> <p>194.1. Incorporación de la población en situación de exclusión social a programas sociales de atención médica.</p>	<p>Identificación de personas en situación de exclusión social por jurisdicción sanitaria.</p> <p>Informe sobre la situación en materia de salud de las personas en situación de exclusión social.</p>	<p>Secretaría de Salud del Distrito Federal</p>	<p>Eje: 1. Equidad e inclusión social para el desarrollo humano</p> <p>Área de oportunidad: 2. Salud</p> <p>Enfoque transversal: Derechos Humanos</p>	<p>Se incrementa en 60% la atención a personas en situación de exclusión social.</p>
<p>195. Sensibilizar y capacitar en materia de derechos humanos y de género al personal que brinda atención médica, con apoyo de organizaciones de la sociedad civil y organismos autónomos, para brindar orientación y educación para la salud a las personas en situación de exclusión social.</p>	<p>195.1. Personal de salud capacitado para la atención de las personas en situación de exclusión social con perspectiva de derechos humanos y de género.</p> <p>195.2. Personal de salud sensibilizado para la atención de las personas en situación de exclusión social con perspectiva de derechos humanos y de género.</p>	<p>Personal capacitado para la atención de personas en situación de exclusión social, respecto al total del personal de salud programado para capacitar.</p> <p>Personal sensibilizado para la atención de personas en situación de exclusión social, respecto al total del personal de salud programado para sensibilizar.</p>	<p>Servicios de Salud Pública del Distrito Federal</p>		<p>Al menos 80% del personal de salud capacitado en materia de derechos humanos y de género para la atención de personas en situación de exclusión social.</p>

Objetivo específico 13.6. Generar una atención integral para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas y favorecer la rehabilitación de la población afectada

Estrategias	Metas a dos años	Indicadores	Entes responsables	Alineación con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	Metas a 2021
<p>196. Fortalecer la atención adecuada a las personas sobre el consumo de sustancias psicoactivas, mediante programas de prevención, tratamiento y la reducción de daños.</p>	<p>196.1. Programas validados de prevención y tratamiento adecuado a la población objetivo.</p>	<p>Campaña de prevención en operación.</p> <p>Modelo de atención de adicciones en operación.</p> <p>Programas de prevención y de tratamiento en operación.</p>	<p>Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México</p> <p>Secretaría de Salud del Distrito Federal</p> <p>Secretaría de Salud del Distrito Federal</p>	<p>Eje:</p> <p>1. Equidad e inclusión social para el desarrollo humano</p> <p>Área de oportunidad:</p> <p>2. Salud</p>	<p>Evaluación de los programas de prevención y tratamiento implementados.</p>
<p>197. Fortalecer estrategias sectoriales e interinstitucionales, en colaboración con organizaciones de la sociedad civil, para la disminución del consumo de sustancias psicoactivas</p>	<p>197.1. Estrategias sectoriales e institucionales fortalecidas.</p>	<p>Número de estrategias sectoriales fortalecidas sobre el número de estrategias sectoriales existentes.</p>	<p>Servicios de Salud Pública del Distrito Federal</p>	<p>Enfoque transversal:</p> <p>Derechos humanos</p>	<p>Evaluación y continuación de la estrategia.</p>
<p>198. Fomento de actividades ocupacionales y creativas.</p>	<p>198.1. Aumento sustantivo del número de actividades ocupacionales, recreativas y de promoción.</p>	<p>Número de acciones de promoción, recreativas y ocupacionales realizadas en el periodo, sobre el número de acciones programadas para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas.</p>			<p>Disminuye el porcentaje de la población que consume sustancias psicoactivas.</p>
<p>199. Difundir información que contribuya a la disminución del consumo de sustancias psicoactivas entre la población.</p>	<p>199.1. Población informada sobre las consecuencias del uso de sustancias psicoactivas.</p>	<p>Número de acciones de promoción realizadas en el periodo, sobre el número de acciones de promoción para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas programadas para el mismo periodo.</p>			

<p>200. Formación y educación continua del personal de salud sobre el tema de adicciones.</p>	<p>200.1. Totalidad de personal de las Unidades Médicas de Especialidad- Centros de Atención Primaria en Adicciones, capacitado sobre el tema de adicciones.</p>	<p>Número de personas capacitadas de las Unidades Médicas de Especialidad-Centros de Atención Primaria en Adicciones durante el periodo respecto del personal que labora en el periodo.</p>	<p>Secretaría de Salud del Distrito Federal Servicios de Salud Pública del Distrito Federal</p>	<p>Eje: 1. Equidad e inclusión social para el desarrollo humano Área de oportunidad: 2. Salud Enfoque transversal: Derechos humanos</p>	<p>Totalidad del personal de las Unidades Médicas de Especialidad-Centros de Atención Primaria en Adicciones capacitado.</p>
<p>201. Elaborar un Programa de Reducción de Daños.</p>	<p>201.1. Programa de Reducción de Daños en operación.</p>	<p>Programa de Reducción de Daños.</p>			<p>Seguimiento y evaluación del Programa de Reducción de Daños.</p>

Objetivo específico 13.7. Legislar sobre el derecho a morir sin dolor y con dignidad

Estrategias	Metas a dos años	Indicadores	Entes responsables	Alineación con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	Metas a 2021
<p>202. Generar legislación sobre el derecho a morir sin dolor y con dignidad bajo mecanismos estrictos que impidan su abuso y que garanticen que el paciente sea mayor de edad; que esté en uso de sus facultades mentales; que padezca una enfermedad grave, degenerativa o una discapacidad grave que le cause intensos sufrimientos; que exprese de manera formal, libre y reiterada su voluntad de morir sin dolor y con dignidad.</p>	<p>202.1. Contar con una iniciativa de ley que garantice el derecho a morir sin dolor y con dignidad, que retome los resultados de los foros y espacios de consulta.</p>	<p>Foros realizados con propuestas elaboradas sobre muerte sin dolor y con dignidad que sirvan como insumos para la iniciativa de ley.</p> <p>Número de propuestas elaboradas.</p>	<p>Asamblea Legislativa del Distrito Federal</p>	<p>Eje: 1. Equidad e inclusión social para el desarrollo humano</p> <p>Área de oportunidad: 2. Salud</p> <p>Enfoque transversal: Derechos humanos</p>	<p>Publicación de la legislación sobre el derecho a morir sin dolor y con dignidad.</p>

Objetivo específico 13.8. Garantizar el derecho de las mujeres en la Ciudad de México para que accedan al servicio de interrupción legal del embarazo					
Estrategias	Metas a dos años	Indicadores	Entes responsables	Alineación con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	Metas a 2021
203. Garantizar el acceso para todas las mujeres al servicio de interrupción legal del embarazo.	203.1. Cobertura aumentada del servicio de interrupción legal del embarazo.	Porcentaje de pacientes en situación de exclusión social a quienes se les realizó una interrupción legal del embarazo sobre el total de pacientes que lo solicitaron.	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Eje: Equidad e inclusión social para el desarrollo humano	La totalidad de los requerimientos del servicio de interrupción legal del embarazo son atendidos.
204. Revisar el procedimiento de acceso al servicio de la interrupción legal del embarazo para garantizarlo a mujeres de poblaciones excluidas que se les dificulta cumplir con los requisitos.	204.1. Se cuenta con el procedimiento revisado con las adecuaciones correspondientes.	Procedimiento revisado.		Área de oportunidad: 2. Salud	
205. Garantizar el acceso al servicio de la interrupción legal del embarazo, ofreciendo información y que la solicitud se concrete, incluso en casos en que se presente una objeción de conciencia para que no sea un obstáculo.	205.1. Aumento del personal de salud que no presenta objeciones de conciencia en los centros de salud donde se practica la interrupción legal del embarazo.	Porcentaje de solicitudes de interrupción legal del embarazo no atendidas por razones de conciencia en relación con las solicitudes correspondientes.		Enfoque transversal: Derechos humanos	El servicio de interrupción legal del embarazo se proporciona integralmente sin que existan objeciones de conciencia por el personal de salud.
206. Sensibilizar al personal de salud para garantizar el acceso a servicios de interrupción legal del embarazo a las mujeres menores de 18 años que solicitan el servicio.	206.1. Sensibilización de todo el personal de salud involucrado en el servicio de interrupción legal del embarazo para mujeres menores de 18 años sobre este derecho.	Porcentaje de servicios de interrupción legal del embarazo a mujeres menores de 18 años brindados en relación con los servicios solicitados por mujeres menores de 18 años en el año.			Se proporciona el servicio de interrupción legal del embarazo a todas las mujeres de 18 años y más que lo requieran.

Objetivo específico 13.9. Garantizar la prevención del contagio, la detección y la atención oportunas del virus de inmunodeficiencia humana como vía para ofrecer el más alto nivel posible de salud integral					
Estrategias	Metas a dos años	Indicadores	Entes responsables	Alineación con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	Metas a 2021
207. Efectuar campañas para promover la detección adecuada y oportuna del virus.	207.1. Campañas para la detección del virus de inmunodeficiencia humana efectuadas.	Número de pruebas realizadas por año.	Servicios de Salud Pública del Distrito Federal	Eje: 1. Equidad e inclusión social para el desarrollo humano	Evaluación y mejoría de las campañas para realizar las pruebas de detección del virus de inmunodeficiencia humana.
208. Promover la prevención de contagio del virus de inmunodeficiencia humana.	208.1. Campañas de información sobre métodos para prevenir el contagio realizadas.	Número de campañas realizadas.	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Área de oportunidad: 2. Salud	Campañas de información sobre métodos para prevenir el contagio realizadas.
209. Aumentar las capacidades instaladas en la Clínica Condesa con la finalidad de que se incremente su cobertura de atención.	209.1. Presupuesto de la Clínica Condesa incrementado.	Porcentaje de las personas que solicitaron atención y la recibieron.	Asamblea Legislativa del Distrito Federal	Enfoque transversal: Derechos humanos	Aumento sustancial en el número de personas atendidas con servicios y medicamentos por la Clínica Condesa.
210. Incrementar el número de clínicas de atención especializada en virus de inmunodeficiencia humana.	210.1. Proyectos ejecutivos para crear clínicas adicionales.	Número de clínicas de atención especializada en virus de inmunodeficiencia humana en funcionamiento.	Secretaría de Finanzas del Distrito Federal		Al menos cuatro clínicas de atención especializada en virus de inmunodeficiencia humana en funcionamiento.

Objetivo específico 13.10. Combatir el ambiente obesigénico para la prevención del sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes, así como en población adulta femenina y masculina en la Ciudad de México					
Estrategias	Metas a dos años	Indicadores	Entes responsables	Alineación con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	Metas a 2021
211. Diseñar, con participación de las organizaciones de la sociedad civil y la academia, una estrategia integral que incida sobre los elementos determinantes positivos y negativos de los ambientes obesigénicos.	211.1. Estrategia que incide sobre los elementos determinantes positivos y negativos de los ambientes obesigénicos diseñada.	Documento con estrategia diseñada.	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Eje: 1. Equidad e inclusión social para el desarrollo humano	Institucionalización de estrategia integral que incide sobre los elementos determinantes positivos y negativos de los ambientes obesigénicos.
212. Implementar una estrategia integral que incida sobre los elementos determinantes positivos y negativos de los ambientes obesigénicos.	212.1. Implementación de estrategia que incida sobre los elementos determinantes positivos y negativos de los ambientes obesigénicos.	Implementación de la estrategia diseñada.	Secretaría de Desarrollo Social de la Ciudad de México	Área de oportunidad: 2. Salud	
213. Evaluar, cualitativa y cuantitativamente, los resultados de la estrategia integral implementada para incidir sobre los elementos determinantes positivos y negativos de los ambientes obesigénicos.	213.1. Informe de evaluación realizada que permite rectificar o fortalecer la estrategia.	Documento con evaluación, cualitativa y cuantitativa, de los resultados de la implementación de la estrategia.	Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad de México	Enfoque transversal: Derechos humanos	Estrategia revisada y/o reforzada que incide en disminución de obesidad y sobrepeso en la Ciudad de México.
214. Contribuir a aumentar el tiempo que destinan las y los habitantes de la Ciudad de México, en especial las niñas, los niños, las y los adolescentes y jóvenes, a las actividades físicas, recreativas y deportivas, mediante acciones de promoción para informar sobre su importancia para la salud.	214.1. Acciones de promoción que fomenten la cultura de la actividad física.	Número de acciones realizadas.	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México		Acciones evaluadas.
			Servicios de Salud Pública del Distrito Federal		

Objetivo específico 13.11. Reducir los índices de las principales enfermedades y causas de mortalidad en la Ciudad de México

Estrategias	Metas a dos años	Indicadores	Entes responsables	Alineación con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	Metas a 2021
215. Fortalecer la prevención y la atención de la salud para reducir las principales enfermedades y causas de mortalidad (enfermedades del corazón, diabetes <i>mellitus</i> , tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades del hígado y accidentes).	215.1. Disminución del porcentaje de mortalidad a causa de enfermedades del corazón, diabetes <i>mellitus</i> , tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades del hígado y accidentes.	Tasas de mortalidad según tipo de enfermedad desagregadas por grupos de edad y sexo, sobre la tasa de mortalidad del año anterior.	Secretaría de Salud del Distrito Federal Servicios de Salud Pública del Distrito Federal	Eje: 1. Equidad e inclusión social para el desarrollo humano Área de oportunidad: 2. Salud Enfoque transversal: Derechos humanos	Seguimiento y evaluación de las estrategias.
216. Realizar campañas para informar.	216.1. Campañas de información.	Número de campañas realizadas.	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Derechos humanos	Evaluar las estrategias implementadas.
217. Diagnosticar, reforzar y, en su caso, diseñar, con participación de las organizaciones de la sociedad civil, programas de salud que atiendan cada una de las enfermedades.	217.1. Aumento del presupuesto para los programas que atienden estas enfermedades. 217.2. Diseñar e implementar programas nuevos para la prevención y detección.	Porcentaje de aumento del presupuesto y porcentaje de la población que requiere de estos programas.	Secretaría de Finanzas del Distrito Federal Asamblea Legislativa del Distrito Federal		Seguimiento y evaluación de los programas.

Objetivo específico 13.12. Prevenir y fortalecer la atención a trastornos mentales					
Estrategias	Metas a dos años	Indicadores	Entes responsables	Alineación con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	Metas a 2021
218. Dar seguimiento a la campaña de salud "Sana tu mente, sana tu cuerpo" para obtener información de las personas con trastornos mentales.	218.1. Levantamiento y sistematización de la información para generar una propuesta de atención a las personas con trastornos mentales.	Porcentaje de personas con trastornos mentales desagregado por tipo de trastorno, edad y sexo.	Secretaría de Salud del Distrito Federal	<p>Eje:</p> <p>1. Equidad e inclusión social para el desarrollo humano</p> <p>Área de oportunidad:</p> <p>2. Salud</p> <p>Enfoque transversal:</p> <p>Derechos humanos</p>	<p>Informe sobre causas y efectos de las enfermedades mentales en la Ciudad de México.</p> <p>Actualización de la campaña y la política pública sobre enfermedades mentales en la Ciudad de México y actualización y modificación del diagnóstico.</p>
219. Diagnosticar las capacidades institucionales instaladas en los servicios de salud que atienden los trastornos mentales.	219.1. Diagnóstico sobre capacidades institucionales instaladas en los servicios de salud, con emisión de recomendaciones para el fortalecimiento de las capacidades institucionales.	Diagnóstico efectuado.			<p>Actualización del diagnóstico de las capacidades institucionales instaladas en los servicios de salud que atienden los trastornos mentales.</p> <p>Capacidades institucionales fortalecidas y ampliadas</p>

Objetivo específico 13.3. Fortalecer la perspectiva universal y gratuita de los servicios de salud en la Ciudad de México					
Estrategias	Metas a dos años	Indicadores	Entes responsables	Alineación con el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018	Metas a 2021
220. Evaluar con participación de las organizaciones de la sociedad civil y la academia, los resultados de las campañas que se realizan para la prevención de epidemias por influenza, dengue y chikungunya, entre otras.	220.1. Documento con resultados cuantitativos y cualitativos de la evaluación de los resultados de las campañas que se realizan para la prevención de epidemias por influenza, dengue y chikungunya, entre otras.	Disminución de la tasa de personas enfermas de influenza, dengue y chikungunya.	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Eje: 1. Equidad e inclusión social para el desarrollo humano Área de oportunidad: 2. Salud Enfoque transversal: Derechos humanos	Informe sobre la evolución de las epidemias en la Ciudad de México.
221. A partir de las recomendaciones de la evaluación realizada, rediseñar las campañas para que favorezcan la prevención, detección y tratamiento oportuno de las epidemias por influenza, dengue y chikungunya, entre otras.	221.1. Rediseño de las campañas que se realizan para que favorezcan la prevención, detección y tratamiento oportuno de las epidemias por influenza, dengue y chikungunya, entre otras.				
222. Implementar campañas que favorezcan la prevención, detección y tratamiento oportuno de las epidemias por influenza, dengue y chikungunya, entre otras, y que cuenten con información accesible y oportuna sobre las formas de contagio y los servicios que proporciona el Gobierno de la Ciudad de México para atenderlos.	222.1. Implementación de las campañas rediseñadas. 222.2. Evaluación de los resultados de la implementación de las campañas rediseñadas.				
223. Implementar estrategias para atender oportuna y adecuadamente las epidemias por influenza, dengue y chikungunya, entre otras.	223.1. Diseño de un protocolo para la prevención y atención oportuna y adecuada de epidemias.				Protocolo para la prevención y atención de epidemias.

El cumplimiento efectivo del derecho a la salud en la Ciudad de México tiene que construirse considerando las condiciones económicas, políticas y sociales que afectan los niveles de salud de todas y todos los mexicanos. El deterioro creciente de la calidad de vida, incluido el de las condiciones laborales y ambientales, ha generado el incremento de la demanda de los servicios de salud, que han sido rebasados por la presión demográfica de la zona conurbada de la Ciudad de México y los movimientos migratorios, lo cual tiene repercusiones sobre la capacidad para satisfacer la demanda de los servicios públicos.

En la Ciudad de México, como sede de los poderes de la federación, la conformación de los servicios públicos está profundamente vinculada a las instituciones federales, lo que en materia de salud plantea el reto de que la transformación del régimen político y de gobierno debe acompañarse de la recuperación de la infraestructura de salud que se le restó con la descentralización, así como la facultad para coordinarse con las autoridades federales en la definición de políticas de salud de la ciudad capital.

Al mismo tiempo, las instituciones gubernamentales de la Ciudad de México deben ampliar su visión para que la definición de políticas públicas de salud considere a los cerca de 9 millones de habitantes de la metrópoli y no sólo a los cerca de 2.5 millones de hombres y mujeres que constituyen la población objetivo de la administración local. Ello implica un esfuerzo amplio para avanzar en la institucionalización de la coordinación con los servicios de salud federal y de la seguridad social para hacer efectivo el derecho a la salud.

La ampliación de la cobertura efectiva de los servicios de salud precisa de la acción coordinada con las entidades locales y federales responsables de la protección del trabajo y del desarrollo social para garantizar el aseguramiento de las y los asalariados que están excluidos de la seguridad social. Al mismo tiempo, resulta indispensable construir estrategias de largo plazo para el refinanciamiento de los servicios de salud a fin de lograr los recursos públicos de acuerdo con los estándares internacionales para hacer efectivo el derecho a la salud.

La profesionalización del trabajo en salud y la regulación sanitaria son fundamentales en la construcción de un sistema de salud que satisfaga las necesidades de una población marcada por la desigualdad y la pobreza, con patologías de la modernidad, y que no ha erradicado las enfermedades del pasado. El control de los negocios a costa de la salud, al igual que las tendencias mercantilizadoras de los servicios de salud, y la participación social son retos que deben enfrentarse para lograr el fortalecimiento de las instituciones públicas que son garantes de los derechos económicos, sociales y políticos que dan contenido y direccionalidad al derecho a la salud, que es, por cierto, el derecho más humano de todos los derechos.

Bibliografía

- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. “Indicadores sobre seguridad social en México”, México, CEPF, 15 de abril de 2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 18 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://www.cefp.gob.mx/indicadores/gaceta/2013/iescefp0152013.pdf>
- CERDA García, Alejandro. “Derecho a la salud en el Distrito Federal.” México, Evalúa DF-Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal, 2010 [fecha de consulta: 30 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.evalua.df.gob.mx/files/estudios/der_a_salud.pdf
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. Recomendación 5/2014, México, octubre de 2014 [en línea]. [Fecha de consulta: 30 de octubre de 2015.] Disponible en: http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/10/reco_1405.pdf
- Comisión Nacional para la Prevención de Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Alcohol. México, Conadic, 2011 [en línea]. [Fecha de consulta: 17 de octubre de 2015.] Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf
- . Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Drogas Ilícitas.

- México, Conadic, 2011 [en línea]. [Fecha de consulta: 17 de octubre de 2015.] Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. *Mujeres y... el VIH y el sida en México*, México, Censida, 2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 17 de octubre de 2015]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/M_V_S.pdf
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general núm. 14 (2000), relativa al derecho al más alto nivel posible de salud física y mental (párrafo 2) [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>
- Consejo de Salud del Distrito Federal. Cuadragésima Novena Reunión Ordinaria, 11 de noviembre de 2015. México, Consejo de Salud del Distrito Federal.
- Decreto de Presupuesto de Egresos del Distrito Federal para el ejercicio fiscal 2012. En: *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 31 de diciembre de 2012.
- Dirección General de Información en Salud. *Indicadores de recursos materiales y humanos*. México, Dirección General de Información en Salud, 2006 [en línea]. [Fecha de consulta: 30 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/estadisticas.html>
- DOMÍNGUEZ, Pedro. “En el DF, 160 casos de chikungunya: AHUED”. En: *Milenio*, México, 8 de agosto de 2015 [en línea]. [Fecha de consulta: 8 de agosto de 2015.] Disponible en: http://www.milenio.com/region/DF-casos-chikungunya-Ahued-infectados-SSDF-enfermedad-aegypti-mosquito_0_569343097.html
- Gobierno del Distrito Federal. Prontuario Normativo [en línea]. [Fecha de consulta: 25 de febrero de 2016.] Disponible en: <http://www.contraloria.df.gob.mx/index.php/prontuario-normativo>
- GONZÁLEZ Medécigo, Lorena Elizabeth, y Esperanza Guadalupe Gallardo Díaz. “Calidad de la atención médica: la diferencia entre la

- vida o la muerte.” En: *Revista Digital Universitaria*, vol. 13, núm. 8, 1 de agosto de 2012. [Fecha de consulta: 25 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/art81.pdf>
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Catálogo Único de Unidades Médicas del ISSSTE. México, ISSSTE, diciembre de 2011 [en línea]. [Fecha de consulta: 19 de octubre de 2015.] Disponible en: http://sgm.issste.gob.mx/medica/medica_documentacion/cat_unico_uni_med_dic2011.pdf
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018. México, IMSS, 2014 [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de octubre de 2015.] Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf
- Instituto Mexicano para la Competitividad. “¿Cuánto nos cuesta la contaminación del aire en México? Impactos en salud y en productividad para 34 ciudades mexicanas.” México, Imco, septiembre de 2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2013/09/Anexo-Metodol%C3%B3gico-24Sep13.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Anuario estadístico y geográfico por entidad federativa 2013*, México, INEGI, c2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.] Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2013/AEGPEF_2013.pdf
- . Censo de Población y Vivienda 2010. México, INEGI [en línea]. [Fecha de consulta: 18 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/>
- . II Censo de Población y Vivienda 2005. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=pob&c=2
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados por Entidad Federativa 2012, Distrito Federal, México, INSP, 2012 [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de

- octubre de 2015.] Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/DistritoFederal-OCT.pdf>
- Jefatura de Gobierno. Decreto por el que se adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley de Salud del Distrito Federal. En: *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 19 de enero de 2016.
- Pineda, Georgina. “Contaminada, 70 por ciento del agua que se consume en el Valle de México.” Centro Virtual de Información del Agua [en línea], México, 15 de abril de 2009 [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://www.agua.org.mx/index.php/noticias-nacionales/7830-contaminada-70-del-agua-que-se-consume-en-el-valle-de-mexico>
- Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018. En: *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 11 de septiembre de 2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 5 de octubre de 2015.] Disponible en: http://www.consejeria.df.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/522fe67482e50.pdf
- Secretaría de Salud. *2º Informe de labores 2013-2014*. México, Ssa, septiembre de 2014 [en línea]. [Fecha de consulta: 16 de marzo de 2016.] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/transparencia/informes/Segundo_Informe_de_Labores_de_la_Secretaria_de_Salud_2013-2014.pdf
- . *Rendición de cuentas en salud 2011*. México, Ssa, 2012 [en línea]. [Fecha de consulta: 25 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/rcs_2011.pdf
- . *Rendición de cuentas en salud 2012*, México, Ssa, 2012 [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de octubre de 2015.] Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/rcs_2012.pdf
- Secretaría de Salud del Distrito Federal. *Agenda estadística 2009*. México, Sedesa, 2010 [en línea]. [Fecha de consulta: 15 de octubre de 2015.] Disponible en: http://www.salud.df.gob.mx/portal/media/Agenda_2009/index.html

- *Agenda estadística 2013*. México, Sedesa, 2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 9 de octubre de 2015.] Disponible en: http://www.salud.df.gob.mx/portal/media/agenda2013_portal/inicio.html
- *Agenda estadística 2014*. México, Sedesa [en línea]. [Fecha de consulta: 14 de marzo de 2016.] Disponible en: http://www.salud.df.gob.mx/portal/media/agenda2014_portal/inicio.html
- “Informe epidemiológico del VIH/SIDA en la Ciudad de México, 2013.” México, Sedesa, Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México, Clínica Especializada Condesa, s.f. [en línea]. [Fecha de consulta 26 de febrero de 2016.] Disponible en: <http://condesadf.mx/pdf/informe2013.pdf>
- Secretaría de Finanzas del Distrito Federal. Cuenta Pública del Distrito Federal 2014 [en línea]. [Fecha de consulta: 29 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://www.finanzas.df.gob.mx/egresos/cp2014/index.html>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Presupuesto de Egresos de la Federación 2013 [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de octubre de 2015.] Disponible en: <http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/Paginas/PresupuestodeEgresos.aspx>
- Torivio, Laura. “Se disparan los casos del contagio de dengue en el país.” En: *Excelsior*, México, 7 de agosto de 2013 [en línea]. Disponible en: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2013/08/07/912479>