

Programa de salud 2018-2024. Secretaría de Salud de la Ciudad de México
Garantizar el derecho a la salud en la ciudad

El punto de partida

La salud es una metacapacidad humana y es condición necesaria para el florecimiento de las personas y las colectividades. El derecho a la salud es un derecho humano fundamental (Ferrajoli, 2006) reconocido desde 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1948) y por múltiples tratados regionales y numerosas constituciones nacionales. Se reconoce también como un derecho social pues “...en lugar de satisfacerse mediante la abstención del sujeto obligado, requieren de una acción positiva que se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio.” (Sánchez-Cordero, 2000).

En México fue incorporado parcialmente en 1983 en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como el *Derecho a la Protección de la Salud (DPS)*. La reforma constitucional de derechos humanos de 2011, que modifica el Artículo 1º constitucional, posibilita su reconocimiento en su más amplia acepción como *Derecho a la salud (DS)* al señalar que los tratados internacionales y la Constitución tienen la misma jerarquía e introducen el principio *pro homine* (DOF, 2011).

De acuerdo con la Observación General 14 (CDESC, 2000), la referencia al más alto nivel posible de salud física y mental no se limita al derecho a la protección de la salud, pues se considera un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Considera también la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional y la inclusión de estrategias transversales de igualdad, no discriminación y perspectiva de género, así como el reconocimiento de los derechos de grupos específicos (CDESC, 2000).

En la Constitución Política de la Ciudad de México (Gaceta Oficial CDMX 2017), el articulado sobre Derecho a la salud señala:

1. Toda persona tiene derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, con las mejores prácticas médicas, lo más avanzado del conocimiento científico y políticas activas de prevención, así como al acceso a servicios de salud de calidad. A nadie le será negada la atención médica de urgencia.
2. Las personas que residen en la ciudad tienen derecho al acceso a un sistema de salud público local que tenga por objeto mejorar la calidad de la vida humana y su duración, la reducción de los riesgos a la salud, la morbilidad y la mortalidad. Asimismo, deberá incluir medidas de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades y discapacidades mediante la prestación de servicios médico-sanitarios universales, equitativos, gratuitos, seguros, de calidad y al alcance de todas las personas. Aquéllas con discapacidad tienen derecho a la rehabilitación integral de calidad.
3. Las autoridades de la Ciudad de México asegurarán progresivamente, de conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las leyes generales aplicables:
 - a) La cobertura universal de los servicios e infraestructura médica y hospitalaria, de manera prioritaria en las zonas que enfrentan mayores rezagos y el abasto gratuito y oportuno de medicamentos esenciales;
 - b) Las condiciones necesarias para asegurar que en las instituciones de salud pública local existan los servicios de salud, asistencia social y atención médica, la disponibilidad, accesibilidad, seguridad e higiene en las instalaciones de los centros de salud y hospitales, así como la suficiencia de personal y profesionales de la salud capacitados, equipamiento, insumos y medicamentos;
 - c) La existencia de entornos salubres y seguros, espacios públicos, actividades sociales, culturales y deportivas que mejoren la calidad de vida y la convivencia, propicien modos de vida saludables, desincentiven las violencias, las adicciones y las prácticas sedentarias;
 - d) La prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónicas e infecciosas;
 - e) El desarrollo de investigación científica para rescate y promoción de la medicina tradicional indígena; y
 - f) La prestación de los servicios locales de salud pública es competencia del Gobierno de la Ciudad y en lo que corresponda a las alcaldías.

4. Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a un trato digno, con calidad y calidez, a una atención médica oportuna y eficaz, a que se realicen los estudios y diagnósticos para determinar las intervenciones estrictamente necesarias y debidamente justificadas, a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones, a recibir información sobre su condición, a contar con alternativas de tratamiento, así como a expresar su consentimiento para la realización de procedimientos médicos y a solicitar una segunda opinión.
5. Los servicios y atenciones de salud públicos y privados respetarán los derechos sexuales y los reproductivos de todas las personas y brindarán atención sin discriminación alguna, en los términos de la legislación aplicable.
6. Se respetará en todo momento el derecho fundamental a la autodeterminación personal, la autonomía, así como las decisiones libres y voluntarias del paciente a someterse a tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento su dignidad. Para ello, se estará a lo que disponga esta Constitución y las leyes.
7. A toda persona se le permitirá el uso médico y terapéutico de la *cannabis sativa*, índica, americana o marihuana y sus derivados, de conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la legislación aplicable.

El derecho a la salud es un derecho complejo que depende de la concurrencia de condiciones que, en conjunto, determinan la situación de salud. Esta estrechamente vinculado al cumplimiento de otros derechos humanos, que deben ser considerados como determinantes sociales de la salud. Así, la garantía del derecho a la salud alude a la creación de condiciones estructurales que incidan sobre los determinantes sociales y que simultáneamente posibilite a las personas el disponer de la más amplia, suficiente y oportuna protección mediante un sistema público universal, equitativo, integral y de calidad, reconociendo su condición de sujetos de derechos y alentando su participación.

La ciudad desigual y polarizada

En las últimas tres décadas, en la Ciudad de México se han acelerado los procesos de migración interna por el éxodo rural en búsqueda de un mejor nivel de vida en la ciudad, también se han acelerado los procesos de segregación socio-territorial, con la expulsión de pobres urbanos hacia la periferia y el despoblamiento de la ciudad central, que profundiza

la desigual apropiación y usufructo del espacio metropolitano, fragmentando la metrópoli y polarizando las condiciones de y para la salud.

La informalización de la economía urbana, el desempleo creciente y la pérdida de la capacidad adquisitiva de los salarios; así como, la reducción del gasto social y el desmantelamiento selectivo de las instituciones públicas de protección social, incrementan las desigualdades socioeconómicas y deterioran la calidad de vida de la mayoría de los habitantes de la Ciudad de México.

Se produce un deterioro de las condiciones particulares de reproducción de los distintos grupos sociales y un ajuste y recomposición de los servicios y beneficios articulados desde el Estado, a través de la modernización neoliberal de las políticas sociales, que impactan en forma diferenciada a los distintos espacios-población.

Esta transformación socioterritorial de la ciudad y la inversión insuficiente en infraestructura se combinan negativamente e impactan la calidad de vida de los habitantes de la ciudad y producen un desfase entre las necesidades de atención médico-sanitaria de la población y la capacidad de respuesta del sistema público de salud.

Para el año 2018, la Ciudad de México concentra 8.8 millones de habitantes. En términos de calidad de vida, desarrollo social y condiciones de salud, los indicadores muestran una ciudad fragmentada y polarizada en donde la mayoría de sus habitantes viven en condiciones precarias. Los índices desarrollados por el Consejo de Evaluación del Desarrollo Social de la Ciudad de México identifican a las zonas suroriente y nororiente como concentradoras de espacios-población con bajos índices de desarrollo social (Evalúa CDMX, 2015). En estos territorios precarizados, las condiciones de pobreza y las carencias sociales vulneran a la población, que presenta perfiles de morbilidad biológicos y psicosociales con persistencia de infecciones respiratorias e intestinales, enfermedades carenciales y elevados índices de mortalidad materna; enfermedades como la depresión, las adicciones, alta ocurrencia de lesiones accidentales e intencionales, así como mortalidad por enfermedades crónicas y exposición permanente a entornos insalubres.

En la **zona nororiente** de la CDMX la proporción de espacios-población (manzanas) con un desarrollo social muy bajo oscila entre el 23.44 por ciento para Gustavo A. Madero, 11.02 por ciento en Venustiano Carranza y 9.47 por ciento en Iztacalco. El crecimiento poblacional es negativo para estas tres demarcaciones y predomina una proporción elevada de personas mayores de 65 años. (INEGI, 2010). La morbilidad por demanda de atención

tiene entre las primeras causas a las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la diabetes y la hipertensión arterial. El perfil de mortalidad presenta un mayor peso de las defunciones por enfermedades crónicas; entre las causas de muerte destacan las enfermedades del corazón, la diabetes y las enfermedades del hígado, los accidentes y los homicidios. En esta zona, se concentran unidades de seguridad social: 20 unidades de medicina familiar, 8 hospitales de 2º nivel y 9 hospitales de 3er. Nivel (IMSS, 2010), pero la proporción de población derechohabiente se redujo en el periodo 2000-2015. Los servicios de salud para población sin seguridad social reportan una cobertura formal por arriba de 80 por ciento para el primer nivel de atención, a través de 50 centros de salud cuya disponibilidad de recursos está dentro de los parámetros convencionales y el segundo nivel de atención con 11 unidades hospitalarias y un total de 799 camas censables. Sin embargo, al analizar la dimensión metropolitana, el déficit de infraestructura hospitalaria se hace patente. Al no tener opciones de atención, la población de los municipios conurbados utiliza los hospitales de la Secretaría de Salud de la CDMX, generando una presión adicional sobre las unidades de esta zona. Destacan los hospitales generales de Villa y Balbuena en donde del total de egresos hospitalarios, alrededor del 35 por ciento reportan domicilio habitual en el Estado de México, mientras que en los hospitales pediátricos de Villa, Moctezuma y San Juan de Aragón, los egresos de pacientes provenientes del estado de México representan casi la mitad del total de egresos.

La **zona norponiente** conformada por Azcapotzalco y Miguel Hidalgo presentan 5.8 y 3 por ciento de espacios-población considerados de muy bajo desarrollo social respectivamente. Concentran 19 centros de salud, con un indicador de 0.7 médicos de primer nivel por 1000 hab. en Azcapotzalco, 1.1 en Miguel Hidalgo y 5 unidades hospitalarias con un total de 292 camas censables.

En la **zona central** se concentra la mayor proporción de la población que tiene un alto índice de desarrollo social y cuyas condiciones de vida podrían considerarse como satisfactorias. Los espacios-población considerados con desarrollo social muy bajo, representan el 8.4 por ciento en Cuauhtémoc, menos del 1 por ciento en Benito Juárez, mientras que en Coyoacán el 12.7 por ciento tiene esta clasificación. En estas demarcaciones también se registra un crecimiento poblacional negativo, altas proporciones de adultos mayores de 65 años e índices elevados de envejecimiento poblacional, tanto que en Benito Juárez se concentra la mayor proporción de adultos mayores de 65 años de la ciudad.

Si bien este núcleo central de la ciudad concentra equipamiento urbano y de salud, con 22 unidades de 1er. nivel y 4 unidades hospitalarias con 311 camas censables, el indicador de médicos de primer nivel por 1000 hab. varía de 0.9 en Benito Juárez, a 0.6 en Cuauhtémoc y 0.4 en Coyoacán. La transformación de la pirámide poblacional por disminución de la proporción de menores de 5 años, el aumento de la población de jóvenes, el crecimiento acelerado de adultos mayores, la creciente carga de enfermedad por patología crónica no transmisible y la elevada incidencia de homicidios en Cuauhtémoc, conforman un complejo panorama de inadecuación e insuficiencia de la infraestructura para la atención a la salud y paradójicamente una subutilización de los recursos existentes.

La **zona poniente** de la CDMX tiene en general un desarrollo social muy bajo que varía de 37.7 por ciento de manzanas en Magdalena Contreras, 35.2 en Cuajimalpa y 31.1 por ciento en Álvaro Obregón. En esta zona el crecimiento poblacional es positivo, predomina la población adulta con una mediana de edad de 30 años (INEGI, 2015). Al igual que en otras zonas en los primeros lugares de la morbilidad atendida por el sistema público de salud, se encuentran las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas, las parasitosis intestinales, la diabetes y la hipertensión arterial. Entre las causas de muerte más importantes destacan las enfermedades del corazón, la diabetes, los tumores malignos y la enfermedad cerebrovascular. En esta zona, los servicios públicos de salud son deficitarios, con un total de 38 centros de salud y 0.3 médicos de primer nivel por 1000 hab. La atención hospitalaria para la población no derechohabiente, está sostenida solo por dos unidades hospitalarias, pues el hospital materno infantil de Cuajimalpa no funciona desde el 2010, con un total de 146 camas censables. En estas demarcaciones, los indicadores de disponibilidad de servicios y de cobertura formal exhiben insuficiencias para atender a los habitantes sin seguridad social.

La **zona sur** integrada por tres demarcaciones (Tlalpan, Xochimilco y Milpa Alta) y la **suroriente** por dos (Iztapalapa y Tláhuac), reporta también bajos niveles de desarrollo social (Evalúa-CDMX, 2015) con predominio de población joven (INEGI, 2015). La mayoría de las viviendas de estas demarcaciones se localizan en territorios con infraestructura urbana precaria. Un problema adicional relacionado con la vivienda y el equipamiento básico es el crecimiento poblacional por arriba de 3 por ciento que presiona sobre la disponibilidad de servicios y magnifica su insuficiencia. En estas demarcaciones existe una mayor proporción de niños y jóvenes, predomina la morbilidad por demanda de atención por causas gineco-obstétricas y pediátricas; sin embargo, problemas como la

diabetes y las lesiones accidentales e intencionales están entre las principales causas de defunción. Los niveles de disponibilidad de servicios de salud son insuficientes. En la zona sur existen 45 centros de salud y el indicador de médicos de primer nivel por 1000 hab. es de 0.4, con un total de 291 camas censables. La zona sur oriente presenta un déficit severo de unidades de atención, con un total de 36 centros de salud, 5 clínicas de especialidades y 566 camas censables. La sumatoria de las camas censables es de 2114 lo que resulta en 0.53 camas por 1000 habitantes sin seguridad social. Esta cifra es la mitad de lo que registra el nivel nacional según los datos de OCDE.

El indicador de médico de primer nivel por 1000 hab. varía de 0.4 en Tláhuac a 0.2 por 1000 hab. en Iztapalapa. Nuevamente, este déficit se magnifica cuando se consideran las necesidades en la dimensión metropolitana, ya que en la zona oriente del Ciudad de México el 35-39 por ciento de los hogares son clasificados como hogares pobres, pero cuando se considera el área oriental de la zona metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM) esta proporción asciende a 60 por ciento (CONEVAL, 2015). Además, los habitantes de los municipios conurbados demandan atención en las unidades de salud de la ciudad, pues la disponibilidad de servicios ambulatorios y hospitalarios en sus municipios es prácticamente inexistente.

La complejidad epidemiológica

Los modos de vida urbanos y las desigualdades sociosanitarias configuran perfiles de enfermedad y muerte complejos, con un peso muy importante de la patología crónica, persistencia de enfermedades infecciosas, afecciones perinatales y lesiones accidentales e intencionales, patología mental y adicciones.

En la ciudad, las tres primeras causas de mortalidad general son las enfermedades isquémicas del corazón (114.5 defunciones por 100 mil habitantes), la diabetes mellitus (109.2 defunciones por 100 mil habitantes y los tumores malignos (91.1 por 100 mil habitantes). Las muertes accidentales e intencionales (homicidios) se ubican en el octavo y noveno lugar, con tasas de 18.6 y 12.2 por 100 mil habitantes; mientras que los suicidios, las defunciones por SIDA y por dependencia del alcohol, ocupan los lugares 15, 16 y 17 respectivamente, como causas de muerte en la ciudad. Entre las enfermedades infecciosas la influenza y neumonía producen 26.6 defunciones por 100 mil habitantes y las enfermedades intestinales 4.2 defunciones por 100 mil habitantes (SEDESA, 2017a).

La tasa mortalidad infantil es de 11.9 por cada mil nacimientos y la razón de mortalidad materna es de 44.3 por 100 mil nacimientos por arriba del indicador nacional que es de 36.3 por 100 mil nacimientos. El riesgo de morir antes del primer año de edad en Milpa Alta es 2.6 veces más alta que la tasa de mortalidad en Benito Juárez (SINAC, 2016).

La mayor carga de enfermedad en la ciudad es por enfermedades crónicas no transmisibles, seguida de lesiones y después por patología transmisibles, causas maternas y de la nutrición. Respecto a la discapacidad los trastornos depresivos y osteomusculares tienen un peso importante.

Las principales causas de egresos hospitalarios en 2017 fueron: parto único espontáneo, causas obstétricas directas, traumatismos y envenenamientos, afecciones perinatales, aborto y diabetes mellitus; mientras que en el mismo año, entre las principales causas de urgencias médicas se identifican los traumatismos y envenenamientos, las causas obstétricas directas, las infecciones respiratorias, las enfermedades infecciosas intestinales, la diabetes mellitus y las enfermedades del corazón (SEDESA, 2017a).

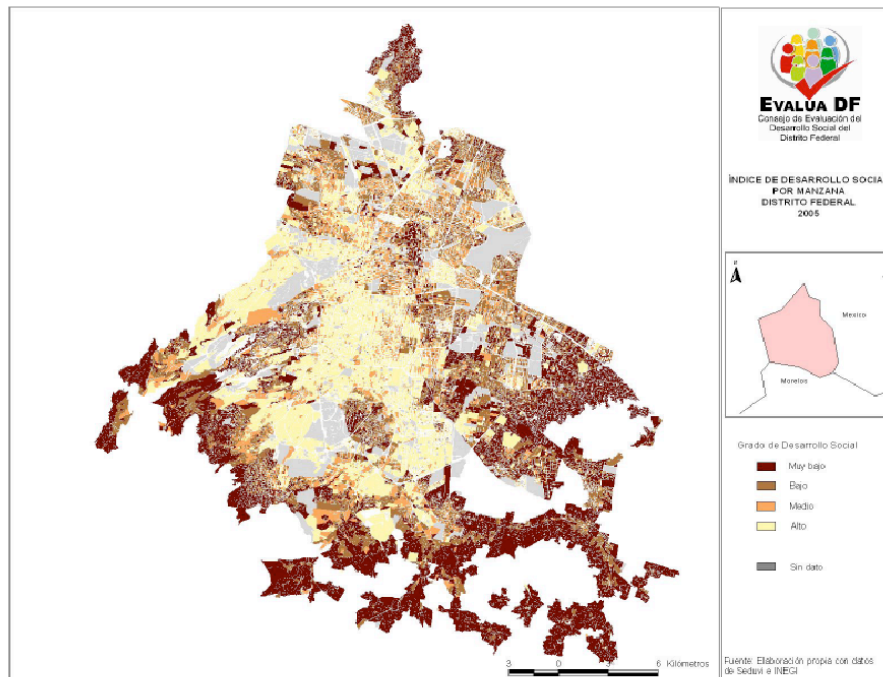
En resumen, si bien la Ciudad de México concentra como ninguna otra entidad, recursos e infraestructura para la atención a la salud de la población sin seguridad social, su distribución es desigual, concentrándose sobre todo en la ciudad central. Las unidades hospitalarias están ubicadas en donde estaba la población hace 30-40 años y en su mayoría, el diseño y construcción de las unidades médicas responden a los modelos de atención y a los problemas de enfermedad y muerte de esa época (atención pediátrica y materno-infantil). A esta situación se agrega la insuficiente inversión para adecuar la disponibilidad de servicios de salud a los patrones demográficos, epidemiológicos y de poblamiento de la metrópoli actual y futura. Déficit de infraestructura y recursos que se agrava al contender con la demanda de atención de la población que habita en los municipios conurbados del Estado de México.

Proporción de población en situación de pobreza y acceso a servicios de salud por demarcación territorial, Ciudad de México, 2015

Demarcación	Población	Pobreza	Pobreza moderada	Pobreza extrema	Sin acceso a salud	Sin seguridad social	No pobres no vulnerables
CDMX	8,846,359	27.8	26.6	1.2	19.1	45.3	36.9
Azcapotzalco	400,254	19.5	18.9	0.5	14.4	32.0	46.7
Coyoacán	572,991	19.8	19.2	0.6	18.0	38.7	45.6
Cuajimalpa	185,835	30.1	29.0	1.2	18.2	55.7	28.4
Gustavo A. Madero	1,215,014	28.4	27.2	1.1	18.5	40.8	36.6
Iztacalco	358,195	17.1	16.7	0.4	20.3	38.5	47.7
Iztapalapa	1,903,552	35.0	33.2	1.7	22.5	52.8	28.8
Magdalena Contreras	263,139	32.6	31.2	1.3	17.8	47.3	31.0
Milpa Alta	156,147	49.2	47.2	2.0	17.7	72.3	14.3
Álvaro Obregón	748,509	27.9	26.8	1.1	18.1	43.9	35.7
Tláhuac	395,414	39.2	37.8	1.3	15.4	53.2	25.4
Tlalpan	677,137	32.1	30.3	1.8	21.0	49.8	33.5
Xochimilco	462,380	40.5	38.1	2.4	21.6	55.3	25.8
Benito Juárez	330,457	5.0	4.8	0.1	13.9	26.6	66.2
Cuauhtémoc	465,420	16.0	15.4	0.7	21.2	40.7	47.2
Miguel Hidalgo	287,260	7.1	7.0	0.1	13.8	33.4	57.7
Venustiano Carranza	424,655	22.8	22.1	0.7	16.6	41.6	41.0

Fuente: Elaboración con datos de Coneval, México. 2015

Índice de desarrollo social por manzana, Distrito Federal



Principales causas de mortalidad general
Ciudad de México
2015

No. de orden	Causa	Defunciones	Tasa ^{1/}
Total		59,484	671.8
1	Enfermedades del corazón	13,570	153.3
	- <i>Enfermedades isquémicas del corazón</i>	10,139	114.5
2	Diabetes mellitus	9,671	109.2
3	Tumores malignos	8,063	91.1
4	Enfermedades cerebrovasculares	3,187	36.0
5	Enfermedades del Hígado	2,625	29.6
	- <i>Enfermedad alcohólica del hígado</i>	835	9.4
6	Influenza y Neumonía	2,358	26.6
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1,757	19.8
8	Accidentes	1,650	18.6
	- <i>De tráfico de vehículos de motor</i>	750	8.5
9	Agresiones (homicidios)	1,080	12.2
10	Insuficiencia renal	964	10.9
11	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	765	8.6
12	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	682	7.7
13	Enfermedades infecciosas intestinales	376	4.2
14	Bronquitis crónica y la no especificada y enfisema	373	4.2
15	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	369	4.2
16	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	363	4.1
17	Síndrome de dependencia del alcohol	304	3.4
18	Pancreatitis aguda y otras enfermedades del páncreas	297	3.4
19	Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	285	3.2
20	Septicemia	246	2.8
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	115	1.3
	Las demás causas	10,384	117.3

^{1/} Tasa por 100,000 habitantes, en base a las Proyecciones de la Población de México, 2010-2050, CONAPO, 2013.

Fuente: INEGI/SEDESA (Dirección de Información en Salud), con base en las defunciones 2015.

Principales causas de egresos hospitalarios
Secretaría de Salud de la Ciudad de México
2016

No. de orden 2016	Causa	Volumen	%
	Total	134,628	100
1	Parto único espontáneo	23,254	17.3
2	Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)	22,644	16.8
3	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	14,967	11.1
**	<i>Fracturas</i>	6,987	5.2
4	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,204	4.6
**	<i>Hipoxia intrauterina, asfixia y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal</i>	2,000	1.5
5	Aborto (solo morbilidad)	5,049	3.8
6	Diabetes mellitus	4,928	3.7
7	Enfermedades del apéndice	4,405	3.3
8	Colelitiasis y colecistitis	4,279	3.2
9	Hernia de la cavidad abdominal	3,728	2.8
10	Tumores malignos	3,192	2.4
**	<i>Leucemias</i>	2,712	2.0
11	Insuficiencia renal	2,912	2.2
12	Influenza y neumonía	2,474	1.8
13	Enfermedades del corazón	2,336	1.7
14	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,058	1.5
15	Infecciones respiratorias agudas, excepto influenza y neumonía	1,737	1.3
16	Enfermedades infecciosas intestinales	1,280	1.0
17	Bronquitis crónica, enfisema y asma	1,215	0.9
18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas	1,178	0.9
19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol, excepto síndrome de dependencia	1,020	0.8
20	Enfermedades del hígado	970	0.7
	Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	413	0.3
	Las demás causas	24,385	18.1

Fuente: SEDESA/DGPCS/DIS/SAEH (Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios).

Diagnóstico institucional:

- Políticas nacionales de ajuste macroeconómico que han producido el desfinanciamiento del sistema público de salud y programas sociales compensatorios cuyo sesgo antiurbano ha limitado la canalización de recursos federales para los pobres y excluidos de la ciudad.
- Segmentación del sistema de salud y fragmentación de la estructura de los servicios para la atención a la salud de la población no derechohabiente en la ciudad, que dificulta el ejercicio de las funciones esenciales de rectoría, promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, seguridad sanitaria y limita la garantía del derecho a la salud de la población.
- La fragmentación de la prestación de servicios de atención médica en el ámbito de responsabilidad de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, se manifiesta mediante la persistencia de dos organizaciones de atención cuyos orígenes institucionales, arreglos organizacionales, situación laboral de los trabajadores y mecanismos de coordinación son diferentes: a) Los Servicios de Salud Pública, Organismo Público Descentralizado (OPD) con personalidad jurídica y patrimonio público, creado por acuerdo presidencial en 1997 al finalizar el proceso de descentralización de la Secretaría de Salud Federal, que se encarga de coordinar la atención ambulatoria de primer contacto, así como los servicios médico-preventivos y sanitarios para la población de la entidad. b) Los Servicios Médicos y de Urgencias, cuyo origen se remonta al final del porfiriato, en los servicios de atención de urgencias de las demarcaciones de policía, que evolucionaron hasta antes de la descentralización para constituir la red hospitalaria del antiguo Departamento del Distrito Federal.
- Descoordinación, hipertrofia y duplicidad de estructuras por la existencia de cinco organismos distintos (Servicios Médicos y de Urgencias -directamente dependiente de la SEDESA-, Servicios de Salud Pública -OPD-, Instituto de Atención y Prevención de Adicciones -IAPA-, Régimen Estatal de Protección Social en Salud – REPSS y Agencia de Protección Sanitaria -APS-)
- Coberturas insuficientes, puesto que la población de responsabilidad directa del sistema de salud, coordinado por la Secretaría de Salud de la ciudad (SEDESA) es

de 4 millones de habitantes y la disponibilidad de servicios ambulatorios y hospitalarios presenta déficit en prácticamente todas las demarcaciones políticas.

- Cobertura de servicios hospitalarios con problemas de disponibilidad, inadecuación y subutilización.
- Alta demanda de servicios de la población de las áreas conurbadas (principalmente del Estado de México), lo que añade un elemento de presión sobre las unidades ambulatorias y hospitalarias que contribuye a su saturación.
- Carencia de un servicio metropolitano de atención a urgencias prehospitales, que responda oportuna y profesionalmente a las emergencias médico-quirúrgicas y se coordine efectiva y eficazmente con la Cruz Roja, el Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas, así como los servicios similares de los municipios conurbados. Ello dificulta la respuesta rápida, protocolizada, unificada y de calidad, así como la articulación efectiva con los hospitales de la SEDESA.
- Ausencia de una red integrada e integral de servicios de atención a la salud. Los servicios de atención ambulatoria, hospitalarios y de urgencias
- Insuficiente capacidad resolutoria, por el rezago en infraestructura y equipo, plantillas distorsionadas e incompletas, desvalorización del trabajo, carencia de mecanismos de monitoreo de la calidad de la atención y de programas efectivos de capacitación ético-política, gerencial y operativa.
- Déficit de mecanismos de coordinación asistencial entre los diferentes establecimientos que garanticen la continuidad de los procesos de atención, la inexistencia de un modelo único de atención que vincule efectivamente a la red de establecimientos, así como la ausencia de procesos de gestión clínico-administrativa eficaces.
- Infraestructura incompleta con un importante rezago en la conservación y mantenimiento de los inmuebles y en la modernización del equipamiento.
- Cultura organizacional autoritaria y patrimonialista que favorece el centralismo, los grupos de interés y el burocratismo; inmediateista y pasiva frente a las necesidades de transformación y desarrollo.
- Deficiencias en los procesos de control de insumos, medicamentos, prótesis y órtesis, que favorecen el dispendio, la elevación de costos, la fuga de recursos, el desabasto y la inadecuada atención de las personas que los necesitan.

- Servicios farmacéuticos no profesionalizados, que favorecen los errores de medicación, el mal uso de recursos, la caducidad de medicamentos e insumos, el “robo hormiga” y la insatisfacción de usuarios y prestadores.
- Polarización, insuficiencia e inadecuación del personal de salud, por la gran cantidad de licencias sindicales e incidencias de trabajadores de base en coexistencia con profesionales con contratos precarios y bajos salarios.
- Procesos fragmentados de planeación e inexistencia de la planeación y evaluación local.
- Persistencia de distorsiones en la aplicación de los recursos materiales y financieros e insuficiente mantenimiento preventivo que afecta la oportunidad y la calidad de la atención y ocasiona costos excesivos en la operación.
- Múltiples sistemas de información fragmentados, hipertrofiados en formatos y poco eficaces para alimentar la toma de decisiones en los niveles locales, jurisdiccionales y centrales.

Total de unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, por tipo y delegación
Secretaría de Salud de la Ciudad de México
2016 ^{1/}

Delegación	Total General	Total 1er. Nivel	Total 2do. Nivel *	Centros de Salud			Clínicas de especialidad ^{2/}	Medibuses ^{3/}	
				Total	T-I	T-II			T-III
Total	425	388	37	210	100	46	64	16	16
Azcapotzalco	22	20	2	14	9	3	2	0	0
Coyoacán	21	20	1	12	5	3	4	0	0
Cuajimalpa	13	13	0	10	8	0	2	0	0
Gustavo A. Madero	52	46	6	31	18	8	5	0	1
Iztacalco	10	9	1	5	0	1	4	0	0
Iztapalapa	60	54	6	24	11	3	10	4	3
Magdalena Contreras	15	14	1	9	6	1	2	0	0
Milpa Alta	15	14	1	11	6	3	2	0	0
Alvaro Obregón	31	30	1	19	7	5	7	0	1
Tláhuac	21	19	2	12	4	6	2	1	1
Tlalpan	34	31	3	21	12	3	6	0	0
Xochimilco	23	20	3	13	6	4	3	1	0
Benito Juárez	23	22	1	4	2	0	2	0	8
Cuauhtémoc	35	33	2	6	1	0	5	9	0
Miguel Hidalgo	19	16	3	5	0	1	4	0	0
Venustiano Carranza	31	27	4	14	5	5	4	1	2

^{1/} Información a diciembre del 2016.

^{2/} Incluye: Clínicas de Especialidad de la No. 2 a la 6, Clínica especializada Condesa, Clínica Especializada Condesa Iztapalapa, CEVAREPSI, Clínica Comunitaria Santa Catarina, Clínica Comunitaria Mixquic, Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Espacio Interactivo para Jóvenes "Impulso", Clínica de Displasias Santa Martha, Clínica de Salud Reproductiva, Clínica de Atención Integral a la Mujer y Centro Especializado en Medicina Integrativa.

^{3/} Incluye: 1 Unidad Dental Móvil de Atención en Reclusorios.

^{4/} Unidades de Salud de Detección Oportuna (12 en el metro, 2 en Central de abastos y 2 Unidades Móviles registradas en la delegación Álvaro Obregón)

^{5/} Unidades Médicas Especializadas. Centro de Atención para la Prevención de las Adicciones.

^{6/} Unidades Médicas Especializadas. Atención de Enfermedad Crónica (Sobrepeso, Obesidad, Diabetes, Riesgo Cardiovascular).

^{7/} Unidades Médicas Especializadas en Salud, Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (Condesa).

^{8/} Unidad Médica del Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla (CERESOVA), Unidad Médica del Centro Femenil de Readaptación Social

Fuente: SEDESA/DGPCS/DIS/SINERHIAS (Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud).

*No incluye el H.M.I. Cuajimalpa que se encuentra en proceso de sustitución

Ventanas de oportunidad:

- Compromiso de gobierno de convertir a la ciudad de México en una ciudad de derechos.
- Constitución Política de la Ciudad de México cuyo eje de constitucionalidad son los derechos humanos.
- Perspectiva intersectorial de las políticas públicas y de salud por parte del Gobierno de la ciudad.
- Voluntad política de implantar medidas para hacer efectivo el uso transparente, eficiente y equitativo de los recursos.

- Sinergia entre los proyectos de políticas de desarrollo social y de salud de los gobiernos federal y de la Ciudad.
- Perspectivas favorables de financiamiento para la atención de la salud de la población sin seguridad social.

Desafíos

1. Mejorar las condiciones de salud de la población de la Ciudad de México.
2. Garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad.
3. Disminuir las inequidades de atención e incrementar el acceso a servicios oportunos y de calidad.
4. Construir un sistema público de atención a la salud universal, integral, integrado, incluyente, equitativo y solidario.

Misión

Garantizar el derecho a la salud en la Ciudad de México

Visión

Sistema público de salud universal, integral, integrado, incluyente, equitativo y solidario que contribuya a mejorar la calidad de la vida humana y su duración, la reducción de los riesgos a la salud, la morbilidad y la mortalidad e incluya medidas de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades y discapacidades, mediante la prestación de servicios médico-sanitarios universales, equitativos, gratuitos, seguros, de calidad y al alcance de todas las personas.

Ejes para la transformación del sistema actual

- Multidimensionalidad de la salud como metacapacidad
- Derecho a la salud y su garantía
- Salud en todas las políticas (intersectorialidad, cooperación y participación)
- *Salud en tu Vida*: Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en un Modelo de Atención Primaria de Salud (APS)
- Reorganización territorial y gestión efectiva
- Pacto institucional por la salud
- Inclusión, interculturalidad, igualdad de género, justicia social.
- Fortalecimiento de la infraestructura y ampliación de servicios.
- Financiamiento suficiente, administración eficiente y combate a la corrupción.

Ejes y estrategias

Ejes	Estrategias
Multidimensionalidad de la salud como metacapacidad	Sensibilización y capacitación de trabajadores y poblaciones sobre la salud como resultado y síntesis de procesos destructivos y procesos protectores en los niveles individual, familiar y comunitario. Incorporación del concepto multidimensional de salud, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en todos los programas y servicios.
Derecho a la salud y su garantía	Universalidad de la atención Gratuidad al usar los servicios No discriminación y cero rechazos en todos los servicios. Incorporación de los componentes de determinantes sociales en los programas extramuros, las acciones territorializadas y los servicios comunitarios. Incorporación de componentes del derecho a la protección a la salud, en todos los programas y servicios: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad. Inclusión de los ejes transversales de no discriminación, perspectiva de género, interculturalidad e igualdad sustantiva. Evaluación de la prestación de los servicios desde la perspectiva de derechos Capacitación de los trabajadores en la perspectiva de derechos, determinantes sociales y protección a la salud.
Igualdad, inclusión y justicia social	Servicios de salud universales, accesibles social y geográficamente, incluyentes -no discriminatorios-, interculturales, por curso de vida, con enfoque de género, gratuitos, solidarios, éticos, centrados en las personas, las familias y los colectivos.
Salud en todas las políticas (intersectorialidad, cooperación y participación)	Impulso a la formación de Consejos Locales de Salud en acuerdo con las Alcaldías y Comités de salud en las áreas territoriales de las unidades de atención. Desarrollo de acciones transversales y transectoriales con dependencias gubernamentales federales, de la ciudad y las Alcaldías, poder legislativo local y federal, organizaciones comunales y civiles en: a) construcción de entornos

	<p>comunitarios, escolares y laborales saludables y, b) impulso al establecimiento de políticas públicas favorecedoras de la salud</p> <p>Participación en los Puntos de Innovación (PILARES) con promoción de la salud, educación para la salud, orientación, consejería, participación y organización para la transformación de los entornos, grupos de ayuda mutua y canalización oportuna a establecimientos de la red de atención.</p> <p>Programas conjuntos de protección ambiental y gestión de riesgos y en problemas particulares de atención (p.e salud sexual y reproductiva, embarazo adolescente, VIH/SIDA, obesidad/diabetes, adicciones, violencias).</p> <p>Reactivación de Comités y Consejos específicos (adicciones, mortalidad materna, prevención de la violencia, bioética, etcétera)</p>
Modelo de Atención Primaria: <i>Salud en tu vida</i>	<p>Desarrollo e implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en un Modelo de Atención Primaria de Salud (APS). (Anexo)</p> <p>Fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas para elegir opciones saludables de vida.</p>
Reorganización territorial de servicios y gestión efectiva	Desarrollo e implementación de la regionalización y la constitución de sistemas locales de salud en red
Pacto institucional por la salud	<p>Respeto a los ámbitos de actuación de autoridad y sindicatos.</p> <p>Respeto irrestricto a las condiciones generales de trabajo.</p> <p>Diálogo permanente con los trabajadores de la institución</p> <p>Revalorización del trabajo y acuerdos de gestión</p> <p>Exploración e implantación de nuevos mecanismos de contratación que garanticen la continuidad y calidad de los servicios.</p>
Fortalecimiento de la infraestructura y ampliación de servicios	<p>Actualización permanentemente el plan maestro de infraestructura y equipamiento en salud.</p> <p>Desarrollo de un programa de sustitución de equipo y renovación tecnológica.</p> <p>Fortalecimiento del programa de mantenimiento preventivo y correctivo.</p> <p>Mejora de la capacidad instalada de los servicios y</p>

	<p>ampliación de opciones terapéuticas.</p> <p>Garantía del abasto de medicamentos e insumos oportunos.</p> <p>Establecimiento de servicios farmacéuticos profesionales en la red hospitalaria y atención farmacéutica en centros de salud seleccionados por región.</p> <p>Elaboración de un plan maestro de recursos humanos para la salud.</p> <p>Reorganización de los equipos de salud y las plantillas de personal en las unidades ambulatorias y hospitalarias en concordancia con el modelo de atención.</p> <p>Regularización gradual del personal contratado en forma precaria.</p> <p>Diversificación de los perfiles profesionales en los equipos de salud (p. e. farmacéuticos en hospitales y fisioterapeutas en servicios ambulatorios).</p>
Financiamiento suficiente, administración eficiente y combate a la corrupción	<p>Incremento anual del presupuesto de salud considerando las obligaciones legales y la inflación.</p> <p>Exigencia de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud que le corresponden a los afiliados en la ciudad.</p> <p>Recuperación de recursos a través del combate a la corrupción, la eliminación de gastos supérfluos y disminución de gastos por representación.</p> <p>Impulso a las compras dinámicas y a los contratos de mantenimiento integral.</p> <p>Gestión de recursos federales para la construcción de infraestructura y regularización de plazas.</p> <p>Fomento a la transparencia y rendición de cuentas.</p>

Objetivos del primer año de gestión

1. Garantizar el abasto de medicamentos e insumos suficientes para la atención ambulatoria y hospitalaria en todas las unidades de la SEDESA.
2. Asegurar el mantenimiento preventivo y correctivo de las unidades ambulatorias y hospitalarias.
3. Ampliar turnos y opciones terapéuticas, con política de cero rechazos y reducción de listas de espera.
4. Iniciar la ampliación de la infraestructura para la atención de la salud en la Ciudad de México
5. Reorganizar y redistribuir al personal de salud para facilitar la integración de los equipos de atención e iniciar la regularización del personal de salud contratado con base en perfiles profesionales y necesidades de atención.
6. Implantar el servicio farmacéutico profesional en cuatro hospitales de la red y en cuatro centros de salud T-III de regiones seleccionadas.
7. Desarrollar el sistema de información en salud, el expediente electrónico de los usuarios de los servicios de salud y una línea basal de indicadores de monitoreo y evaluación.
8. Construir agendas locales por la salud y la vida digna, con participación de actores institucionales, alcaldes, organizaciones civiles y comunitarias e impulsar la construcción de un nuevo pacto institucional entre directivos, trabajadores y usuarios de los servicios.
9. Sensibilizar y capacitar de manera simultánea a las y los trabajadores de los servicios de salud y a la población acerca de: la multidimensionalidad de la salud, el derecho a la salud, el enfoque de curso de vida, la perspectiva de género, la no discriminación y la inclusión social; así como, sobre el sistema de salud y el modelo de atención.
10. Promover la coordinación funcional de los órganos descentralizados y desconcentrados sectorizados a la SEDESA e iniciar la implantación de la red integrada de servicios de salud y el modelo de atención basado en APS.

Los primeros 100 días de gestión:

Objetivos y acciones

1. Frenar el deterioro y dignificar los espacios de atención
 - Limpieza y mantenimiento general de las unidades hospitalarias
 - Divulgar derechos de los usuarios
 - Informar sobre la oferta de servicios y programas de salud, mecanismos de acceso, la ubicación y horarios de las unidades de atención.

2. Estabilizar la prestación de servicios
 - Reducir los tiempos de espera en unidades ambulatorias y hospitalarias
 - Garantizar el abasto de medicamentos e insumos
 - Acelerar la reparación del equipo esencial e iniciar su mantenimiento preventivo.
 - Asegurar la presencia de personal de salud recuperando plazas de comisiones sindicales y licencias irregulares.

3. Iniciar la ampliación de servicios
 - Turno vespertino en Condesa Iztapalapa
 - Turno vespertino en 10 centros de salud T-III
 - Completar los módulos de medicina integrativa del CEMI y de las cinco unidades de salud donde tienen este servicio (Tlalpan, Milpa Alta, Tláhuac e Iztapalapa)
 - Establecer un programa interinstitucional de cirugía de cataratas
 - Campaña de detecciones de Cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de Mama, Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemias, Riesgo Cardiovascular, Cáncer de próstata, Desnutrición, Obesidad, Adicciones y Violencias.

4. Iniciar la construcción de infraestructura
 - Iniciar la construcción del Hospital General de Cuajimalpa (74 camas)
 - Elaborar el proyecto ejecutivo del Hospital General de Topilejo (60 camas)
 - Iniciar la adecuación de la Clínica 6 para la atención de las personas Trans
 - Iniciar la remodelación de 11 centros de salud T-I seleccionados para transformarse en T-II

5. Promover agendas locales por la salud

- Convocar en coordinación con las Alcaldías la instauración de Consejos Locales de Salud.
- Realizar asambleas vecinales y/o comunitarias en las zonas de influencia de las unidades ambulatorias cercanas a los Puntos de Innovación (PILARES)
- Instalar o revitalizar los Comités de Salud de los centros de salud

Bibliografía

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL (2015). *Información del Módulo de Condiciones Socioeconómicas 2015*. Disponible en: www.coneval.org.mx

Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales CDESC (2000). *Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ONU.

Diario Oficial de la Federación DOF (2011). Reforma Constitucional en Materia de Derechos Humanos (DDHH). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: DOF.

Consejo de Evaluación del Distrito Federal. (2015) Índice de desarrollo social. México

Ferrajoli, L. (2006). *Sobre los derechos fundamentales y sus garantías*. México: Edición de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Gaceta Oficial de la Ciudad de México (2017). Constitución Política de la Ciudad de México. México: Administración Pública de la Ciudad de México.

Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, Mc Kendry R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425):1219–1221.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2010) Coordinación de Atención y orientación al derechohabiente, IMSS, México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2018). *Delimitación de las zonas metropolitanas de México 2015*. México: INEGI, SEGOB, SEDATU, CONAPO.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. Disponible en: www.beta.inegi.org.mx

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. Disponible en: www.inegi.org.mx

Organización de las Naciones Unidas ONU (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General, Resolución 217A (III), Artículo 25. Organización de las Naciones Unidas. Ginebra, Suiza, 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Organización Mundial de la Salud OMS (2016). *Declaración de Shangai sobre la Promoción de la Salud*. Shangai, China: OMS, 21 de noviembre 2016.

Organización Mundial de la Salud OMS (2013). *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. 64^a Asamblea General, Fortaleza, Brasil: OMS.

Organización Mundial de la Salud OMS (2009). *Conferencia Global de Promoción de la Salud*. Nairobi, Kenya: OMS, 26-30 de octubre 2009.

Organización Mundial de la Salud OMS (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa, Canadá: OMS, Salud y Bienestar Social Canadá.

Organización Panamericana de la Salud OPS. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opiniones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas*. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 4. Washington, DC: OPS.

Sánchez-Cordero, O. (2000). El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México. Simposio Internacional “Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico-paciente”, México, Ciudad de México 9 de octubre de 2000.

Secretaría de Salud (2017a). *Comparecencia del Secretario de Salud de la Ciudad de México con motivo de la Glosa del Quinto Informe del Jefe de Gobierno*. México: Asamblea Legislativa, 31 de octubre de 2017.

Secretaría de Salud (2017b). *Agenda Estadística 2017. Población*. México: Secretaría de Salud. Disponible en: www.salud.df.gob.mx/portal/media/agenda_2017/publicacion.html

Subsistema SINAC (2016). Dirección General de Información en Salud. Disponible en: www.data.salud.cdmx.gob.mx

Vázquez ML, Vargas I. (2007). *Organizaciones sanitarias integradas*. Barcelona: CHC.