



EVALUA DF

Consejo de Evaluación del
Desarrollo Social del
Distrito Federal

Derecho a la Salud en el Distrito Federal

Alejandro Cerda

El contenido forma parte de los insumos para la elaboración del Informe del estado del desarrollo social del DF, es responsabilidad de los autores y no representa necesariamente la posición de Evalúa DF.

Derecho a la Salud en el Distrito Federal

Elaborado por Evalúa DF bajo la Supervisión del
Dr. Alejandro Cerda García
2010

ÍNDICE

1. Marco Normativo del Derecho a la Salud	3
1.1 Internacional.....	3
1.2 Normatividad Nacional y Local.....	5
1.2.1 Normatividad Nacional.....	5
1.2.2 Normatividad del Distrito Federal.....	6
2. Análisis de las Políticas del Derecho a la Salud	8
2.1 Panorama General del Sistema de Salud en México y el Distrito Federal.....	8
2.2 Análisis de los Programas de Desarrollo Social en materia del Derecho a la Salud.....	8
3. Hipótesis	10
3.1 Hipótesis General de la Política Social en el Distrito Federal.....	10
3.2 Hipótesis específica del Derecho a la salud.....	10
4. Problemáticas	10
4.1 Accesibilidad.....	11
4.1.1 Reducido Acceso a la Seguridad Social.....	13
4.1.2 Falta de Atención Médica debido al Factor Territorial.....	15
4.2 Disponibilidad.....	17
4.2.1 Rezago en las Condiciones de los Servicios de Atención Médica.....	18
4.3 Aceptabilidad.....	19
4.3.1 Limitada Regulación Sanitaria.....	19
4.4 Calidad.....	20
4.4.1 Falta de Calidad de los Servicios Médicos.....	21
5. Conclusiones	23
6. Bibliografía	25

1. Marco Normativo del Derecho a la Salud

1.1 INTERNACIONAL

El reconocimiento de la salud como derecho se origina a partir de la constitución de la **Organización Mundial de la Salud en 1946**, la cual define a éste, *“como el estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, que además requiere del goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, [siendo...] uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”*.¹

Actualmente, *“el Derecho a la salud se considera como un derecho que integra no sólo la idea de curar la enfermedad, sino también de prevenirla, por lo que el entorno físico y social del hombre adquiere una nueva relevancia dentro de este derecho, lo cual implica mayor protección del ser humano, un mayor compromiso administrativo y económico por parte de los Estados”*.²

Por tanto, el derecho a la salud, goza de un carácter de derecho universal y de derecho vinculante, éste no debe entenderse únicamente al hecho de estar sano, ya que implica la libertad de controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica y además debe de ser un derecho para cada individuo, es decir, que goce de discrecionalidad, no debe padecer de injerencias; para su acceso y garantía debe existir un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

El derecho a la salud está reconocido en diferentes instrumentos internacionales en los cuales México es Estado Parte, por lo que ha adquirido la obligación de respetar, garantizar y proteger este derecho.

En primera instancia se reconoce el derecho a la salud en el **artículo 25** de la **Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948**, en la cual se establece que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”*, a partir de ello se otorga a la salud el carácter vinculante pues no se puede lograr el pleno goce del derecho a la salud, si se es privado de otros derechos.³

Un segundo instrumento es el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (PIDESC)** donde se instituye en el **artículo 12**, que el Derecho a la salud debe otorgarse en su más alto nivel posible de disfrute. Impone a los Estados, obligaciones específicas que implican una serie de medidas que se deberán adoptar con el fin de satisfacer las demandas de este derecho.⁴

¹ Arriaga, B. Carol, El derecho a la salud, Centro de estudios Cámara de Diputados http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Ceameg/pron3/archi/salud.pdf

² *Ibid.*

³ López, Menéndez Marisol. *“Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Legislación internacional, contenidos normativos mínimos y avances en la construcción de indicadores en el caso mexicano”*. Evalúa DF, México 2010. (Inédito)

⁴ *Ibid.*

Por su parte, el **Comité DESC** (órgano que supervisa el cumplimiento del **PIDESC**), a través de la **Observación General Núm. 14**, ha afirmado que el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar saludable. Este derecho está constituido tanto por libertades como por derechos positivos. Las libertades incluyen el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo, incluyendo la salud sexual y reproductiva, así como el derecho a no sufrir interferencias, no padecer tortura o tratamientos médicos no consentidos por el paciente o experimentos. Los derechos positivos, por el contrario, incluyen el derecho a un sistema de protección a la salud que proporcione igualdad de oportunidades para que las personas disfruten de los más altos estándares de salud existentes.⁵ (CESCR, E/C.12/2000/4 §8).⁶

De esta manera la salud por sí misma no puede ser asegurada por el estado (factores genéticos, susceptibilidad individual y un estilo de vida poco sano son algunas de las causas fuera del control del estado que deterioran la salud); por lo tanto, **el derecho a la salud debe entenderse como el derecho a tener acceso a instalaciones, bienes, servicios y condiciones necesarias para la realización del más alto estándar de salud existente.** (CESCR, E/C.12/2000/4 §9).

El Comité ha definido una serie de elementos que caracterizan el goce efectivo del derecho a la salud:⁷

a. Disponibilidad. Existencia de instituciones e instalaciones, bienes y servicios de salud. Estos deben estar disponibles en cantidad suficiente y deberán incluir agua potable y servicios sanitarios, hospitales, clínicas y otras instalaciones relacionadas con la salud, personal médico y profesional capacitado que reciba salarios competitivos a nivel doméstico y medicamentos básicos (definidos por el Programa de Acción de la OMS en Medicamentos Básicos).

b. Accesibilidad. Las instalaciones, bienes y servicios deben ser accesibles a todas las personas. El Comité señala cuatro dimensiones de accesibilidad:

- **No discriminación:** Instalaciones y servicios deben ser accesibles para todos, especialmente a los sectores más vulnerables y marginados de la población, tanto de hecho como de derecho.
- **Accesibilidad física.** Las instalaciones de salud, bienes y servicios deben ser accesibles de manera segura para todos los sectores de la población tales como grupos indígenas, mujeres, niños, adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidades y personas con VIH SIDA. Esta dimensión implica también que los servicios médicos y otros servicios relevantes para la salud (agua potable y servicios sanitarios) se encuentren a una distancia razonablemente segura, incluyendo las zonas rurales. La accesibilidad también se refiere a proporcionar formas de acceso adecuadas a los edificios para personas con discapacidades.
- **Accesibilidad económica.** Las instalaciones, bienes y servicios deben ser accesibles para todos. El pago por los servicios de salud y otros servicios relevantes para la salud debe basarse en el principio de equidad, asegurando que estos servicios sean accesibles para todos, ya sean proporcionados por el sector público o privado. La equidad implica

⁵ La idea fundamental de “los más altos estándares de salud existentes” toma en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas de la persona como los recursos que el estado tiene disponibles. La salud por si misma no puede ser asegurada por el estado (factores genéticos, susceptibilidad individual y un estilo de vida poco sano son algunas de las causas fuera del control del estado que deterioran la salud); por lo tanto, **el derecho a la salud debe entenderse como el derecho a tener acceso a instalaciones, bienes, servicios y condiciones necesarias para la realización del más alto estándar de salud existente.** (CESCR, E/C.12/2000/4 §9)

⁶ López, Menéndez, op. Cit.,

⁷ *Ibid.*

que las familias más pobres no deben sufrir costos desproporcionadamente más elevados en términos de sus ingresos.

- Accesibilidad informativa. La accesibilidad incluye el derecho a buscar, recibir y proporcionar información e ideas relativas a asuntos relacionados con la salud. Sin embargo, la accesibilidad de información no debe poner en riesgo el derecho a la confidencialidad de la información personal.

c. Aceptabilidad. Todas las instalaciones de salud, bienes y servicios deben respetar la ética médica y ser culturalmente apropiados a las diferencias culturales entre la población, además de ser sensibles a las diferencias de género y etarias.

d. Calidad. Además de ser culturalmente aceptables, las instalaciones de salud, los bienes y servicios deben ser científica y médicamente apropiados y de buena calidad. Ello requiere de personal médico calificado, medicamentos científicamente aprobados y vigentes y equipo de hospital, agua potable y servicios sanitarios adecuados.

Por su parte, el **Protocolo de San Salvador sobre DESC** instituye en el **artículo 10** que, *“toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social; la atención primaria de la salud, entendida como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad”*.⁸

Se puede observar que el derecho a la salud corresponde a toda la población, sin distinción alguna y que, en busca de garantizar tal derecho, se ha sectorizado para dar atención a grupos, tales como: mujeres, niñas y niños, trabajadores, pueblos indígenas, y personas con VIH-SIDA.⁹

1.2 NORMATIVIDAD NACIONAL Y LOCAL

1.2.1 Normatividad Nacional

En México, además de haber sido aceptados gran parte de los instrumentos antes mencionados, el derecho a la salud se encuentra consagrado como derecho fundamental en la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** en el **artículo 4º**, donde, *“toda persona tiene derecho a la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los*

⁸ *Loc. cit*

⁹ - En el caso de la **protección de los derechos de la Mujer** se encuentra señalado en la **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Social de 1965**,³; en la **Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1981**⁹; en el **Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (El Cairo, 1994)**; y en la **Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)**.

- En el caso de las **niñas y los niños**, el derecho a la salud se instituye en la **Convención sobre los Derechos del Niño de 1989**.

- En lo que respecta a la seguridad social de los trabajadores, se enfatiza el carácter universal y antidiscriminatorio del derecho a la salud en el **Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo de 1991**; la **Convención sobre la Protección de los Trabajadores Migrantes y sus familias (1990)**.

- También, se ha reconocido la especificidad de las necesidades y los derechos de los pueblos indígenas en materia del derecho a la salud, a través del **artículo 12 del Proyecto de Declaración sobre Derechos de los Pueblos Indios de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos**, así como reconocidos también en los **artículos 24 y 25 del Proyecto de Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Poblaciones Indígenas de 1994**.

- El derecho a la salud reconoce que las personas que viven con VIH-SIDA deben de contar con protección en la materia, de tal manera, el derecho se encuentra resguardado en la **Declaración de París sobre Mujeres, niños y el Sida (1990)**; en la **Declaración Cumbre de París sobre el SIDA (1994)**; la **Declaración de Derechos y Humanidad sobre VIH y el SIDA (1992)**; la **Declaración Trinacional de Canadá, Estados Unidos de América y México (1996)**. Se busca garantizar el acceso a la salud a través de las **Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y el VIH(2006)** y mediante la **Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH (Declaración UNGASS, 2001 y 2008)**.

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 de esta constitución.”¹⁰

Otras normas importantes en materia de salud a nivel federal son la **Ley General de Salud** y la **Ley General de Desarrollo Social**. En la segunda se señala expresamente en su **artículo 6°** que entre los derechos sociales se encuentra la salud, y además en su **artículo 36** determina que el acceso a los servicios de salud es un parámetro para medir la pobreza.¹¹

En lo que respecta a la **Ley General de Salud**, se establece en el **artículo 1°** que, *“toda persona tiene derecho a la protección de la salud en los términos del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.”*

Asimismo en los artículos **2°, 3°, 4°, 9° y 13**, se enuncian las finalidades del derecho a la salud, las disposiciones en materia de salubridad general, las autoridades sanitarias responsables, y la competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, respectivamente.¹²

1.2.2 Normatividad del Distrito Federal

Esta distribución concurrente de competencias entre la federación y las entidades federativas ha obligado a la Asamblea Legislativa del Distrito Federal a reconocer y regular el derecho a la salud en diversas normas. La más importante es la **Ley de Salud del Distrito Federal**; sin embargo este derecho también es reconocido y regulado en la **Ley de Desarrollo Social del Distrito Federal**, **Ley de Niños y Niñas**, **Ley de Personas con Discapacidad**, **Ley de Personas Adultas Mayores**, la **Ley de Jóvenes** y la **Ley de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos**.

En el **artículo 1°** de la **Ley de Salud para el Distrito Federal** se establece que, *“será la encargada de regular las base y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud y fijar las normas conforme a las cuales el Jefe de Gobierno del Distrito Federal ejercerá sus atribuciones en la prestación de los servicios de salubridad general a los que se refiere el artículo 13 apartado B) de la Ley General de Salud”*. Asimismo, en el **artículo 5°** se hace referencia a las competencias de las autoridades del Distrito Federal.¹³

En lo que se refiere a los servicios de salud para la población del Distrito Federal, se establece en el **artículo 2°** de la Ley, que *“los habitantes del Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquier otro, tiene 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.”¹⁴*

Por su parte, la **Ley de Desarrollo Social del Distrito Federal**, establece en el **artículo 1°, fracción II**, *“promover, proteger y garantizar el cumplimiento de los derechos sociales*

¹⁰ Gutiérrez, Rodrigo (Responsable). *“Análisis comparado de la legislación del Distrito Federal relativa a los derechos a la vivienda, al trabajo, a la salud y a la educación frente al derecho internacional de los derechos humanos”*. Evalúa DF, México 2010. (Inédito)

¹¹ *Ibid*

¹² Ley General de Salud. Última reforma publicada DOF 30-12-2009.

¹³ Gutiérrez, Rodrigo op. Cit.,

¹⁴ Ley de Salud para el Distrito Federal. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009.

universales de los habitantes del Distrito Federal en particular en materia de alimentación, salud, educación, vivienda trabajo e infraestructura social”¹⁵.

Existen diversas leyes que regulan los medios y mecanismos con los cuales se busca garantizar el acceso y el goce de este derecho a los habitantes del Distrito Federal, por lo que el derecho a la salud se ha sectorizado por grupos de población: mujeres, adultos mayores, niñas, niños y jóvenes. En estas leyes se establece como referente general el derecho al acceso, a la protección de la salud y a la alimentación, así como a una atención especializada para cada uno de los grupos de población.

Es importante señalar la importancia que tiene la **Ley de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos**, decretada en 2006, ya que representa el esfuerzo institucional, por parte del gobierno del Distrito Federal, en cuanto a establecer el derecho de acceder de forma gratuita a los servicios médicos disponibles y medicamentos asociados en las unidades médicas de atención primaria y hospitalaria del Distrito Federal, esto en el caso de las personas que no estén incorporadas a algún régimen de seguridad social.

¹⁵ Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el día 23 de mayo del 2000.

2 Análisis de las Políticas del Derecho a la Salud

2.1 Panorama General del Sistema de Salud en México y el Distrito Federal.

Con la reforma a la Ley de Salud en 2003 se buscó implementar un nuevo esquema de seguridad pública a nivel nacional de carácter voluntario y dirigido a la población sin acceso a la seguridad social.¹⁶ Se reorganizaron los servicios médicos de las instituciones de seguridad social, pese a ello, el estancamiento y deterioro de los servicios públicos de salud, tanto para la población abierta como para los de seguridad social, tienen su origen en un déficit de recursos físicos y humanos, en parte ocasionado por el **prolongado desfinanciamiento** que se inició en 1983 y que llegó a más de 50% per cápita.¹⁷

De acuerdo con el informe final sobre la exclusión en salud en el Distrito Federal, la **Secretaría de Salud del Distrito Federal heredó servicios en condiciones de rezago debido a un desfinanciamiento** importante, el cual impactó negativamente en las instalaciones. Por su parte, la población usuaria de los servicios recibía una atención deficiente y de mala calidad dejando sin resolver su problema de salud la mayor parte de las veces. Además la **infraestructura de salud en la ciudad no creció desde la década de los ochentas**, y en ese periodo se acrecentó la **falta de mantenimiento, el desabasto crónico de medicamentos y materiales de curación**.¹⁸

Con el **proceso de descentralización** se observó un alto grado de fragmentación, en particular por la forma en que se efectuó el proceso, ya que por un lado, se llevó a cabo la división de los servicios al descentralizar la estructura y los recursos de la Dirección General de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (que dependía de la Secretaría de Salud federal), pero sin integrarlos al Instituto de Salud del Distrito Federal, hoy Secretaría de Salud del Distrito Federal, lo que implicó que los servicios de salud para la población abierta quedaran divididas en dos entidades: el **primer nivel** en el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, sectorizado a la Secretaría de Salud del Distrito Federal; y el **segundo y tercer niveles** (los hospitales) también bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.¹⁹

2.2 Análisis de los Programas Sociales en materia del Derecho a la Salud.

Como parte de las **medidas institucionales** en atención a la salud, actualmente se implementan **tres programas a nivel central** sujetos a reglas de operación, cada uno bajo la responsabilidad de instancias diferentes. Dos están focalizados en la salud de las mujeres, específicamente en la prevención del cáncer de mama, sin estar coordinadas entre sí (DIF, Inmujeres DF), y sin involucrar a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, instancia rectora en este sector. El tercer programa corresponde al de **“Acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de Seguridad Social Laboral (SS)”** el cual plantea en sus objetivos una perspectiva

¹⁶ Homedes, Nuria y Antonio Ugalde, Reformas de Salud neoliberales en México, en Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso, Revista Panamericana de Salud, No. 1, vol.18, Washington, Julio 2005

¹⁷ Programa de Salud 2002-2006. Secretaría de Salud del Distrito Federal, México, agosto de 2002, p. 8.

¹⁸ Informe Final: La exclusión en salud en el Distrito Federal: Caracterización. Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal / División de Desarrollo de Sistemas y servicios de salud de la OPS/OMS. Representación de la OPS/OMS en México, México, Mayo 2004.

¹⁹ La Política Social del Gobierno del Distrito Federal 2000-2006. Secretaría de Desarrollo Social, Consejo de Desarrollo Social.

integral y universal del acceso a la salud para población sin seguridad social, con servicios médicos y medicamentos gratuitos.²⁰

Sin embargo, paradójicamente, los servicios médicos que se explicitan en este último programa omiten cualquier referencia al estándar de la calidad, incluyendo al personal médico calificado, medicamentos científicamente aprobados y vigentes, así como equipo de hospital, agua potable y servicios sanitarios adecuados.

Por su parte, los **programas de servicios de detección de cáncer de mama** han sido cuestionados por no estar articulados, por dar pauta a la duplicidad, y por la calidad de los servicios, ya que atienden a universos similares, y el rango de población es parte del universo del programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos.

Asimismo a **nivel central se implementan nueve programas** más que no cuentan con reglas de operación y que dependen de la Secretaría de Salud, enfocados a la prevención de ciertas enfermedades y de poblaciones específicas: sobrepeso y obesidad; atención integral al adulto mayor; adherencia terapéutica; embarazo; enfermedades no transmisibles; red de mastógrafos; donación de órganos; VPH e Influenza.

A nivel delegacional, se implementan **23 programas** sujetos a reglas de operación y **6 sin reglas de operación**. En ambos casos, el comportamiento en el diseño de los mismos refleja la misma tendencia que a nivel central, con un énfasis en la prevención y detección de enfermedades de la mujer.

Cuadro 1. Programas Centrales Sujetos a Reglas de Operación				
Programa	Dependencia o entidad Responsable	Objetivo	Población Objetivo	Presupuesto Asignado
Atención Integral de Cáncer de mama	El Instituto de las Mujeres del Distrito Federal, a través de la Dirección de Coordinación del Sistema de Unidades.	Incidir en las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de mama en la población femenina del Distrito Federal, por medio de la detección oportuna mediante la realización de la mastografía pesquisa, diagnóstico y tratamiento.	Mujeres a partir de 40 años que residan o laboren en las 16 demarcaciones políticas del Distrito Federal	Las ministraciones para el pago de los estudios se realizarán conforme a lo establecido en los convenios de colaboración con los prestadores de servicios y de acuerdo con la autorización del Comité Técnico de Evaluación y Seguimiento del Programa.
Acceso Gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de Seguridad Social Laboral (SS)	Secretaría de Salud del Distrito Federal, Entidad: Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal,	Garantizar el acceso a los servicios de salud integrales que prestan en las unidades médicas y los centros de salud del Gobierno del Distrito Federal, incluyendo el acceso a los tratamientos prescritos en las mismas, sin costo anticipado o al momento de requerirlos para los residentes del Distrito Federal que carezcan de seguridad social laboral.	Es la población abierta residente en el Distrito Federal.	\$5,283,878,241.00 pesos, durante en periodo del 2010
Detección oportuna de Cáncer de Mama	El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal a través de la Dirección Ejecutiva de Apoyo a la Niñez.	Realizar estudios de mastografía a las mujeres mayores de 40 años de la Ciudad de México, para la detección oportuna y tratamiento de cáncer de mama, fomentando una cultura de la prevención de esta enfermedad, en compatibilidad con el nuevo perfil epidemiológico de la Ciudad de México y con perspectiva de género	Mujeres mayores de 40 años que vivan, trabajen o transiten dentro del Distrito Federal.	\$19'982,015.00 pesos para el ejercicio fiscal 2010

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de los programas sociales que implementa el gobierno del Distrito Federal en materia de salud, 2010.

²⁰ Del Pino, Pacheco Mireya. "Análisis del diseño de los Programas Sociales del Distrito Federal con perspectiva de Derechos Humanos". Evalúa DF, México 2010. (Inédito).

Si bien por un lado, el Gobierno del Distrito Federal ha realizado una serie de esfuerzos para articular el Sistema de Salud del Distrito Federal; por otro lado, la falta de empleos y el aumento del empleo informal, influye a que más población se encuentre en dificultades para acceder a servicios médicos.

Simultáneamente el acceso a los servicios médicos privados y medicamentos a bajo costo, han resultado ser más asequibles para la población en busca de poder obtener servicios de primer nivel, en especial en lugares donde no se cuenta con servicios de salud por parte del gobierno.

3 Hipótesis

3.2 HIPÓTESIS GENERAL DE LA POLÍTICA SOCIAL EN EL DISTRITO FEDERAL

El principal desafío para que la política de desarrollo social en el Distrito Federal contribuya a la formación de ciudadanía está dado en este momento por la informalidad, la que tiene diversas manifestaciones.

3.3 HIPÓTESIS ESPECÍFICA DEL DERECHO A LA SALUD.

Debido a la **fragmentación del sistema de salud**, el cual está condicionado por una serie de limitaciones normativas, presupuestales y programáticas, **la capacidad del gobierno del Distrito Federal es insuficiente** para dar respuesta al cumplimiento del derecho a la salud en términos de prevención, atención, promoción y control de riesgos y daños a la salud. Este hecho afecta en gran medida a la población en general, pero se acentúa más en aquella población que se encuentra en la informalidad.

4 Problemáticas

Derivado de la hipótesis existen problemáticas que dificultan el goce y ejercicio del derecho a la salud, tales como:

- 1.- **Desprotección en salud** debido al reducido acceso a la seguridad social, tanto de la población que cuenta con seguridad social como aquella sin seguridad social;
- 2.- **Estancamiento del gasto social al sector de salud**, que se ve reflejado en el rezago de las condiciones en los servicios de salud;
- 3.- **Desarticulación institucional**, lo que dificulta la atención pertinente y especializada a la población que requiere de servicios médicos;
- 4.- **Deficiencia en los servicios de atención** debido a la insuficiencia de personal médico y paramédico.

Este conjunto de **problemáticas** está repercutiendo en:

- El aumento de personas con enfermedades crónico-degenerativas²¹ hecho que se ve reflejado en los índices de defunción por estos padecimientos;
- Incremento del número de personas con problemas de sobrepeso, obesidad y otros trastornos alimenticios;

²¹ Se considera a enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer y enfermedades cerebro-vasculares.

- Mayor número de casos de VIH-SIDA en el Distrito Federal;
- Existe una atención limitada en lo que respecta a la salud mental ya que no se cuenta con hospitales suficientes que atiendan este tipo de enfermedades psiquiátricas;
- Falta de mantenimiento, modernización y construcción de nuevos hospitales y unidades médicas;
- La falta de abastecimiento de medicamentos y equipos especializados, así como la falta de personal médico, no terminan de adecuarse al perfil patológico y demográfico de una población en constante crecimiento. En este sentido, las personas adultas mayores son las que están presentando mayor demanda en los servicios de atención médica;
- No hay promoción de campañas y programas educativos en lo que concierne a la orientación nutricional y cuidado personal, así como otras acciones que conlleven a prevenir estos problemas de salud pública;

Aunando a lo anterior se enuncian las siguientes problemáticas de acuerdo a los cuatro contenidos normativos mínimos que establece el **PIDESC**, a través de la **Observación General número 14**:

4.1 ACCESIBILIDAD

En el Distrito Federal la actividad sanitaria se regula a través de la **Ley de Salud para el Distrito Federal (LSDF)**, a partir de ella, se define que la **Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF)** es la institución responsable de garantizar el acceso a la atención médica y la protección de la salud de la población residente en la Ciudad de México, con la finalidad de mejorar y elevar su calidad de vida mediante el otorgamiento de intervenciones médicas integrales, oportunas y de calidad. La SSDF, debe coordinar su operación desde la normatividad mencionada, respetando la legislación federal para regular los principios para la protección a la Salud en el Distrito Federal.²²

De acuerdo con la **Observación General Núm. 14 del Comité DESC**, la **Accesibilidad** es vista como el acceso ilimitado a toda la población, por lo cual comprende distintos criterios como son: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad), y acceso a la información. En lo que respecta a la **No discriminación**, en el **artículo 16 bis** de la **Ley de Salud para el Distrito Federal**, se establece que la población tiene derecho a una atención médica apropiada, independientemente de la condición, económica, cultural, identidad étnica y género del individuo; la **Accesibilidad física**, se estipula en el **artículo 15 fracción XI** de la misma ley, la promoción de la descentralización y la desconcentración de los servicios de salud en las delegaciones. Sin embargo, no se aclara el mecanismo o criterio para ampliar los servicios de salud a las zonas más lejanas; referente a la **Accesibilidad económica** (asequibilidad), en el **artículo 8** de la misma ley, se afirma que la SSDF vigilará las cuotas de recuperación de acuerdo a lo establecido por el Código Financiero del Distrito Federal, donde se estipula la ampliación de los servicios de salud, especialmente a las personas de bajos recursos; y por último, en cuanto al **Acceso a la información**, este aspecto es ampliamente reconocido en diversos artículos de dicha ley. En todos ellos se hace referencia a la obligación que tienen las autoridades de contar con sistemas de información y la importancia de que sea

²² Ley para los derechos de los niños y niñas del D.F., Ley de los Derechos de las personas adultas mayores en el D.F., Ley de protección a la Salud de los no fumadores en el D.F., Ley para la integración al Desarrollo de las personas con Discapacidad del D.F., Ley para la prevención y el tratamiento de la obesidad y los trastornos alimenticios, Ley que crea el Consejo para la Prevención y la atención integral del VIH-SIDA del D.F., Ley que establece el Derecho al Acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el D.F. que carecen de Seguridad Social Laboral, etc.

otorgada a los usuarios de forma apropiada para que estén totalmente informados sobre su salud incluyendo los aspectos médicos de su condición.²³

En lo que respecta a **medidas institucionales** se han hecho esfuerzos importantes por universalizar el acceso a la salud, por lo que se han implementado diversas acciones en lo que se refiere a gratuidad. A partir de 2001, en el Distrito Federal se implementó el “**Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG)**”, el cual se eleva a rango de Ley para el año 2006, y en 2007 es declarado Programa Social del Gobierno del Distrito Federal. Este programa tiene como objetivo garantizar el acceso gratuito a los servicios de salud a las personas residentes en el Distrito Federal que no estén incorporadas en algún régimen de seguridad social laboral; lo que implica el derecho a acceder de forma gratuita a los servicios médicos disponibles y medicamentos asociados en las unidades médicas de atención primaria y hospitalaria a cargo del Gobierno del Distrito Federal,²⁴ por lo que el GDF es responsable, a través de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), de garantizar este derecho.

Es importante señalar que el **PSMMG** representa un avance en el cumplimiento del derecho a la protección de la salud ya que se ha contribuido a disminuir el obstáculo económico que existe para acceder a la atención médica, así como avanzar en el acceso equitativo para la atención de las necesidades médicas de la población sin seguridad social.

Por otra parte, en la **Ley de Salud del Distrito Federal**, en el **capítulo XIII** de la Protección Social en Salud en el Distrito Federal, **artículo 66**, se establece que todos los habitantes del Distrito Federal tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, sin importar su condición social o económica, por lo que se establece en el **artículo 67** la creación del **Sistema de Protección Social de Salud en el Distrito Federal**.

A partir de 2005, entra en operación, el Sistema de Protección Social en Salud del Distrito Federal, “**Seguro Popular del Distrito Federal**”, como un sistema de aseguramiento público y voluntario, mediante el cual se busca ampliar la cobertura de servicios de salud para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social.²⁵ Éste, favorece el acceso para la atención médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria de la población no derechohabiente.

Dicho Programa cuenta con un Catálogo Universal de Servicios, en el cual para 2010, se tienen contemplados **275 acciones de prestación de servicios médicos**, para la población beneficiaria del programa, desde recién nacidos hasta adultos mayores, y en diversas modalidades como son: las consultas de medicina general/familiar y de especialidad; Odontología y Urgencias;²⁶ consultas médicas en Centros de Salud; consultas de especialidad; atención quirúrgica y atención hospitalaria; medicamentos, estudios de laboratorio y de gabinete. Estos servicios se otorgan en 105 Centros de Salud que brindan atención de promoción y fomento a la salud, así como en 30 Hospitales del Distrito Federal.²⁷

²³ Gutiérrez, Rodrigo (Responsable). “Análisis comparado de la legislación del Distrito Federal relativa a los derechos a la vivienda, al trabajo, a la salud y a la educación frente al derecho internacional de los derechos humanos”. Evalúa DF, México 2010. (Inédito)

²⁴ Artículo 1° de la Ley que establece el Derecho al acceso gratuito a los Servicios Médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral.

²⁵ Seguro Popular Distrito Federal, http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/

²⁶ Seguro Popular, Catálogo Universal de Servicios:
http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/pdf/causes.pdf

²⁷ Gobierno del Distrito Federal, Sistema de Protección Social en Salud:
http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/

Pese a estos esfuerzos institucionales existe un acceso diferenciado a los servicios de salud entre la población, que se traduce en la **desprotección de la salud**, esto debido a dos factores. El primero se debe al **reducido acceso a la seguridad social**, ya que sólo aquellos que cuentan con seguridad social son quienes pueden garantizar su derecho a la salud, y por consiguiente las personas que no se encuentran inscritas a un sistema de seguridad social se ven en la necesidad de recurrir al servicio de salud privado. El otro, tiene que ver con el **factor territorial** donde la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal se encuentra concentrada en la parte centro de la ciudad, situación que se traduce en la falta de atención médica en las zonas periféricas donde se ubica la mayor parte de la población pobre.

4.1.1 Reducido Acceso a la Seguridad Social.

Existe un reducido acceso a la seguridad social y carencia de acceso a servicios públicos de salud, especialmente en delegaciones con mayores índices de pobreza y en la población que se ubica en los deciles más bajos.

En cuanto a la condición de derechohabiente, se encontró que en el Distrito Federal 34.2% de la población es derechohabiente del IMSS, 1.9% cuenta con Seguro Popular y 11.2% es afiliado del ISSSTE. En contraste, 49.3% no cuenta con protección en salud.²⁸

Al analizar la población que no es derechohabiente en ninguna institución, el Distrito Federal ocupa el lugar 16 debajo del promedio nacional (51.4%). Además, destaca que 61.3% de los niños menores de diez años declararon que no tenían derechohabiente al momento de la encuesta.²⁹

La **población abierta** se compone de 18.2% niños menores de nueve años, 18.5% de adolescentes, entre 10 y 19 años, y 63.2% de adultos con 20 años o más. Por su parte, la **población derechohabiente** se integra de 11.2% en el grupo de 0-9 años, 14.8% en el grupo de 10-19 años y 74.0% en el grupo de 20 años o más.

De acuerdo con datos del **Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI)**, en 2010, la población del Distrito Federal se ubica en: 8'851,080 habitantes, de la cual la población derechohabiente a seguridad social es de 5, 644,901; frente a 2, 971,074 no derechohabiente, es decir, el 63.77 de la población cuenta con derechohabiente a algún sistema de salud mientras el 33.56 no cuenta con ella. Respecto a la población carente de servicios de salud, los datos del INEGI, muestran que:

²⁸ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Distrito Federal. www.insp.mx/ensanut/centro/DistritoFederal.pdf

²⁹ *Ibid*

Cuadro 2. Población Total del Distrito Federal, con y sin Derechohabiencia a Salud

DELEGACIÓN	POBLACIÓN POR DELEGACIÓN	% D.F.	POBLACIÓN CON DERECHOHABIENCIA	POBLACIÓN SIN DERECHOHABIENCIA
Álvaro Obregón	727,034	8.21	493,813	218,334
Azcapotzalco	414,711	4.69	301,040	103,119
Benito Juárez	385,439	4.35	262,255	94,404
Coyoacán	620,416	7.01	411,833	184,184
Cuajimalpa de Morelos	186,391	2.11	123,175	57,829
Cuauhtémoc	531,831	6.01	349,430	170,897
Gustavo A. Madero	1,185,772	13.4	803,418	364,663
Iztacalco	384,326	4.34	249,671	124,514
Iztapalapa	1,815,786	20.51	1,096,323	124,514
La Magdalena Contreras	239,086	2.7	156,569	79,162
Miguel Hidalgo	372,889	4.21	259,891	88,809
Milpa Alta	130,582	1.48	69,193	60,399
Tláhuac	360,265	4.07	211,530	145,186
Tlalpan	650,567	7.35	367,618	263,754
Venustiano Carranza	430,978	4.87	275,004	141,210
Xochimilco	415,007	4.69	222,238	179,132
Total:	8,851,080	100	5,653,001	2,400,110

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI, D.F.

Como se puede observar las delegaciones Álvaro Obregón, Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Tlalpan, son las que concentran el mayor número de población que radica en el Distrito Federal, siendo Iztapalapa la que presenta el mayor número de habitantes.

De acuerdo con el índice de marginación³⁰ las delegaciones que concentran el mayor número de unidades territoriales con un “Muy alto” grado de marginación³¹ son Gustavo A. Madero (1,255), Iztapalapa (3,012), Álvaro Obregón (730) y Tlalpan (649). Respecto a la tabla anterior, todas las delegaciones cuentan con más del 53% de su población asegurada, sin embargo, ninguna llega a cubrir al 70% de su población con servicios de salud. Cabe destacar que Azcapotzalco, Miguel Hidalgo, Benito Juárez y Álvaro Obregón son las que mayor población cuenta con derechohabiencia. Destacando que ésta última, cuenta con 730 manzanas de muy alta marginación y con 1, 153 de alto grado de marginación y a su vez cuenta con uno de los 4 mayores porcentajes en cobertura de salud para su población. En contraste, se encuentra Milpa Alta, que casi todas sus unidades territoriales se hayan entre muy alto, alto o medio grado de marginación (453; 215; 98 respectivamente y 66 son no determinados), es la delegación con mayor atraso en salud, con tan sólo el 52.99 por ciento de su población que cuenta con derechohabiencia.

En lo que respecta al **cuidado y protección de la salud de las y los jóvenes**, se puede observar que el **55.2%** de jóvenes de la entidad se encuentran afiliados a algún servicio de salud, público o privado. De entre ellos, el que concentra a la mayor proporción de la población joven y adulta es el Instituto Mexicano del Seguro Social, seguido del Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.³²

³⁰ SIDESO, DF. Mapa del Distrito Federal con Grados de Marginación por manzana 2000: [consultado: 7/03/11]: <http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/miniplano.pdf>

³¹ *Ibid.*

³² Es importante aclarar que la ENIGH no permite conocer la cuantía de población beneficiaria del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Al respecto, el portal

Cuadro 3. Porcentaje de jóvenes de 15 a 29 años de edad del Distrito Federal afiliados a servicios de salud, 2008

	Total	Hombre	Mujer	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 60 años	
							Hombre	Mujer
Seguro popular	6.8	6.0	7.5	7.6	5.5	7.3	5.2	6.6
IMSS	36.1	35.5	36.7	34.2	35.8	38.6	37.1	39.1
ISSSTE	8.7	7.6	9.7	11.5	7.5	6.8	13.0	16.1
ISSSTE Estatal	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2
PEMEX, Defensa o Marina	0.9	0.8	1.1	0.9	1.2	0.7	1.2	1.0
Otro	2.5	2.4	2.5	2.9	1.3	3.3	2.5	2.5
Total	55.2	52.5	57.7	57.2	51.4	56.9	59.1	65.5

Fuente: Evaluación Externa, *La Política hacia los jóvenes en el Distrito Federal*. Iniciativas para la Identidad y la Inclusión A.C., 2010. Elaboración con base en datos proporcionados por la ENIGH 2008.

Es importante señalar que la proporción de personas de 30 a 60 años de edad afiliadas a estos servicios de salud supera a la proporción de jóvenes de 15 a 29 años de edad en esta situación, lo cual se encuentra influido por su condición de ocupación. Así, las y los jóvenes de 15 a 24 años de edad tienen acceso a este tipo de servicios debido a su condición de estudiantes o en razón de la existencia de un familiar que goza de la afiliación a estos servicios; en cambio, las y los jóvenes de mayor edad, además de acceder a estos servicios dada la existencia de un familiar que se encuentra afiliado a ellos, lo hacen a partir de su condición laboral, en congruencia con lo que se observa entre la población de 30 a 60 años de edad.³³

Como se puede observar, en lo que respecta a la cobertura y utilización de los servicios de salud, existe un número importante de jóvenes en la ciudad que no se encuentra afiliado a ellos y uno de cada diez no recibe atención médica en el caso de sufrir alguna afectación a su salud por lo que se ven en la necesidad de acudir a consultorios y hospitales públicos para recibir atención médica. La condición de ocupación de las y los jóvenes influye de manera importante en el acceso a los servicios de salud públicos y privados.³⁴

4.1.2 Falta de Atención Médica debido al Factor Territorial

El Distrito Federal se caracteriza por ser la entidad con la mayor concentración de servicios de salud en todo el país, sin embargo, persiste una desigualdad en cuanto al acceso oportuno y la atención pertinente para el tratamiento de las personas con algún padecimiento, ya que no se cuenta con la infraestructura médica suficiente para dar atención en las zonas periféricas donde se ubica la mayor parte de la población pobre.

La Red de Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, corresponde a la distribución de la población de los años 80's, lo que representa una falta de servicios en las zonas periféricas, donde actualmente se concentra la mayoría de la población en situación de pobreza, como son las delegaciones del sur-oriente y sur-poniente de la ciudad.³⁵

electrónico de la dependencia declara que el número de familias del Distrito Federal inscritas en el Programa para el año 2007 corresponde a un total de 850,497; esta cantidad no se refleja en la categoría —otroll de la ENIGH.

³³ Evaluación Externa, "La Política hacia los jóvenes en el Distrito Federal". Realizada por Iniciativas para la Identidad y la Inclusión A.C., 2010.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Ubicación en mapa de los Hospitales de la SSDF: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/hospitales/index.php>

La Ciudad de México está dividida en 1,352 unidades territoriales, de ellas, tan sólo 12 de las clasificadas con un alto y muy alto grado de marginación cuentan con dos unidades de atención médica, mientras que 124 de estas unidades territoriales tienen sólo una unidad de salud y 344 unidades no cuentan con ninguna unidad de salud.³⁶

El área de influencia de los hospitales, 26 hospitales (con un radio de 3 km²) y de los 214 centros de salud (con un radio de 1km²) con que cuenta la Secretaría de Salud del Distrito Federal muestra que la inmensa mayoría de las unidades territoriales de alta y muy alta marginación de la región norte del Distrito Federal se encuentra aparentemente cubierta por dichas unidades, fundamentalmente para las delegaciones de Gustavo A. Madero, Azcapotzalco, Cuauhtémoc, Iztacalco y Miguel Hidalgo; sin embargo, la región sureste de la ciudad muestra que esta cobertura es menor tanto para los hospitales como para los centros de salud, en las que se ubican las delegaciones de Iztapalapa, Tláhuac, Xochimilco, Magdalena Contreras y Cuajimalpa.³⁷

Con el propósito de reducir la exclusión en salud para los habitantes del Distrito Federal, en el año 2000, se inició la estrategia a través de la **focalización territorial**, que permite interrelacionar fenómenos socioeconómicos y demográficos de las localidades, en donde las unidades territoriales de mayor marginación son prioritarias. La asignación de recursos se realiza a conglomerados sociales heterogéneos por medio de un diagnóstico de las regiones y grupos sociales y desde ellos se diseñan y ejecutan los programas, buscando evitar la discrecionalidad en la asignación de recursos³⁸. También se amplía la cobertura del acceso a los servicios de salud para los habitantes del Distrito Federal, a través del servicio telefónico de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el cual se puede solicitar asesoría, información y orientación médica oportuna.³⁹

Otro programa de salud, es el de **“Atención Médica y Entrega de Medicamentos Gratuitos a Domicilio”, del Programa Ángel**,⁴⁰ el cual tiene como finalidad garantizar la cobertura y el acceso de la población que reside en zonas de alta marginación y que tiene padecimientos como diabetes e hipertensión; cobertura a los adultos mayores, discapacitados y mujeres embarazadas que requieran atención médica y medicinas; pero sobre todo que por su estado de salud no pueden acudir a un hospital o centro de salud.⁴¹

³⁶ Informe Final: La exclusión en salud en el Distrito Federal: Caracterización. Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal / División de Desarrollo de Sistemas y servicios de salud de la OPS/OMS. Representación de la OPS/OMS en México, México, Mayo 2004.

³⁷ Revisar mapa 6 y 7 del Informe Final: La exclusión [...]. ibídem

³⁸ En el 2000 se estableció el Programa Integrado Territorial, que incluye un conjunto de 14 subprogramas con expresión territorial con acciones de alto impacto social. Se destinaron \$4'725,000 millones de pesos como apoyos directos a grupos vulnerables, adultos mayores, personas con discapacidad niños y niñas en condiciones de pobreza y trabajadores desempleados. Comprendió el apoyo a la alimentación de los escolares, entre otros apoyos. (Informe de Final, La exclusión en Salud en el Distrito Federal; óp. Cit.

³⁹ Secretaría de Salud del Distrito Federal <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/>

⁴⁰ Programa Red Ángel

http://www.redangel.df.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=72:visitas-medicas-domiciliarias-para-adultos-mayores&catid=37:programas-de-la-red-angel&Itemid=79

⁴¹ Programa de Atención Médica y Entrega de Medicamentos Gratuitos a Domicilio http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=153&Itemid=269

4.2 DISPONIBILIDAD

En lo que se refiere a la **normatividad internacional**, específicamente en la **Observación general Núm. 14 del Comité DESC**, queda estipulado en el contenido mínimo de **Disponibilidad**, que el Estado deberá de contar con la suficiente infraestructura en cuanto a la existencia de instituciones e instalaciones, bienes y servicios de salud en condiciones sanitarias adecuadas, así como contar con personal médico y profesional capacitado bien remunerado.

En términos de **Disponibilidad**, la **Ley de Salud del Distrito Federal** establece en la **fracción V del artículo 1º**, que una de las finalidades del derecho a la salud es que todas las personas puedan disfrutar de los servicios correspondientes. Asimismo en la **fracción VIII del artículo 2º**, de la ley, se especifica lo que habrá de entenderse por servicios de salud señalando que son todas aquellas acciones que se realizan en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; éstos se considerarán como servicios públicos de salud a la población en general, cuando se presten por establecimientos públicos de salud a la población en el Distrito Federal que así lo requiera, regidos por criterios de universalidad, equidad y gratuidad.⁴²

Como parte de las estrategias de acción de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en cuestión de disponibilidad y calidad se plantea:⁴³

La reorganización institucional, fortalecimiento y ampliación de los servicios, a través de ello, se busca revertir el prolongado deterioro y el rezago de las unidades médicas, con una reorganización de procedimientos que aseguren el acceso oportuno al tratamiento requerido. Asimismo se pretende fortalecer los servicios médicos para dar mayor resolutivez a las necesidades de salud de la población, reorientar los espacios subutilizados, así como redistribuir recursos materiales y humanos, para incrementar la capacidad de atención en el corto plazo.

Dentro de este eje, se señala la necesidad de construcción de nuevas unidades de atención médica, tanto centros de salud como hospitales, en zonas periféricas, sin embargo, se debe calificar como estrategia de cobertura.

En términos de cobertura, el Sistema de Salud del Distrito Federal, tiene bajo su responsabilidad una red de 308 unidades médicas:

En instalaciones de **primer nivel de atención** a la salud, en el que los servicios están enfocados a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica y protección específica, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, así como a solución de padecimientos frecuentes por medio de atención ambulatoria de baja complejidad, se contemplan: 276 unidades médicas de consulta externa, y 28 hospitales. De los cuales, 210 unidades son centros de salud, distribuidos en 16 jurisdicciones sanitarias ubicadas en cada una de las delegaciones. Se cuenta con 13 clínicas de especialidades.⁴⁴

⁴² Gutiérrez, Rodrigo (Responsable). "Análisis comparado de la legislación del Distrito Federal relativa a los derechos a la vivienda, al trabajo, a la salud y a la educación frente al derecho internacional de los derechos humanos". Evalúa DF, México 2010. (Inédito)

⁴³ *Ibid.*: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=29&Itemid=44

⁴⁴ Secretaría de Salud del Distrito Federal, citado en Seguridad Humana, Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal, en Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal disponible en <http://www.derechoshumanosdf.org>

Referente al **segundo nivel de atención**, en las cuales se da apoyo con intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecobstetricia, psiquiatría, cirugía general, y adicionalmente, algunas subespecialidades como neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología u otras; se cuentan con 10 hospitales pediátricos, 9 generales y 8 que brindan atención materno-infantil⁴⁵

En el **tercer nivel**, se halla el Hospital Belisario Domínguez, en el cual se brinda a la población abierta servicios ambulatorios y de internamiento en todas las demás subespecialidades como endocrinología, dermatología, oftalmología, medicina interna, neumología, gastroenterología, cirugía general, gineco-obstetricia, neonatología, terapia intensiva para adultos y neonatal, urología, cardiología, geriatría y odontología; además de intervenciones más complejas en las especialidades y subespecialidades incluidas en el segundo nivel. También brinda servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico, que requieren de alta tecnología y grado de especialización, según nivel de complejidad.

4.2.1 Rezago en las Condiciones de los Servicios de Atención Médica

Existe un rezago en las condiciones de los servicios de atención médica, debido al **estancamiento del gasto social al sector de salud**, lo que ha traído consigo: el mal estado de la red de instalaciones, unidades médicas y hospitales antiguos; insuficiencia de infraestructura médica, de personal médico y paramédico; y el desabasto de medicamentos, instrumentos médicos e insumos necesarios para lograr una atención médica eficaz.

La **infraestructura médica a cargo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal**, presenta una serie de rezagos por su mal estado y su concentración geográfica, debido a que la Red de Hospitales se construyó en los años 80's y su ubicación corresponde a la distribución de la población de esos años lo que representa una desigualdad en la distribución territorial de las instalaciones, hecho que se traduce en una falta de servicios en las zonas periféricas, donde actualmente se concentra la mayoría de la población en situación de pobreza por no contar con centros de salud y hospitales cercanos. Estos problemas derivan, en gran medida, de la insuficiencia presupuestal y de la deficiente distribución de la infraestructura médica.

No se cuenta con un hospital en específico que atienda a pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, estos son atendidos en todos los Hospitales de la Red de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, mediante consulta externa⁴⁶

Existe una clínica especializada para la atención de las personas que viven con VIH-SIDA (Clínica Condesa)⁴⁷, sin embargo cabe destacar que el IMSS e ISSSTE también atienden a esta población.

En materia de **salud mental**, se pone en marcha a partir del 2007, el **Programa de Salud Mental**, el cual tiene como objetivo la prevención y promoción de la salud en sus diversos niveles de atención. Para los centros de salud se llevarán a cabo medidas de prevención y promoción, así como la detección de problemas psicosociales, para el año 2010, se aprueba elevar el Programa a rango de ley.⁴⁸ Sin embargo, cabe señalar que la Secretaría de Salud del Distrito Federal no cuenta con hospitales para atender enfermedades psiquiátricas. En los 28

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ *Loc. cit*

⁴⁷ Clínica Condesa

http://www.cvihc.salud.df.gob.mx/clinicacondesa/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=69

⁴⁸ Noticias Asamblea Legislativa del Distrito Federal <http://www.aldf.gob.mx/comsoc-crea-aldf-ley-salud-mental-distrito-federal--6930.html>

hospitales y 211 centros de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal labora un total de 16 psiquiatras y 113 psicólogos y psicólogas.⁴⁹

4.3 ACEPTABILIDAD

De acuerdo con la **Observación General Núm. 14** en términos de **Aceptabilidad** del derecho a la salud, se establece que todas las instalaciones de salud, bienes y servicios deben respetar la ética médica y ser culturalmente apropiados a las diferencias culturales entre la población, además de ser sensibles a las diferencias de género y etarias.

Aunque se menciona en el **artículo 16 y 16 bis 3** de la **Ley de Salud del Distrito Federal**, el derecho que tienen los usuarios al respeto de la cultura y valores durante la atención médica, sin importar su procedencia étnica, existe un gran vacío en la ley respecto al establecimiento o el respeto de las formas de la medicina tradicional de los pueblos originarios de la ciudad de México.⁵⁰

En cuanto a los **servicios públicos de atención a la población abierta**, les corresponde a la Secretaría de Salud Federal, los Institutos Nacionales de Salud y a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.⁵¹

Como parte de la estrategia para garantizar el acceso a la salud a la población del Distrito Federal, la Secretaría de Salud del Distrito Federal plantea un **“Modelo de Atención Ampliada”**, el cual se sustenta en la responsabilidad del Estado de garantizar el derecho a la protección de la salud a través de las instituciones públicas. La promoción y el fomento a la salud, las actividades de vigilancia sanitaria y epidemiológica, y las acciones preventivas con la participación de comunidades y grupos organizados, son la plataforma del modelo. Éste, amplía la cobertura de servicios integrales de primer y segundo nivel, y articula una red de servicios para la población no asegurada. **El modelo garantiza la seguridad sanitaria de la población en general**, la atención colectiva de los distintos grupos sociales y la atención individual a través de acciones médicas y atención de urgencias.⁵²

4.3.1 Limitada Regulación Sanitaria

Debido a una **desarticulación institucional**, producto de la fragmentación del sistema de salud, existe una **limitada regulación sanitaria** que se traduce en la falta de atención especializada en cuanto a las principales enfermedades que caracterizan el perfil patológico del Distrito Federal, como aquellas de tipo crónico-degenerativo; problemas de salud en cuanto al sobrepeso, obesidad y otros trastornos alimenticios; enfermedades de transmisión sexual como el VIH-SIDA, entre otras; cáncer cérvico-uterino; y enfermedades relacionadas a la salud mental. Aunado a esto persiste una ausencia de cultura en relación al cuidado de la salud, ya que no hay promoción de campañas y programas educativos dirigidos a la orientación nutricional y cuidado personal, así como otras acciones que conlleven a prevenir estos problemas de salud pública.

⁴⁹ El Hospital de Psiquiatría pertenece a las instituciones de Gobierno Federal

⁵⁰ Gutiérrez, Rodrigo (Responsable). “Análisis comparado de la legislación del Distrito Federal relativa a los derechos a la vivienda, al trabajo, a la salud y a la educación frente al derecho internacional de los derechos humanos”. Evalúa DF, México 2010. (Inédito).

⁵¹ Informe Final: La exclusión en salud en el Distrito Federal...OMS

⁵² Secretaría de Salud del Distrito Federal.:

http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=29&Itemid=44

El **sistema de salud nacional** se caracteriza por estar constituido en tres subsectores que cuentan con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y prestación de servicios, lo que trae consigo una desarticulación y segmentación según la inserción laboral de la población que atiende (en el sector informal o no) así como a su nivel de ingresos (o capacidad de pago): a) sector público para la población no asegurada o abierta; b) sector de la seguridad social para personas afiliadas a la seguridad social, y c) sector privado.

En este sentido, el **sistema de salud del Distrito Federal** no ha escapado al contexto de fragmentación, desfinanciamiento, deterioro y disminución en la capacidad de respuesta que las instituciones públicas de salud padecen, en el sistema nacional.⁵³

Por otra parte, la **Secretaría de Salud del Distrito Federal**, informa que en cuanto a **detección de Cáncer cérvico-uterino**, se han realizado servicios de promoción y prevención, que han aumentado en número las acciones, pues para **2005** se estiman 174,427; para **2006** se contabilizan 147,718; en **2007**, 186,236; en **2008** se realizaron 150,155 y para **2009** 146, 210 acciones. En cuanto a las acciones sobre la **detección de Cáncer Mamario** en **2005** se realizaron 183,148 acciones; en **2006**, 147,718; para **2007**, 186,236 estudios; y para **2008 y 2009** 150,155 y 174,346 respectivamente.⁵⁴

Los datos anteriores reflejan que las acciones dependen del presupuesto con el que se cuente para el año administrativo, ya que en algunos casos las cifras cambian de un año a otro, esto se debe a que al haber cortes presupuestales también disminuyen las acciones de atención a la salud.

Por otra parte, en 2007, se aprueba la **Ley para Despenalizar el aborto en el Distrito Federal**, con lo cual los hospitales del Distrito Federal han ofrecido servicios para la interrupción del embarazo dentro de las 12 primeras semanas, como lo autoriza la ley, por lo que se pretende contribuir, en especial, a evitar las muertes por abortos practicados en condiciones carentes de higiene y que ponen en riesgo la vida de las mujeres, y así disminuir la morbilidad entre las mujeres que optan por interrumpir su embarazo. Desde 2007 al 31 de enero de 2011, se contabiliza la práctica de 53,278 interrupciones.⁵⁵

Se desconoce cómo los programas enfocados a las mujeres o a las personas adultas mayores, operan con los estándares de aceptabilidad en cuanto a la sensibilidad de género y/o etaria. Las reglas de operación de los programas hacen énfasis en el acceso, no así la calidad de los servicios. Las encuestas de satisfacción de los derechohabientes serían un acertado mecanismo para evaluar este componente.⁵⁶

4.4 CALIDAD

En términos de lo que establece la **Observación General Núm. 14**, en cuanto a la calidad de la atención médica, además de ser culturalmente aceptables, las instalaciones de salud, los bienes y servicios deben ser científica y médicamente apropiados y de buena calidad; lo que implica contar con personal médico calificado, medicamentos científicamente aprobados y vigentes, así como equipo de hospital, agua potable y servicios sanitarios adecuados.

⁵³ Mussot, López María Luisa. Universalizar y Territorializar las Políticas de Salud en el Distrito Federal: Premisa de la Equidad; en: Ziccardi, Alicia y Tonatihu Guillen (Coordinadores), "La Acción Social del Gobierno Local. Pobreza Urbana, Programas Sociales y Participación Ciudadana". México, 2010.

⁵⁴ Secretaría de salud: Servicios de promoción y prevención 2000-2010.

⁵⁵ Grupo de Información en reproducción Elegida, A.C. (GIRE)

<http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=222> [08-03-11]

⁵⁶ Del Pino, Pacheco Mireya. "Análisis del diseño de los Programas Sociales del Distrito Federal con perspectiva de Derechos Humanos". Evalúa DF, México 2010. (Inédito).

En lo que respecta a la calidad en la impartición de los servicios de salud, la **Ley de Salud para el Distrito Federal** establece en su **artículo 4° , Fracción V a VIII**, que el disfrute de servicios de salud debe de satisfacer eficaz y oportunamente las necesidades de la población, de acuerdo a la legislación aplicable, se debe generar el conocimiento adecuado para el aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, que se debe generar el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud, y se debe garantizar la seguridad sanitaria a los habitantes del Distrito Federal.⁵⁷

Es obligación del **Sistema de Salud del Distrito Federal**, procurar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, atendiendo a los problemas sanitarios del Distrito Federal y los factores que condicionen y causen daños a la salud en su territorio, con especial interés en las acciones preventivas (Capítulo III, Del Sistema de Salud del Distrito Federal y de las Competencias, Artículo 15, Fracción III), además debe prestar eficientemente los servicios de salubridad general y local, así como realizar las acciones de regulación y control sanitario a que se refiere la Ley [...] (Fracción IV), Debe impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud (Fracción XII).⁵⁸

4.4.1 Falta de Calidad de los Servicios Médicos

Persiste una **deficiencia en los servicios de atención** debido a la falta de calidad de los servicios que se ofrecen a la población abierta, como es: el limitado acceso a la consulta y laboratorios; desabastecimiento de medicamentos y materiales de curación; infraestructura y equipo médico insuficiente; ausencia de personal médico; prolongados tiempos de espera; insuficiencia en la atención de especialidades, entre otros.

De acuerdo al “**Informe de Salud: México 2001-2005**”, en lo que respecta a la calidad de los servicios médicos, el Distrito Federal, se ubicó entre los últimos lugares en los **indicadores de calidad**, pese a que las unidades médicas registran una disponibilidad de personal médico hasta tres veces más alta que en otros estados de la República (en promedio 3.05 médicos por cada 1000 habitantes), pues el **tiempo promedio de espera estimado** para recibir consulta externa es de 39.5 minutos en el Distrito Federal, mayor que en otros estados de la República, a excepción del Estado de México el cual tiene un promedio de 47.8 minutos.⁵⁹

La mala calidad del servicio es un tema recurrente en las quejas recibidas por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal por presuntas violaciones al derecho a la salud, imputables a los distintos hospitales adscritos a la Secretaría de Salud del Distrito Federal. En dichas quejas se destaca en particular que:

- **Los recursos humanos no son suficientes para cubrir la demanda de intervención:** en ocasiones no hay personal médico que supla las ausencias del personal, aunado a que tampoco se cuenta con el personal de enfermería suficiente para la atención de las y los pacientes;
- **no se cuenta con los medicamentos, instrumental médico, estudios de gabinete e insumos suficientes y necesarios para cumplir la atención de manera eficaz**, o éstos se encuentran deteriorados o dañados por su propio uso; y
- **la atención a la salud de las y los pacientes no es idónea**, a pesar de los avances tecnológicos y de la cobertura de los servicios que se han implementado, toda vez que éstos

⁵⁷ Ley de Salud del Distrito Federal.

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ Informe de Salud: México 2001-2005.

no han evolucionado de la misma forma que lo ha hecho la sociedad y la gran demanda que actualmente existe en materia de atención médica.⁶⁰

En relación al **surtimiento de medicamentos**, las personas usuarias de los servicios de salud mencionan que 61.5% obtuvieron sus medicamentos en sus instituciones, el 33% los compró en la farmacia y un 5% los compró en la institución (lo que constituye una irregularidad), un elevado número de compras se explica por el importante proceso de **desabasto de medicamentos** que padecieron las instituciones de seguridad social, en el periodo en que se levantó el censo que da resultado al “Informe Final de Exclusión en Salud en el Distrito Federal”.⁶¹

En el caso de la **población afiliada al PSMYMG**, el comportamiento del nivel de surtimiento institucional fue de un 46% frente a un 50% que tuvo que comprarlos en una farmacia y un 3% que los compró en la SSDF (que representa una irregularidad en la institución), el alto porcentaje de no surtimiento institucional se explica cómo en el caso anterior por los procesos de oligopolización que padece el mercado de medicamentos en el país. Por cuanto hace a la población sin ningún tipo de protección, un 80% tuvo que comprar los medicamentos recetados en las farmacias, mientras que sólo el 10% se los dieron en las instituciones en que se atendió, y a un 8% se los vendieron en las mismas.

En general, estos datos muestran que el acceso a los medicamentos sigue siendo un asunto importante con relación al gasto de bolsillo, que afecta particularmente a la población desprotegida.

En **opinión de la población desprotegida**, es notoria una disminución en el tiempo de espera para recibir la consulta, pues esta asciende a solo al 27% quienes esperaron más de una hora, y se eleva al 26% los que lo hicieron por menos de 15 minutos; comportamiento que fue similar entre la población residente según nivel de marginalidad. Comportamiento que puede explicarse porque la mayoría se atendió en el sector privado.⁶²

⁶⁰ *Ibíd.*

⁶¹ *Loc. cit*

⁶² *Loc. cit*

5 Conclusiones

Si bien el sistema de salud del gobierno del Distrito Federal ha implementado **acciones en beneficio a la atención en salud a la ciudadanía** en cuanto a que la población sin seguridad social pueda acceder a los servicios médicos disponibles y medicamentos de forma gratuita (Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos), así como la posibilidad de incorporarse a un sistema de aseguramiento público y voluntario (Seguro Popular del Distrito Federal); aun siguen existiendo vacíos institucionales que den respuesta a las principales necesidades de atención médica como son: enfermedades crónico-degenerativas,⁶³ hecho que se ve reflejado en los índices de defunción por estos padecimientos; atención a personas con problemas de sobrepeso, obesidad y otros trastornos alimenticios; falta de atención a las personas que poseen VIH-SIDA en el Distrito Federal; atención limitada en lo que respecta a la salud mental ya que no se cuenta con hospitales suficientes que atiendan este tipo de enfermedades psiquiátricas, entre otras.

El **sistema de salud en el Distrito Federal** se caracteriza por estar **fragmentado y segmentado**, debido a que se encuentra condicionado por una serie de limitaciones normativas, presupuestales y programáticas derivadas del proceso de descentralización que se dio en 1999 con la creación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, lo que ha dificultado la coordinación entre la red hospitalaria, ya que por un lado, no se han definido claramente la transferencia de facultades en cuanto a la regulación sanitaria, lo que representa una limitante para garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad; y por otro lado, se trata de estructuras orgánicas con programas de acciones diversos y distintas formas de organización.

Lo anterior se traduce en la **falta de capacidad del gobierno del Distrito Federal para dar respuesta al cumplimiento del derecho a la salud** en términos de prevención, atención, promoción y control de riesgos y daños a la salud. Este hecho afecta en gran medida a la población en general, pero se acentúa más en aquella población que se encuentra en la informalidad.

Esta **fragmentación del sistema de salud en el Distrito Federal** ha traído consigo una serie de problemáticas que **dificultan el derecho a acceder a una atención de calidad en los servicios de salud**. En términos de **disponibilidad**, existe un rezago en las condiciones de los servicios de atención médica, debido al **estancamiento del gasto social al sector de salud**, lo que ha traído consigo el mal estado de la red de instalaciones, unidades médicas y hospitales antiguos; insuficiencia de infraestructura médica, de personal médico y paramédico; y el desabasto de medicamentos, instrumentos médicos e insumos necesarios para lograr una atención médica eficaz. En cuanto a la **accesibilidad**, persiste un acceso diferenciado a los servicios de salud entre la población, que se traduce en la **desprotección de la salud** debido a que por un lado, existe un reducido acceso a la seguridad social, y por el otro, hay una falta de atención médica debido al factor territorial. En lo que respecta a **aceptabilidad**, existe una limitada regulación sanitaria debido la **desarticulación institucional**, producto de la fragmentación del sistema de salud, lo que se traduce en la falta de atención especializada en cuanto a las principales enfermedades que caracterizan el perfil patológico del Distrito Federal⁶⁴; aunado a esto persiste una ausencia de cultura en relación al cuidado de la salud, ya que no hay promoción de campañas y programas educativos dirigidos a la orientación nutricional y cuidado personal,

⁶³ Se considera a enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer y enfermedades cerebro-vasculares.

⁶⁴ Enfermedades de tipo crónico-degenerativo; problemas de salud en cuanto al sobrepeso, obesidad y otros trastornos alimenticios; enfermedades de transmisión sexual como el VIH-SIDA, entre otras; cáncer cérvico-uterino; y enfermedades relacionadas a la salud mental.

así como otras acciones que conlleven a prevenir los problemas de salud pública. Por último, en términos de **calidad**, persiste una **deficiencia en los servicios de atención** debido a la falta de calidad de los servicios que se ofrecen a la población abierta y que se manifiestan en el limitado acceso a la consulta y laboratorios; insuficiencia en la atención de especialidades; prolongados tiempos de espera, entre otros.

Como se puede observar el **derecho a la salud** no está garantizado, por lo que el desafío más importante que debe asumir el gobierno del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Salud, es reorientar la política en salud con el objeto de fortalecer y ampliar los servicios de salud y así garantizar el acceso oportuno y de calidad a la atención médica necesaria de la población residente en el Distrito Federal.

6 BIBLIOGRAFÍA

- Del Pino, Pacheco Mireya. “Análisis del diseño de los Programas Sociales del Distrito Federal con perspectiva de Derechos Humanos”. Evalúa DF, México 2010. (Inédito).
- Gutiérrez, Rodrigo (Responsable). “Análisis comparado de la legislación del Distrito Federal relativa a los derechos a la vivienda, al trabajo, a la salud y a la educación frente al derecho internacional de los derechos humanos”. Evalúa DF, México 2010. (Inédito).
- Homedes, Nuria y Antonio Ugalde, Reformas de Salud neoliberales en México, en Las reformas de salud neoliberales en AMÉRICA Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso, Revista Panamericana de Salud, No. 1, Vol 18, Washington, Julio 2005.
- López, Menéndez Marisol. “Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Legislación internacional, contenidos normativos mínimos y avances en la construcción de indicadores en el caso mexicano”. Evalúa DF, México 2010. (Inédito).
- Musot, López María Luisa. Universalizar y Territorializar las Políticas de Salud en el Distrito Federal: Premisa de la Equidad; en: Ziccardi, Alicia y Tonatiuh Guillen (Coordinadores), “La Acción Social del Gobierno Local. Pobreza Urbana, Programas Sociales y Participación Ciudadana”. México, 2010.

DOCUMENTOS CONSULTADOS EN INTERNET:

- Arriaga, B. Carol, El derecho a la salud, Centro de estudios Cámara de Diputados Consultado [9 de enero de 2011] en: http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Ceameg/pron3/archi/salud.pdf
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Distrito Federal. www.insp.mx/ensanut/centro/DistritoFederal.pdf
- Noticias Asamblea Legislativa del Distrito Federal <http://www.aldf.gob.mx/comsoc-crea-aldf-ley-salud-mental-distrito-federal--6930.html>
- Grupo de Información en reproducción Elegida, A.C. (GIRE) <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=222> [Consultado: 8-marzo de 11]

INFORMES:

- Programa de Salud 2002-2006. Secretaría de Salud, México, agosto de 2002.
- La Política Social del Gobierno del Distrito Federal 2000-2006. Secretaría de Desarrollo Social, Consejo de Desarrollo Social.
- Informe Final: La exclusión en salud en el Distrito Federal: Caracterización. Secretaría de Salud Gobierno del Distrito Federal / División de Desarrollo de Sistemas y servicios de salud de la OPS/OMS. Representación de la OPS/OMS en México, México, Mayo 2004.

- Informe Salud 2001-2005, Secretaría de Salud Federal
- Evaluación Externa, “La Política hacia los jóvenes en el Distrito Federal”. Realizada por Iniciativas para la Identidad y la Inclusión A.C., 2010.
- Programa de Atención Médica y Entrega de Medicamentos Gratuitos a Domicilio http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=153&Itemid=269
- Secretaría de salud: Servicios de promoción y prevención 2000-2010

PÁGINAS OFICIALES:

- Secretaría de Salud del Distrito Federal <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/>
- SIDESO, DF. Mapa del Distrito Federal con Grados de Marginación por manzana 2000: [consultado: 7/03/11]: <http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/miniplano.pdf>
- Seguro Popular Distrito Federal, http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/
- Seguro Popular, Catalogo Universal de Servicios: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/pdf/causes.pdf
- Gobierno del Distrito Federal, Sistema de Protección Social en Salud: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/
- Programa Red Ángel http://www.redangel.df.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=72 al disponible en <http://www.derechoshumanosdf.org>
- Clínica Condesa http://www.cvihc.salud.df.gob.mx/clinica-condesa/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=69

CONVENIOS INTERNACIONALES:

- Organización Mundial de la Salud
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948)
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)
- Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (1951)
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial de 1966.
- Carta de la Organización de los Estados Americanos de 1948,
- Protocolo Adicional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) de 1988.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Social de 1965,
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1981
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (El Cairo, 1994)
- La Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).
- Convención sobre los Derechos del Niño de 1989.

- Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo de 1991
- Convención sobre la Protección de los Trabajadores Migrantes y sus familias (1990)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)
- Proyecto de Declaración sobre Derechos de los Pueblos Indios de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos
- Proyecto de Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Poblaciones Indígenas de 1994.
- Declaración de París sobre Mujeres, niños y el Sida (1990),
- Declaración Cumbre de París sobre el SIDA (1994),
- Declaración de Derechos y Humanidad sobre VIH y el SIDA (1992)
- Declaración Trinacional de Canadá, Estados Unidos de América y México (1996)
- Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y el VIH(2006)
- la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH (Declaración UNGASS, 2001 y 2008)

NORMATIVIDAD:

- La Ley del Seguro Social
- La Ley de los Institutos Nacionales de Salud
- La Ley Federal de Trabajo
- La Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
- La Ley para la Protección de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
- La Ley de Asistencia Social
- Ley general de salud
- Ley de salud para el Distrito Federal
- Ley de desarrollo social para el Distrito Federal
- Ley de las y los jóvenes del distrito federal
- Ley para los derechos de los niños y niñas del D.F.,
- Ley de los Derechos de las personas adultas mayores en el D.F.,
- Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el distrito federal que carecen de seguridad social laboral
- Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del distrito federal
- Ley de protección a la Salud de los no fumadores en el D.F.,
- La ley de voluntad anticipada
- Ley para la integración al Desarrollo de las personas con Discapacidad del D.F.,
- Ley para la prevención y el tratamiento de la obesidad y los trastornos alimenticios,
- Ley que crea el Consejo para la Prevención y la atención integral del VIH-SIDA del D.F.,
- Ley que establece el Derecho al Acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el D.F. que carecen de Seguridad Social Laboral.