



EVALUA DF
Consejo de Evaluación del
Desarrollo Social del
Distrito Federal

**DERECHO A LA SALUD, DESIGUALDADES SOCIO-
SANITARIAS Y POLÍTICAS DE SALUD EN LA
CIUDAD DE MÉXICO**

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, DESIGUALDADES SOCIO-SANITARIAS Y POLÍTICAS DE SALUD EN LA CIUDAD DE MÉXICO

Oliva López Arellano, Oswaldo Sinoe Medina Gómez y José Blanco Gil

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Resumen

En la ciudad de México, se identifican avances en la visibilidad que ha adquirido el Derecho a la Salud en el marco de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA) en la agenda de diversos actores políticos y sociales. En particular, el interés de los gobiernos locales por proteger la salud de los habitantes del Distrito Federal (DF) se manifiesta explícitamente desde 1997 y se concreta en un conjunto de reformas legales, que posibilitan políticas de atención a la salud en la lógica de garantizar derechos. Sin embargo, el contexto nacional de crisis y las políticas neoliberales impuestas por el gobierno federal, más las propias insuficiencias y contradicciones de la gestión local limitan un desarrollo institucional que garantice plenamente el Derecho a la Salud.

Las instituciones públicas de salud presentes en la ciudad, concentran infraestructura, recursos humanos y materiales con indicadores por arriba del promedio nacional y son la base institucional para garantizar el derecho a la protección de la salud. Desde 1997, el Gobierno del Distrito Federal (GDF) impulsa el fortalecimiento de las instituciones a su cargo, para universalizar la atención y reducir las inequidades en salud. Sin embargo, a pesar de avances importantes, entre los que destacan: una política social con perspectiva de derechos, la consolidación de la pensión universal ciudadana y el impulso de programas específicos, persisten la fragmentación de servicios, la distribución desigual de los recursos y limitaciones en la capacidad de atención frente a la diversidad de los principales problemas de enfermedad y muerte en el Distrito Federal.

La heterogeneidad territorial, los cambios en la estructura demográfica y en los perfiles de enfermedad y muerte configuran un panorama de gran complejidad para el sistema de salud de la ciudad. Predomina la patología crónica, persisten

enfermedades infecciosas y parasitarias y problemas perinatales a los que se suman lesiones accidentales e intencionales y la presencia creciente de adicciones y psicotrastornos. Las enfermedades crónicas de adultos y de adultos mayores tienen un mayor peso en el conjunto de problemas de salud en la ciudad.

Las desigualdades persistentes y los logros socio-sanitarios, donde destacan la reducción de la mortalidad infantil y la mortalidad materna; así como, la reducción de diferenciales en algunos indicadores de daño y de disponibilidad de servicios, se expresan con mayor claridad al analizar el comportamiento de indicadores, a través del índice de desarrollo social de las 16 delegaciones políticas que conforman el DF, agrupadas en regiones de mayor a menor desarrollo, junto con indicadores seleccionados de morbilidad, mortalidad y recursos públicos para su atención.

La aproximación metodológica

La exploración empírica de las desigualdades socio-territoriales y su expresión en perfiles de salud/enfermedad/atención tiene como base la identificación de condiciones de vida de espacios-población específicos (Blanco y col., 1998). Como punto de partida para identificar la heterogeneidad estructural de territorios y poblaciones, se considera la observación y medición de los satisfactores básicos que responden al llamado *núcleo irreductible de necesidades* (Boltvinik, 1990) y la identificación de necesidades esenciales insatisfechas (Coplamar, 1982),

Si bien la aproximación al concepto de condiciones de vida a través de la exploración de necesidades básicas insatisfechas es parcial, permite identificar el grado de desarrollo social, las desigualdades socio-territoriales y, los espacios y poblaciones que deberían ser prioritarios para el desarrollo de políticas públicas equitativas.

Para la reconstrucción de la heterogeneidad socio-territorial en la ciudad de México, se retomó el índice de desarrollo social, elaborado por el Consejo de Evaluación del DF con información del conteo 2005 (Consejo de Evaluación del DF, 2010).

La proporción de espacios-población (manzanas) y el porcentaje de población según su grado de desarrollo social se utilizaron como variables sintéticas de la satisfacción o

insatisfacción de necesidades básicas y fueron la base para agrupar las 16 delegaciones en cuartiles. El primer cuartil incluye las delegaciones con mayor grado de desarrollo social (GDS). El grupo de delegaciones ubicadas en el último cuartil incluye a aquellas que concentran población con desarrollo social muy bajo en donde predomina la insatisfacción de necesidades básicas.

Se utilizó un diseño de estudio epidemiológico de tipo ecológico, analítico y de periodo.

En cada una de las delegaciones se identificó un conjunto de indicadores de daño, de infraestructura para la atención a la salud; así como de coberturas existentes. Se realizó una síntesis de lo más relevante para cada uno de los conjuntos delegacionales.

Los daños a la salud se reconstruyeron con los datos del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) y del Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones (SEED)¹,

Los indicadores de daño seleccionados fueron las tasas de mortalidad general, infantil, preescolar, escolar, mortalidad materna y mortalidad en edad productiva y postproductiva notificadas de 1990 a 2008.

Se organizaron las tasas de mortalidad por delegación política y se calcularon las tasas de mortalidad general con ajuste directo tomando como población estándar a la delegación Benito Juárez² según el Censo de Población y Vivienda 1990 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía -INEGI-) así como la proyección de población estimada para el año 2008 por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

¹ Estos sistemas de información en salud son de dimensión nacional con capacidad para generar datos a nivel de entidad federativa y delegaciones.

² El ajuste directo permite la comparación de tasa de mortalidad general controlando el peso de la edad. Se usa sobre todo cuando las pirámides poblacionales son diferentes. En este caso se tomó la distribución etaria de la delegación Benito Juárez como modelo.

Se reconstruyeron las series de mortalidad general y para cada grupo. Se calcularon los riesgos relativos de las mortalidades (general, infantil, materna y postproductiva) tomando como referencia a la delegación Benito Juárez debido a que el 80% de su población presenta alto grado de desarrollo social. También se obtuvieron las principales causas de muerte para el DF y para cada delegación y algunas de las principales causas de morbilidad.

Se utilizó el programa SIGEpi para identificar la expresión gráfica del análisis realizado y Epidat 3.1 para el ajuste de tasas de mortalidad general.

Con la información del Estudio de Regionalización Operativa (ERO), del Registro Nacional de Infraestructura en Salud (RENIS), las estadísticas de infraestructura, recursos y servicios reportadas por la Secretaría de Salud del Distrito Federal y la información del Censo de Población y Vivienda 2010, se reconstruyeron indicadores de cobertura formal y disponibilidad de recursos para la atención médico-sanitaria.

La aproximación a los rasgos principales de la política de salud del Gobierno del Distrito Federal se realizó a través de la revisión y análisis de planes de desarrollo, documentos diagnósticos y programáticos, reglamentos, manuales de operación, informes de gestión, normas, leyes, presupuestos, evaluaciones específicas y artículos científicos.

Se identificaron las características de los principales programas de salud, su consistencia respecto a los programas rectores de la política social en el DF y su contribución a la garantía del derecho a la salud.

Derecho a la Salud y Derecho a la Protección de la Salud

El debate sobre el derecho a la salud, su amplitud y las modalidades institucionales que los Estados desarrollan para garantizarlo, se inscribe en la discusión mundial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales.

En diversos pactos internacionales se incorpora el derecho a la salud y el gobierno mexicano reconoce este derecho al adherirse a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), suscribir ante las Naciones Unidas, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y ante la OEA, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador, (OEA, 1988) que señala: “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” y que México ratifica en 1996, reconociendo una serie de obligaciones para lograr que con equidad de género y sin ningún tipo de discriminación, se asegure progresivamente a todos los mexicanos el derecho a la salud física, mental y social.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos reconoce el Derecho a la Protección a la Salud, que en su artículo 4º señala que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución” (DOF, 2007:5)

Los alcances del *Derecho a la Salud* y del *Derecho a la Protección de la Salud* son distintos, mientras el primero engloba un conjunto de satisfactores que permiten resolver necesidades humanas esenciales, interrelacionadas para el logro de la salud e incluye en forma destacada los servicios de salud; el segundo restringe su alcance a lo que los Estados desarrollan respecto a la atención de la salud, básicamente a través de sistemas institucionalizados que promueven la salud, previenen y atienden la enfermedad e incluyen diversas tareas que van desde la rectoría, regulación y normatividad, el financiamiento, organización, producción y

prestación de servicios, hasta las modalidades de tutela del derecho y resolución de controversias.

Respecto al *Derecho a la Salud*, la Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es muy explícita al señalar:

“8. El derecho a la salud no debe entenderse solo como el derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

9. El concepto del "más alto nivel posible de salud"... tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado.... Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

11. El Comité interpreta el derecho a la salud... como 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. Otro aspecto importante es 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”. (Observatorio de Política Social y Derechos Humanos, 2009)

En relación al *Derecho a la Protección de la Salud*, los Estados-nación han configurado diversas formas institucionales para garantizarlo a través de sistemas de salud, cuyo propósito general es brindar servicios médico-sanitarios oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios que coadyuven al mejoramiento de las

condiciones de bienestar social y de salud de las poblaciones. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General 14 señala:

“12. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados...:

a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.

b) Accesibilidad...presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) No discriminación; ii) Accesibilidad física; iii) Accesibilidad económica (asequibilidad); y iv) Acceso a la información.

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados...y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad... los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

43...los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud... el Comité considera que entre esas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes:

a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;

b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre;

c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable;

d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;

e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;

f) Adoptar y aplicar... una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población....

44...entre las obligaciones de prioridad comparables figuran las siguientes:

a) Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil;

b) Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad;

c) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas;

d) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades;

e) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos” (Observatorio de Política Social y Derechos Humanos, 2009)

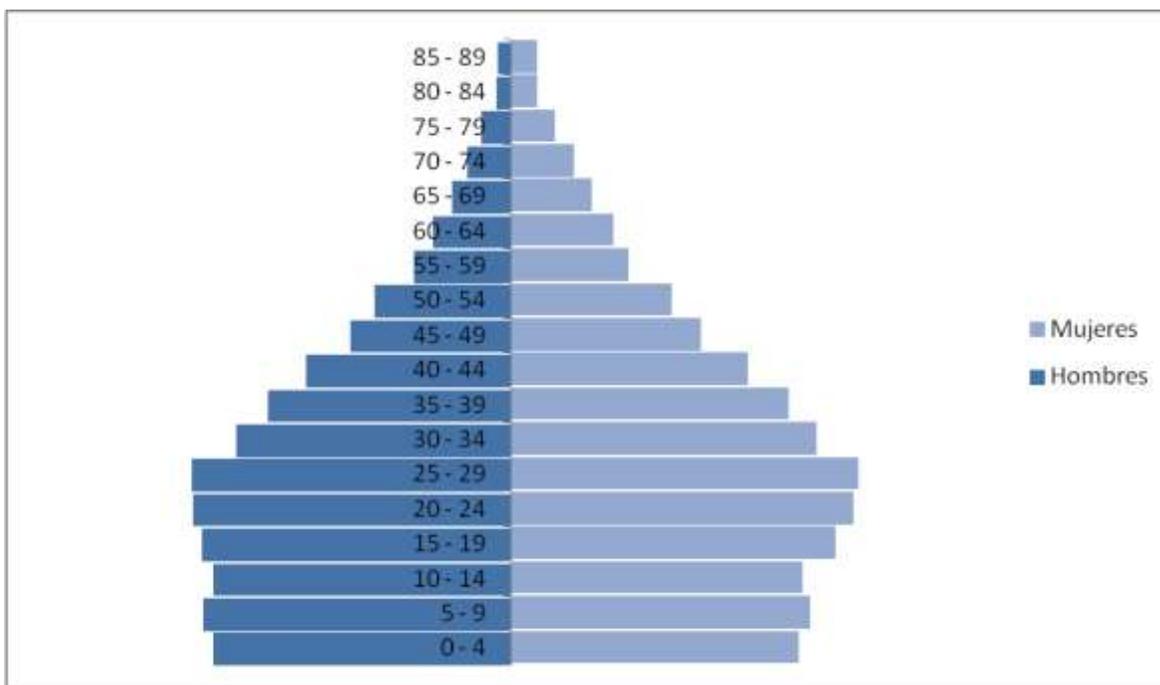
La comprensión de la justicia sanitaria y la equidad en salud deben ir más allá de la explicación de los recursos y las capacidades individuales y ser vistas como expresiones tangibles de la garantía (o vulneración) de derechos y del desarrollo social, económico y cultural, en tanto la salud actúa como propósito y como herramienta, con otros bienes sociales, para el desarrollo humano (Sen, 2002). Así, la equidad en salud no se limita a la distribución de la salud, ni tampoco puede ser reducida a la distribución de la atención médico-sanitaria. Su comprensión involucra múltiples dimensiones que remiten a los determinantes sociales de la salud, a preceptos de justicia social y a garantía de derechos (Linares y López, 2008).

Situación de salud en la ciudad de México

En la ciudad de México, los cambios socio-epidemiológicos más importantes y que impactan directamente al sistema de atención a la salud, son el incremento de los riesgos estructurales (desempleo, empleo precario, pérdida salarial, deterioro de condiciones de vida), los procesos de poblamiento/despoblamiento de la zona metropolitana, con la expulsión de pobres urbanos hacia la periferia; así como, la transición demográfica y la mayor complejidad en los perfiles de enfermedad y muerte de la población urbana.

Entre los cambios demográficos destacan: la modificación de la pirámide poblacional, en donde disminuye gradualmente la proporción de menores de 15 años y se incrementa el porcentaje de adultos mayores (población de 65 años y más). Se reduce la tasa de fecundidad y aumenta la esperanza de vida al nacimiento (EVN). Para 2009, la EVN en la ciudad es de 76.2 años, con valores de 78.6 para las mujeres y 73.7 para los hombres y la tasa de fecundidad general es la más baja del país con 1.7 hijos por mujer en edad fértil (Ssa, 2010). Para 2010, los habitantes del Distrito Federal suman 8,628,943 de los cuales 52.5 % son mujeres y 47.3 % son hombres. El 8.9 % de la población tiene 65 y más años (INEGI, 2010). (Ver imágenes 1 a 4)

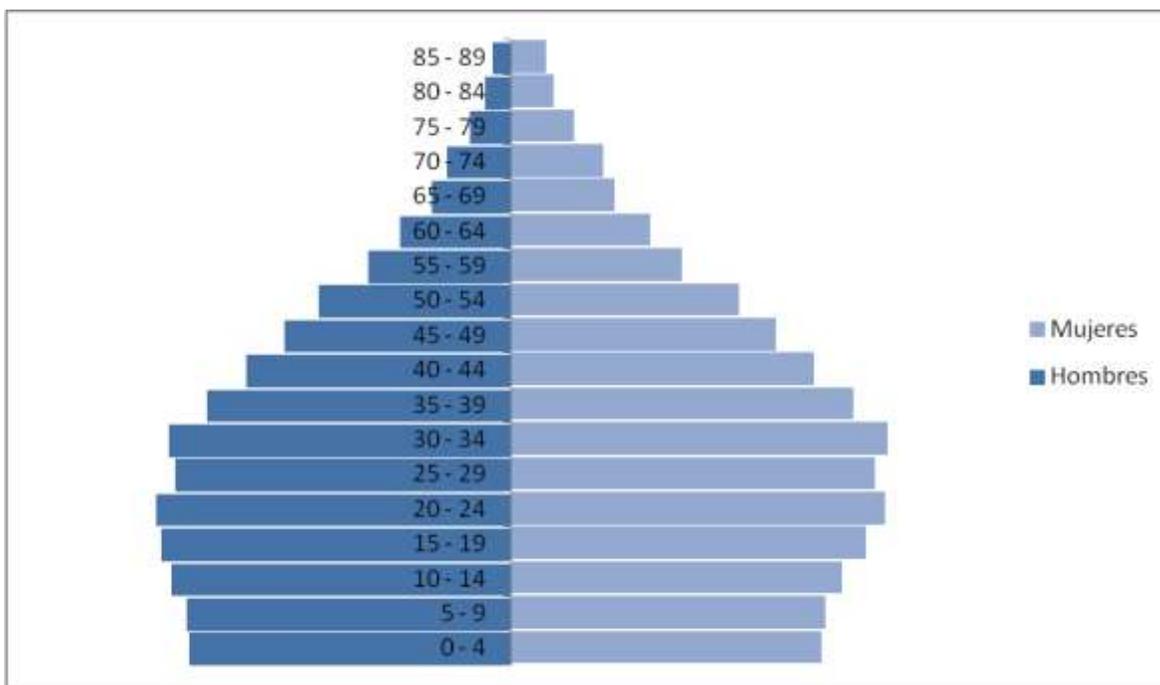
Imagen 1. Pirámide poblacional del Distrito Federal, 2000.



Grupo de edad	Población total	Hombres	%	Mujeres	%
0 - 4	737,934	375,222	9.3	362,712	8.2
5 - 9	764,094	387,936	9.6	376,158	8.5
10 - 14	742,986	375,369	9.3	367,617	8.3
15 - 19	798,349	390,049	9.6	408,300	9.2
20 - 24	832,517	400,924	9.9	431,593	9.7
25 - 29	840,487	403,311	10.0	437,176	9.9
30 - 34	731,452	346,860	8.6	384,592	8.7
35 - 39	655,973	307,235	7.6	348,738	7.9
40 - 44	556,565	258,920	6.4	297,645	6.7
45 - 49	441,804	203,214	5.0	238,590	5.4
50 - 54	373,595	171,939	4.2	201,656	4.6
55 - 59	269,845	122,660	3.0	147,185	3.3
60 - 64	227,283	99,194	2.5	128,089	2.9
65 - 69	175,174	73,983	1.8	101,191	2.3
70 - 74	134,345	55,057	1.4	79,288	1.8
75 - 79	92,943	38,025	0.9	54,918	1.2
80 - 84	51,638	19,383	0.5	32,255	0.7
85 - 89	49,257	16,661	0.4	32,596	0.7
Total	8,476,241	4,045,942	100	4,430,299	100

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 1990
Se excluye a la población con edad no especificada.

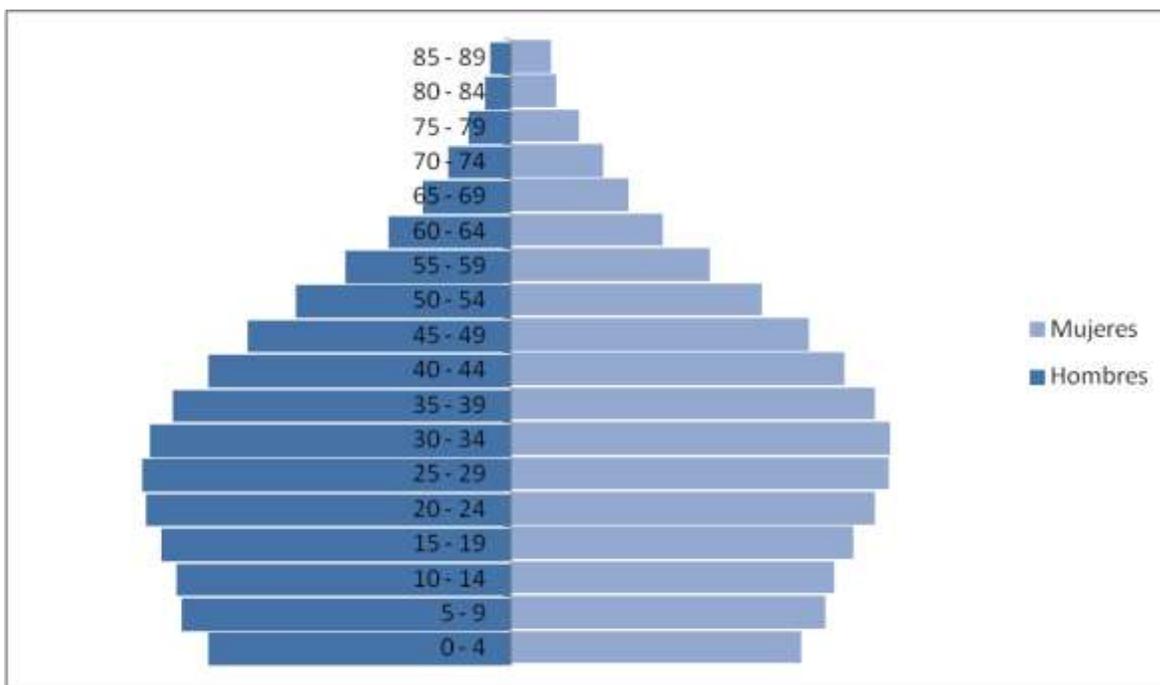
Imagen 2. Pirámide poblacional del Distrito Federal, 2005.



Grupo de edad	Población total	Hombres	%	Mujeres	%
0 - 4	664,092	338,207	8.1	325,885	7.2
5 - 9	671,579	341,618	8.2	329,961	7.3
10 - 14	704,950	357,106	8.6	347,844	7.6
15 - 19	740,280	368,042	8.8	372,238	8.2
20 - 24	765,641	373,044	8.9	392,597	8.6
25 - 29	735,441	353,337	8.5	382,104	8.4
30 - 34	755,600	359,952	8.6	395,648	8.7
35 - 39	678,990	319,519	7.7	359,471	7.9
40 - 44	596,540	278,656	6.7	317,884	7.0
45 - 49	515,878	237,757	5.7	278,121	6.1
50 - 54	441,077	202,356	4.9	238,721	5.2
55 - 59	329,553	150,909	3.6	178,644	3.9
60 - 64	263,228	117,398	2.8	145,830	3.2
65 - 69	192,699	83,931	2.0	108,768	2.4
70 - 74	164,150	67,932	1.6	96,218	2.1
75 - 79	110,512	44,280	1.1	66,232	1.5
80 - 84	72,725	27,752	0.7	44,973	1.0
85 - 89	56,124	19,159	0.3	36,965	0.5
Total	8,459,059	4,040,955	97	4,418,104	97

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 1995
Se excluye a la población con edad no especificada.

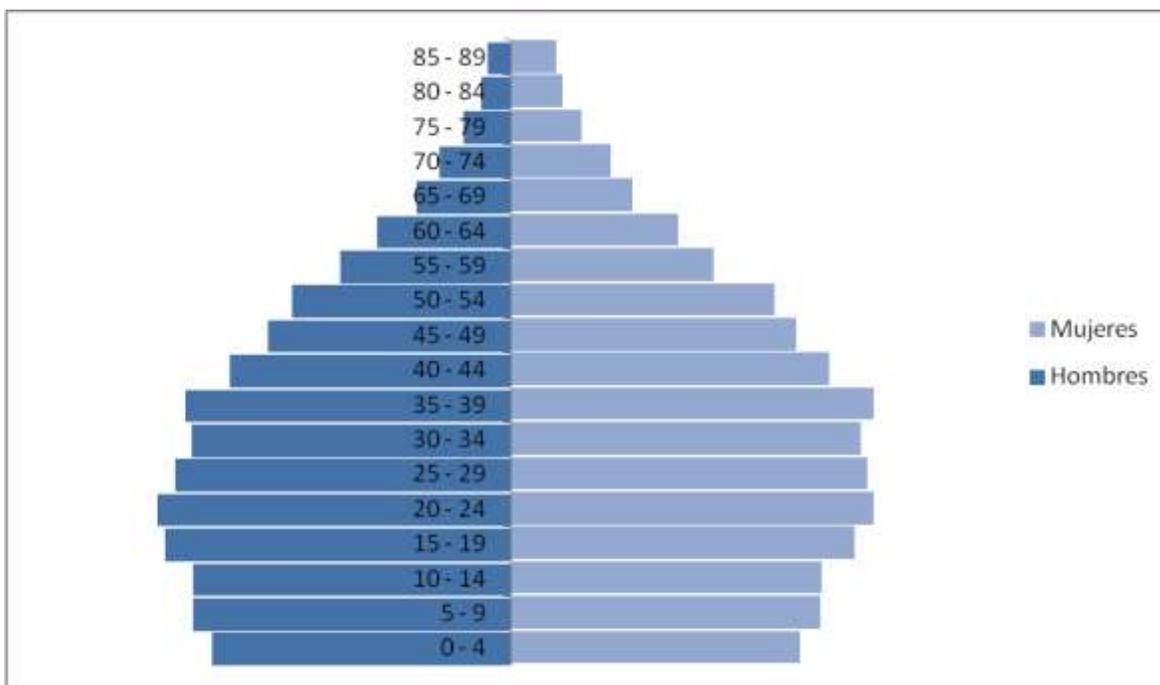
Imagen 3. Pirámide poblacional del Distrito Federal, 2008.



Grupo de edad	Hombres	%	Mujeres	%	
0-4	623,902	318,966	7.5	304,936	6.7
5-9	676,397	346,404	8.1	329,993	7.2
10-14	690,840	352,048	8.2	338,792	7.4
15 - 19	726,961	367,864	8.6	359,097	7.9
20 - 24	766,247	383,873	9.0	382,374	8.4
25 - 29	784,316	387,697	9.1	396,619	8.7
30 - 34	778,079	379,990	8.9	398,089	8.7
35 - 39	737,238	355,611	8.3	381,627	8.4
40 - 44	668,268	318,478	7.5	349,790	7.7
45 - 49	588,729	276,656	6.5	312,073	6.8
50 - 54	490,135	226,777	5.3	263,358	5.8
55 - 59	382,070	174,016	4.1	208,054	4.6
60 - 64	288,743	128,944	3.0	159,799	3.5
65 - 69	216,101	93,468	2.2	122,633	2.7
70 - 74	162,835	66,976	1.6	95,859	2.1
75 - 79	117,002	45,244	1.1	71,758	1.6
80 - 84	74,316	27,070	0.6	47,246	1.0
85 - +	63,866	21,831	0.5	42,035	0.9
Total	8,836,045	4,271,913	100	4,564,132	100

Fuente: Dirección General de Información en Salud, Estimaciones con base en las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2030, CONAPO, 2006.

Imagen 4. Pirámide poblacional del Distrito Federal, 2010.



Grupo de edad	Total	Hombres	%	Mujeres	%
0-4	618,245	314,701	7.6	303,544	6.7
5-9	658,948	334,885	8.1	324,063	7.2
10-14	660,345	334,674	8.1	325,671	7.2
15 - 19	723,372	363,265	8.8	360,107	8.0
20 - 24	753,404	372,368	9.0	381,036	8.4
25 - 29	726,696	352,969	8.5	373,727	8.3
30 - 34	702,642	335,988	8.1	366,654	8.1
35 - 39	722,214	341,865	8.3	380,349	8.4
40 - 44	629,563	295,151	7.1	334,412	7.4
45 - 49	555,481	256,078	6.2	299,403	6.6
50 - 54	506,310	230,325	5.6	275,985	6.1
55 - 59	392,186	179,065	4.3	213,121	4.7
60 - 64	315,793	141,010	3.4	174,783	3.9
65 - 69	227,625	99,910	2.4	127,715	2.8
70 - 74	179,329	75,227	1.8	104,102	2.3
75 - 79	124,499	50,795	1.2	73,704	1.6
80 - 84	85,121	32,012	0.8	53,109	1.2
85 - +	47,170	24,600	0.6	46,681	1.0
Total	8,628,943	4,134,888	100	4,518,166	100

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.
Se excluye a la población con edad no especificada.

El envejecimiento de la población y los modos de vida urbana se expresan en la dinámica epidemiológica. Se modifica la estructura de mortalidad por causas y por edades con un peso importante de las enfermedades crónicas y se reduce la patología infecciosa que impacta en el descenso de las mortalidades infantil, pre-escolar, escolar y materna (Cuadros 1 y 2 y Gráficas 1-6)

Entre las enfermedades crónicas destacan: la diabetes *mellitus*, que en 2008 presenta una tasa de muerte de 99 por 100 000 hab; la enfermedad isquémica del corazón con 83.3 defunciones por 100 000 hab. en 2008 y los tumores malignos con 81.3 defunciones por 100 000 hab. para el mismo año. Así mismo, entre las 20 principales causas de muerte se identifican los accidentes y las agresiones, con tasas de 21.5 y 9.6 por 100 000 hab. respectivamente, mientras que la patología infecciosa y carencial es desplazada de los primeros lugares como causa de muerte.

Aumenta el peso de la morbilidad, la discapacidad y la patología de adultos y ancianos en el conjunto de problemas colectivos de salud y emergen problemas tales como: el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA), las adicciones y las enfermedades mentales.

Para 2009, la mortalidad por VIH-SIDA es de 10.7 por 100 000 hab. de 25 a 44 años, con una tasa mayor para los hombres (19.6) que para las mujeres (2.2). La cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado tiene una tasa de 15.8 por 100 000 hab. con un diferencial importante entre hombres (24.3) y mujeres (7.9). La mortalidad por accidentes de tránsito presenta una tasa de 12.6 defunciones por 100 000 hab. de 15 a 29 años y con diferencias notables entre hombres y mujeres de este grupo de edad (20.8 y 4.3 respectivamente), mientras que los homicidios y los suicidios tienen tasas de 9.4 y 4.0 por 100 000 hab. respectivamente (Ssa, 2010)

En 2008, entre las principales causas de mortalidad femenina, destacan la diabetes *mellitus* (99.1 defunciones por 100 000 mujeres); los tumores malignos (87.5 por 100 000 mujeres) y las enfermedades isquémicas de corazón (78.8 por 100 000 mujeres). Entre los tumores malignos, los más importantes son el cáncer de mama, seguido del cáncer cérvico uterino.

En la mortalidad en hombres (2008) predomina la enfermedad isquémica del corazón (88.1 defunciones por 100 000 hombres); la diabetes mellitus (98.8 defunciones por 100 000 hombres) y los tumores malignos (74.8 defunciones por 100 000 hombres), en donde destaca el cáncer de próstata y los tumores de tráquea, bronquios y pulmón. La mortalidad por accidentes, agresiones y VIH-SIDA presenta tasas mayores que en las mujeres.

Respecto a la morbilidad, la incidencia de enfermedades respiratorias agudas y de tuberculosis disminuyen desde 1995 (Gráficas 7 y 8), aún cuando el número de casos de TB pulmonar (447) es mayor a la media nacional (Ssa, 2010). En sentido inverso, los casos nuevos de diabetes mellitus y de hipertensión arterial sistémica presentan tendencias ascendentes desde 1995 (Gráficas 9 y 10). La incidencia de tumor maligno de cuello del útero en 2003 presenta el valor más elevado y a partir de ese año se observa un descenso sostenido en el número de casos nuevos (Gráfica 11)

Cuadro 1. Principales causas de mortalidad general. Distrito Federal 1980, 1990, 2000 y 2008

		Tasa *			
Orden 2000	Causa	1980	1990	2000	2008
1	Enfermedades del corazón	66	89.1	99.4	120.1
	• Enfermedades isquémicas del corazón	30.8	57.2	67.2	83.3
2	Diabetes mellitus	36.7	54.7	73.2	99
3	Tumores malignos	49.3	64.2	70.4	81.3
4	Enfermedades cerebrovasculares	25.3	29.6	32.6	34.9
5	Enfermedades del hígado	38.2	33.6	30.3	30.5
6	Accidentes	47.9	34.3	24.3	21.5
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	43.8	27.6	18.1	13
8	Influenza y Neumonía	50.1	25.4	14.6	19.7
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (1)	2	9.9	13.3	19
10	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	16.6	13.9	10.6	8.2
11	Insuficiencia renal	12.8	11.7	9.5	10.7
12	Agresiones (homicidio)	3.6	14.3	9	9.6
13	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)	0	6.1	7.1	5.8
14	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma (1)	15.4	13.4	7	5
15	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	2.7	7.1	6	3.8
16	Septicemia	4.8	2.4	3.9	5.5
17	Enfermedades infecciosas intestinales	32.7	12	3.8	2.8
18	Lesiones auto-infligidas intencionalmente (suicidio)	0.3	2.9	3.7	3.7
19	Úlcera gástrica y duodenal	4	4.7	3.6	3.2
20	Infecciones respiratorias agudas	4.1	3	3.4	Sin datos
21	Tuberculosis pulmonar	4.3	2.7	1.3	Sin datos
22	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	14.8	4.4	3.9	3.7
23	Las demás causas	88.1	76.2	75.4	89.3
Total		564.4	543.3	523.2	593.1

Fuentes: INEGI/Ssa; Secretaría de Salud. Programa de Salud 2002-2006, Gobierno del Distrito Federal, México DF; INEGI/SSDF (Dirección de información en salud)

(*) Tasa por 100,000 habitantes

(1) Debido al cambio en la CIE algunos padecimientos se reclasifican en el 2000

Cuadro 2. Mortalidad por grupos de edad. Distrito Federal 1990 – 2008.

Año	Infantil		Preescolar		Escolar		Productiva		Post-productiva	
	Tasa 1/	Total	Tasa 2/	Total	Tasa 3/	Total	Tasa 4/	Total	Tasa 5/	Total
1990	5,657	29	693	0.96	607	0.35	16,559	3.09	21,181	51.6
1991	5,082	26.7	517	0.73	573	0.34	17,077	3.15	21,926	52.7
1992	4,819	25.9	466	0.66	520	0.31	17,498	3.2	21,998	52.2
1993	4,180	23.1	449	0.65	478	0.29	17,778	3.21	22,390	52.4
1994	4,318	24.5	470	0.69	457	0.28	17,703	3.17	22,709	52.3
1995	4,067	23.9	512	0.76	480	0.3	17,918	3.18	23,604	53.4
1996	3,868	23.1	445	0.67	471	0.3	17,454	3.06	24,216	53.8
1997	3,848	23.4	425	0.65	459	0.29	17,571	3.06	24,560	53.4
1998	3,699	22.7	445	0.7	440	0.28	17,336	2.99	24,840	52.9
1999	3,323	20.3	381	0.61	376	0.24	16,711	2.86	25,793	53.6
2000	3,127	19.1	365	0.59	402	0.26	16,535	2.8	25,567	51.7
2001	2,894	22	384	0.62	396	0.26	17,003	2.86	25,931	50.9
2002	2,858	19.5	368	0.6	378	0.25	16,875	2.81	26,490	50.5
2003	2,807	20.1	340	0.57	408	0.28	17,289	2.86	27,716	51.2
2004	2,676	20	349	0.6	352	0.24	17,032	2.8	28,523	51.1
2005	2,591	19.8	322	0.58	398	0.28	17,283	2.83	29,257	50.8
2006	2,399	18.3	312	0.59	361	0.25	17,378	2.82	29,408	49.4
2007	2,230	17.1	339	0.67	316	0.23	18,105	2.93	30,426	49.5
2008	2,221	17	289	0.58	338	0.25	18,279	2.94	31,216	49.2

Fuente: INEGI/SSDF (Dirección de Información en Salud)

1/ Tasa por 1,000 Nacidos Vivos Estimados

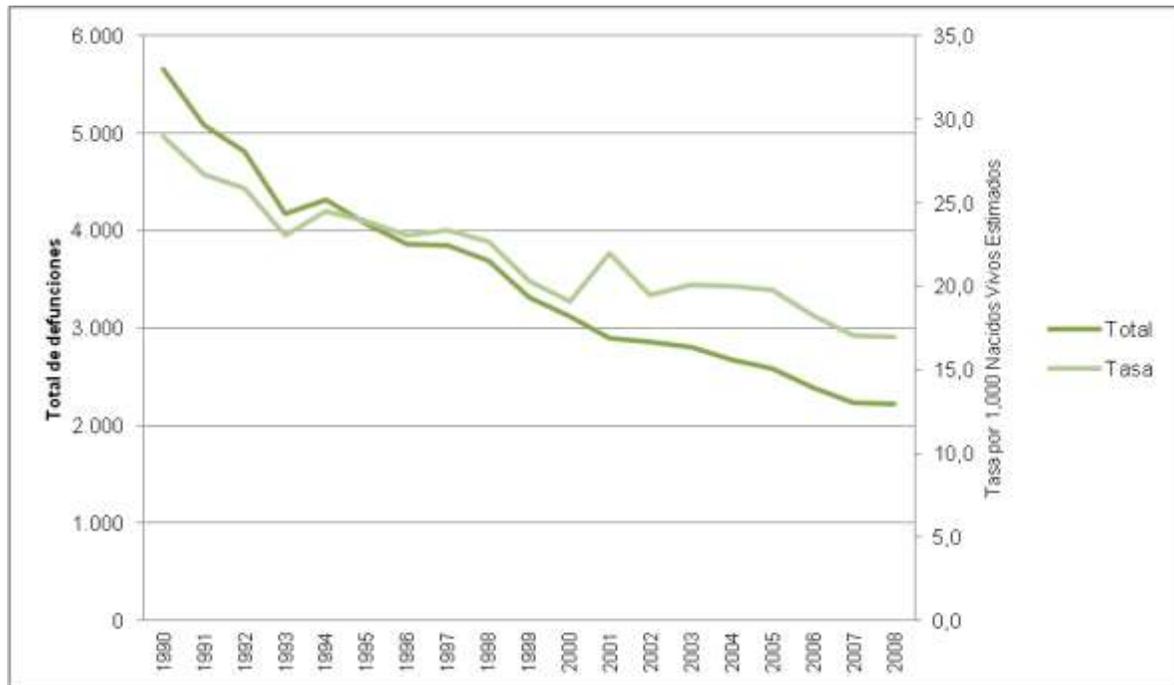
2/ Tasa por 1,000 habitantes de 1 a 4 años de edad, en base a proyecciones del CONAPO

3/ Tasa por 1,000 habitantes de 5 a 14 años de edad, en base a proyecciones del CONAPO

4/ Tasa por 1,000 habitantes de 15 a 64 años de edad, en base a proyecciones del CONAPO

5/ Tasa por 1,000 habitantes de 65 y más años de edad, en base a proyecciones del CONAPO

Grafica 1. Tasas de mortalidad infantil en el Distrito Federal; 1990- 2008.

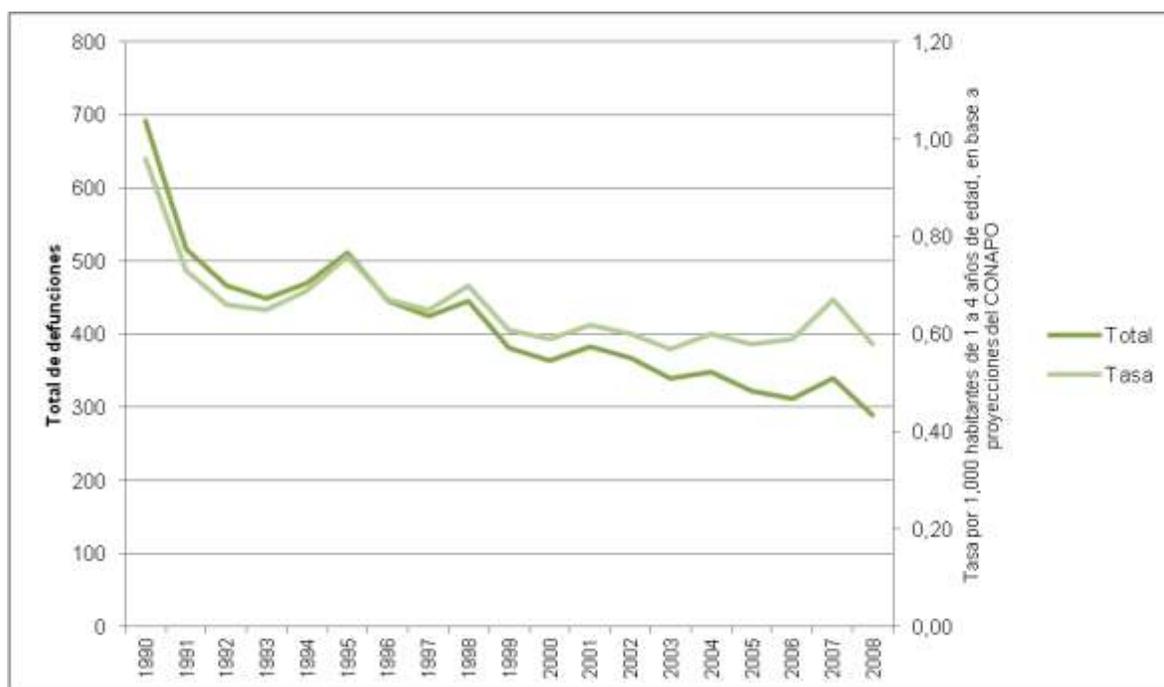


Tasa por 1,000 Nacidos vivos estimados por CONAPO

Fuente: Mortalidad 1990-2008, Dirección de Información en Salud, Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Año	Total	Tasa 1/
1990	5657	29
1991	5082	26.7
1992	4819	25.9
1993	4180	23.1
1994	4318	24.5
1995	4067	23.9
1996	3868	23.1
1997	3848	23.4
1998	3699	22.7
1999	3323	20.3
2000	3127	19.1
2001	2894	22
2002	2858	19.5
2003	2807	20.1
2004	2676	20
2005	2591	19.8
2006	2399	18.3
2007	2230	17.1
2008	2221	17

Grafica 2. Tasas de mortalidad en edad preescolar en el Distrito Federal; 1990- 2008.

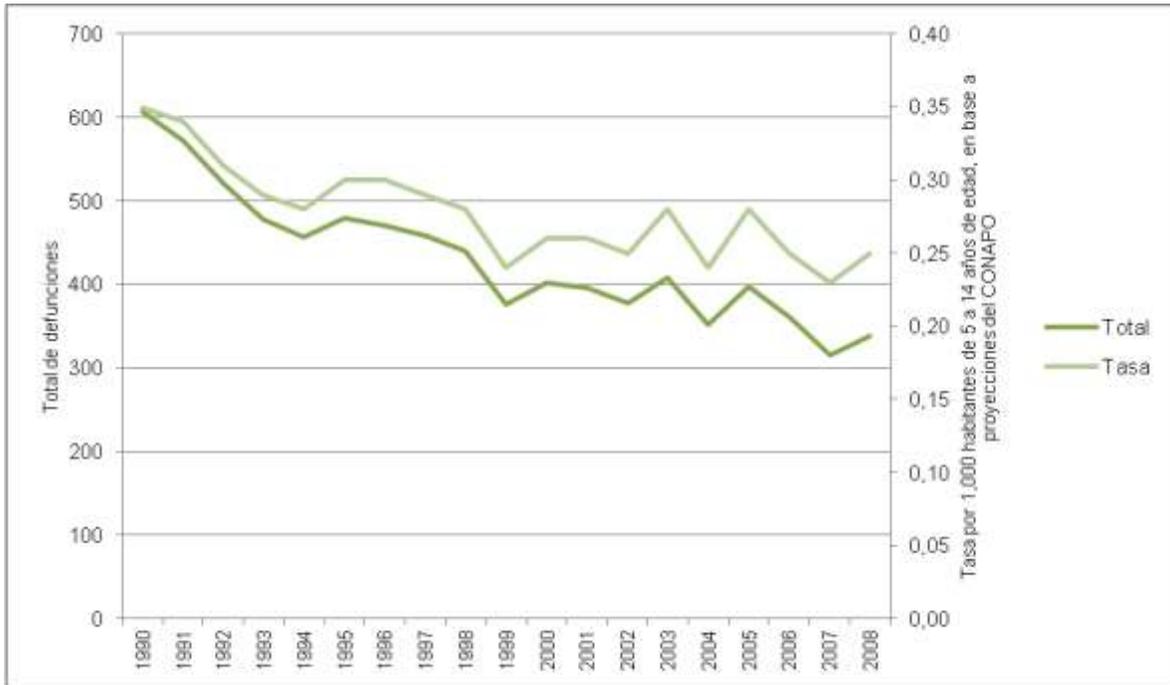


Tasa por 1,000 habitantes de 1 a 4 años de edad, con base a proyecciones del CONAPO

Fuente: Mortalidad 1990-2008, Dirección de Información en Salud, Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Año	Total	Tasa 1/
1990	693	0.96
1991	517	0.73
1992	466	0.66
1993	449	0.65
1994	470	0.69
1995	512	0.76
1996	445	0.67
1997	425	0.65
1998	445	0.70
1999	381	0.61
2000	365	0.59
2001	384	0.62
2002	368	0.60
2003	340	0.57
2004	349	0.60
2005	322	0.58
2006	312	0.59
2007	339	0.67
2008	289	0.58

Grafica 3. Tasas de mortalidad en edad escolar en el Distrito Federal; 1990- 2008.



Tasa por 1,000 habitantes de 5 a 14 años de edad, con base a proyecciones del CONAPO

Fuente: Mortalidad 1990-2008, Dirección de Información en Salud, Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Año	Total	Tasa 1/
1990	607	0.35
1991	573	0.34
1992	520	0.31
1993	478	0.29
1994	457	0.28
1995	480	0.30
1996	471	0.30
1997	459	0.29
1998	440	0.28
1999	376	0.24
2000	402	0.26
2001	396	0.26
2002	378	0.25
2003	408	0.28
2004	352	0.24
2005	398	0.28
2006	361	0.25
2007	316	0.23
2008	338	0.25

Grafica 4. Tasas de mortalidad en edad productiva en el Distrito Federal; 1990- 2008.

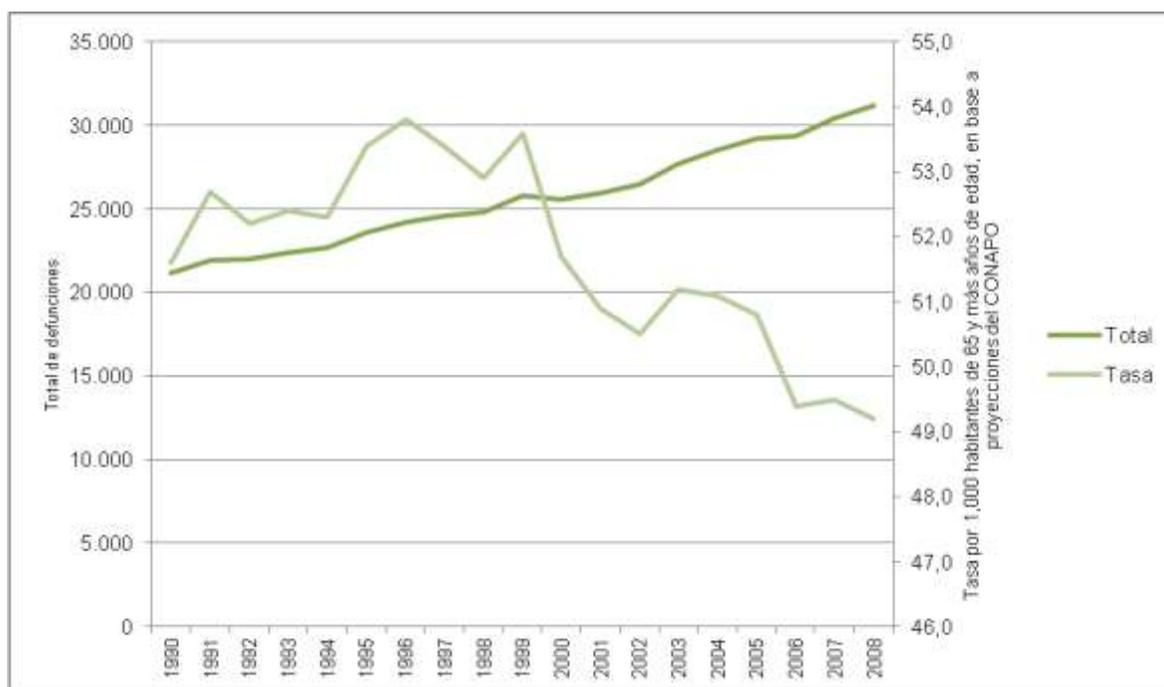


Tasa por 1,000 habitantes de 15 a 64 años de edad, con base a proyecciones del CONAPO

Fuente: Mortalidad 1990-2008, Dirección de Información en Salud, Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Año	Total	Tasa 1/
1990	16,559	3.09
1991	17,077	3.15
1992	17,498	3.20
1993	17,778	3.21
1994	17,703	3.17
1995	17,918	3.18
1996	17,454	3.06
1997	17,571	3.06
1998	17,336	2.99
1999	16,711	2.86
2000	16,535	2.80
2001	17,003	2.86
2002	16,875	2.81
2003	17,289	2.86
2004	17,032	2.80
2005	17,283	2.83
2006	17,378	2.82
2007	18,105	2.93
2008	18,279	2.94

Grafica 5. Tasas de mortalidad en edad postproductiva en el Distrito Federal; 1990- 2008.

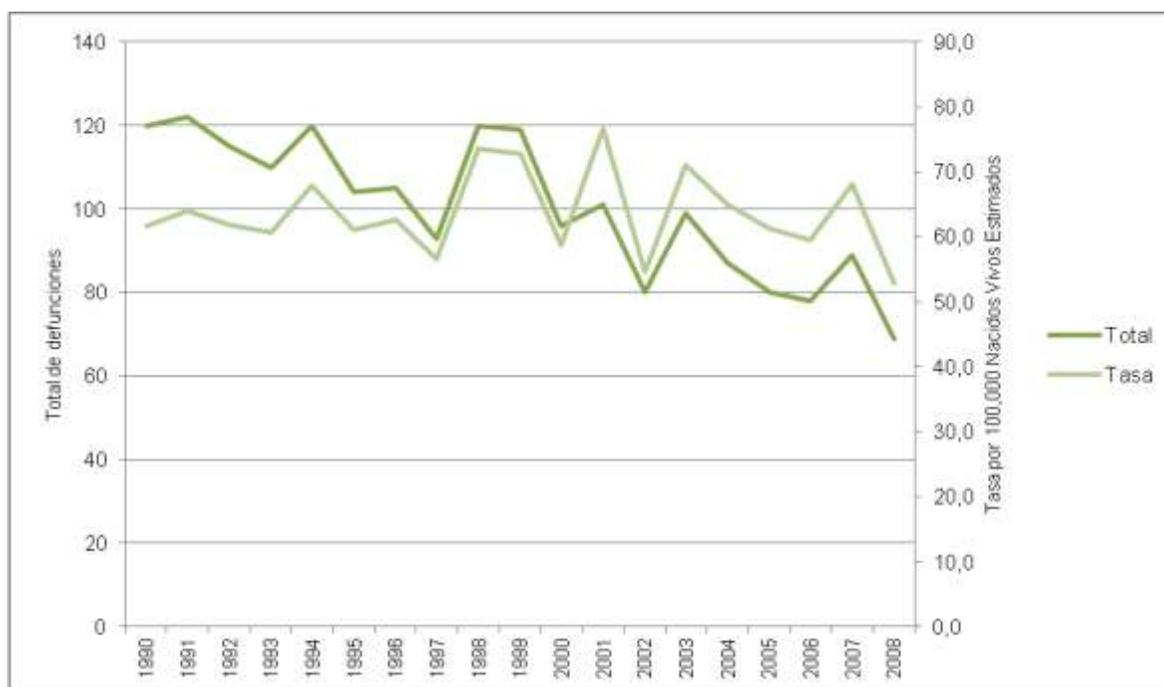


Tasa por 1,000 habitantes de 65 años y más, con base a proyecciones del CONAPO

Fuente: Mortalidad 1990-2008, Dirección de Información en Salud, Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Año	Total	Tasa 1/
1990	21,181	51.6
1991	21,926	52.7
1992	21,998	52.2
1993	22,390	52.4
1994	22,709	52.3
1995	23,604	53.4
1996	24,216	53.8
1997	24,560	53.4
1998	24,840	52.9
1999	25,793	53.6
2000	25,567	51.7
2001	25,931	50.9
2002	26,490	50.5
2003	27,716	51.2
2004	28,523	51.1
2005	29,257	50.8
2006	29,408	49.4
2007	30,426	49.5
2008	31,216	49.2

Grafica 6. Tasas de mortalidad materna en el Distrito Federal; 1990- 2008.

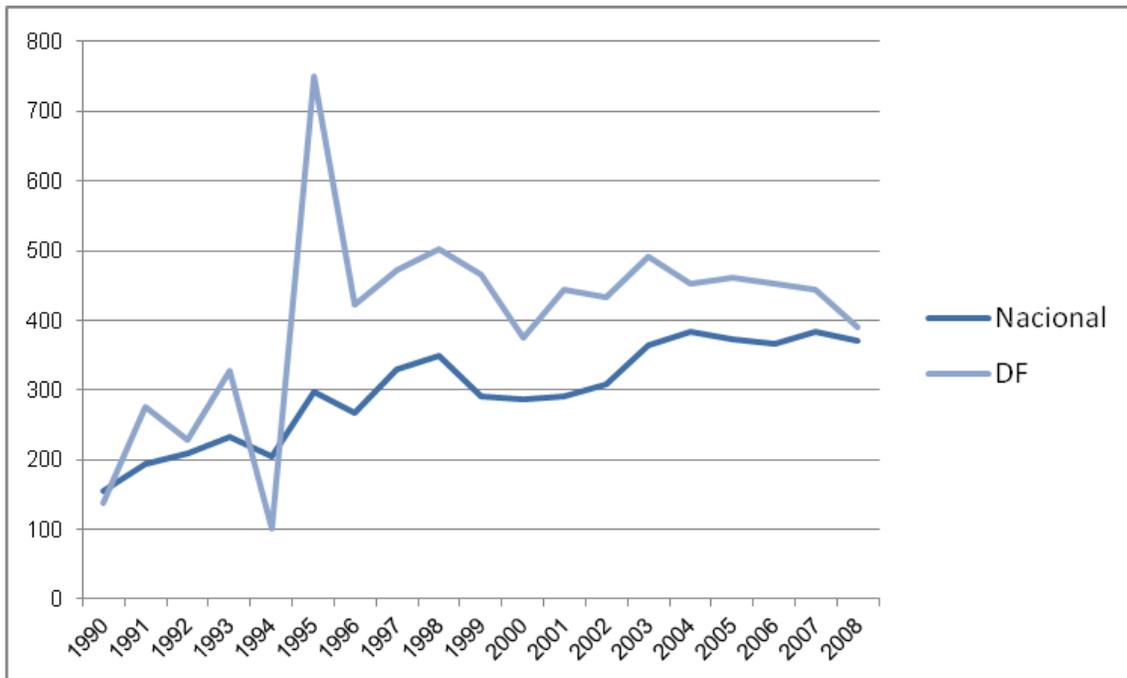


Tasa por 100,000 Nacidos Vivos Estimados

Fuente: Mortalidad 1990-2008, Dirección de Información en Salud, Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Año	Total	Tasa 1/
1990	120	61.6
1991	122	64.1
1992	115	61.8
1993	110	60.7
1994	120	68.0
1995	104	61.1
1996	105	62.7
1997	93	56.6
1998	120	73.5
1999	119	72.8
2000	96	58.7
2001	101	76.7
2002	80	54.7
2003	99	71.0
2004	87	64.9
2005	80	61.2
2006	78	59.6
2007	89	68.1
2008	69	52.9

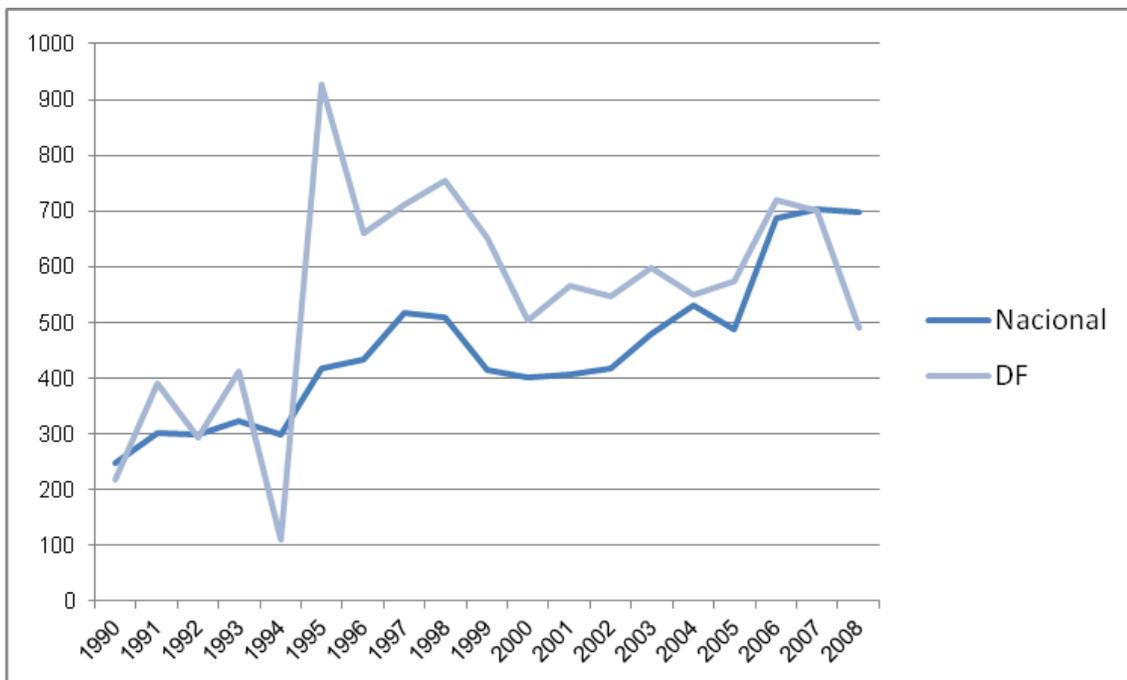
Gráfica 7. Incidencia de Diabetes Mellitus, 1990-2008



Incidenca por 100 000 habitantes

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/ SSA

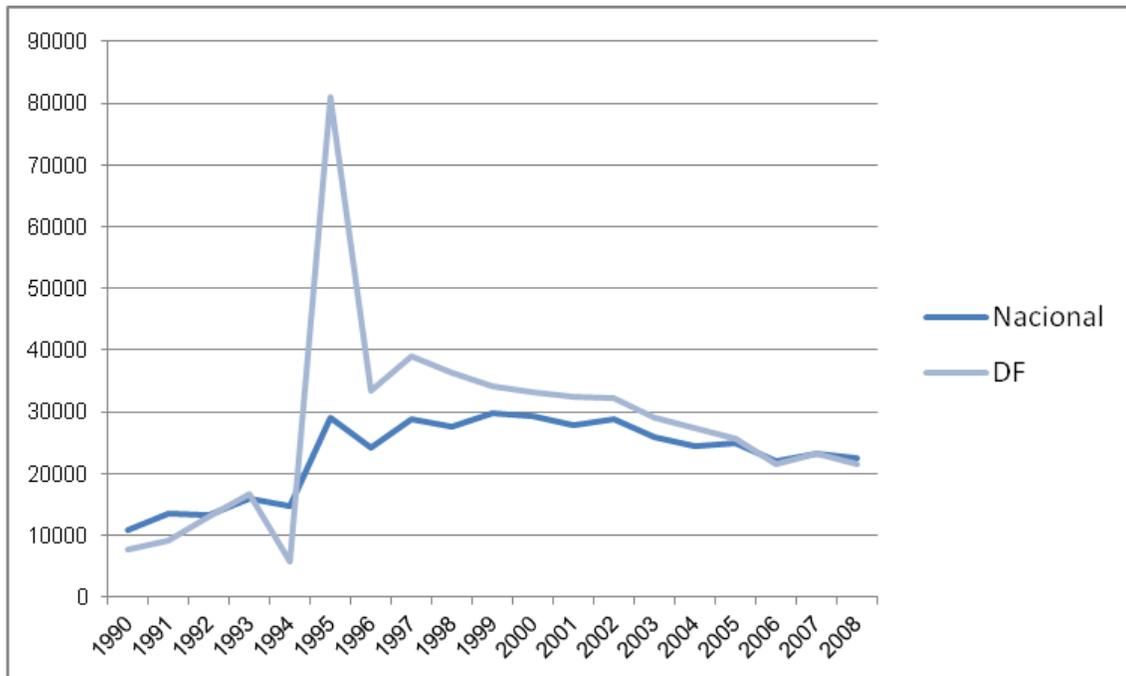
Gráfica 8. Incidencia de Hipertensión arterial sistémica, 1990-2008



Incidenca por 100 000 habitantes

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/ SSA

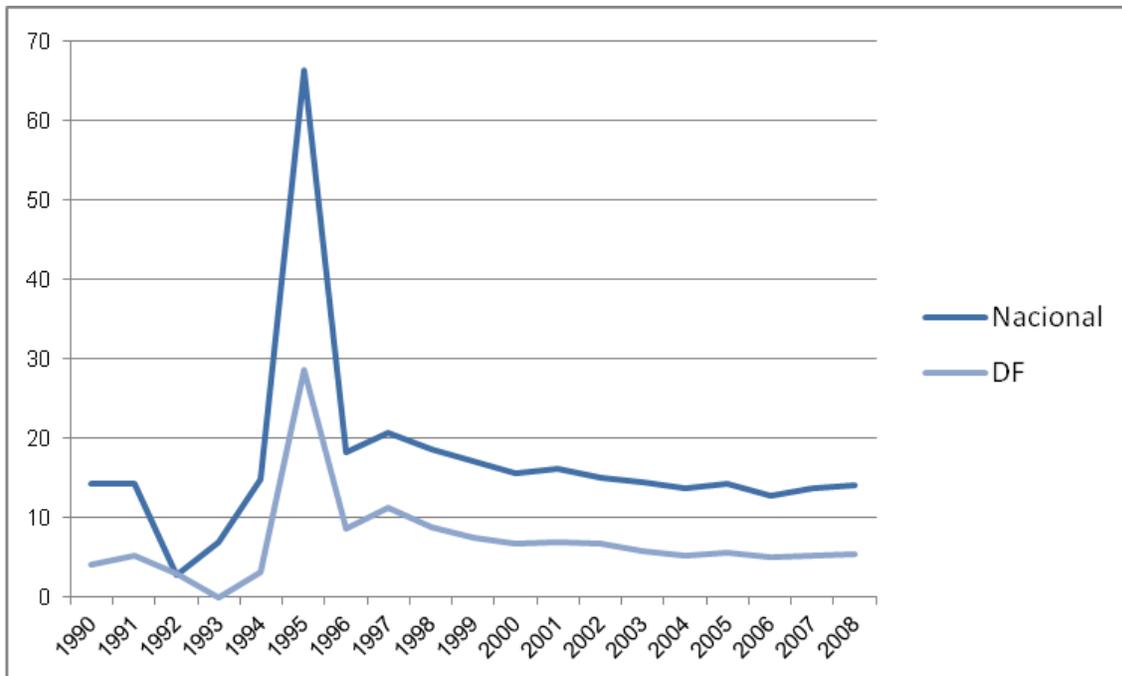
Gráfica 9. Incidencia de Infecciones respiratorias agudas, 1990-2008



Incidenia por 100 000 habitantes

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/ SSA

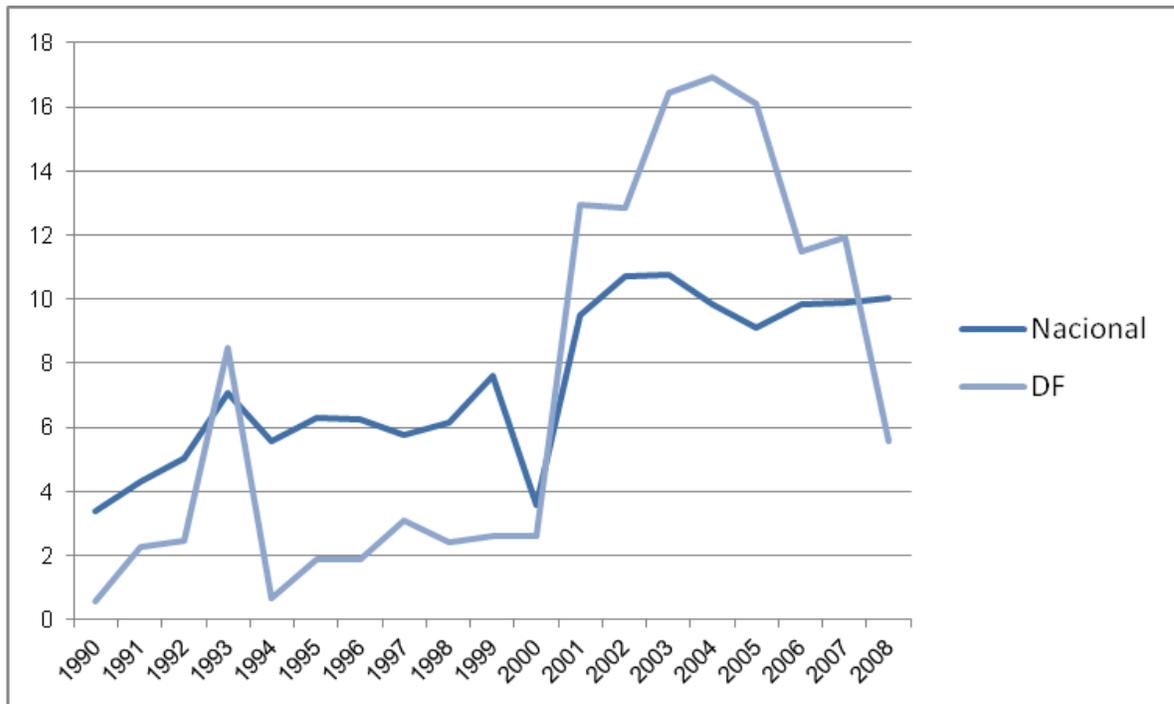
Gráfica 10. Incidencia Tuberculosis pulmonar, 1990-2008



Incidenia por 100 000 habitantes

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/ SSA

Gráfica 11. Incidencia de Tumor maligno de cuello del útero, 1990-2008



1990-1999: Código CIE10 (C53, D06)

Tasa por 100,000 Habitantes

2000 Código CIE10 (C53)

Tasa por 100 000 habitantes

2001-2008 Código CIE10 (C53)

Tasa por 100 000 habitantes en población femenina mayor de 14 años

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/ SSA

Desigualdades socio-sanitarias en la ciudad

En la ciudad de México, urbe moderna, concentradora de recursos y con mejores indicadores promedio de bienestar que otros territorios, se produce una fragmentación socio-territorial y se presentan condiciones de vida polarizadas, coexistiendo espacios-población muy precarios con otros cuyas condiciones materiales de vida podrían considerarse satisfactorias y que, al ser analizados en conjunto, producen un efecto de homogeneización e invisibilidad social del deterioro.

El deterioro desigual de la vida urbana, se expresa en patrones polarizados de riesgo/daño/atención según distintos espacios-población y se constituye en uno de los componentes más importante de las tendencias socio-sanitarias de los últimos 30 años.

Para documentar este proceso, se retoma una aproximación teórica y metodológica, en donde interesa analizar el peso de la espacialidad en la determinación y distribución de la enfermedad y la muerte como fenómenos colectivos. Así, se propone el acercamiento a los riesgos, los daños y la atención a la salud en términos de sus expresiones socio-territoriales (Blanco y López, 2007).

El concepto de *territorio-población* orienta la caracterización de zonas diferentes respondiendo a condiciones distintas de espacialidad. El territorio se concibe como la articulación específica del conjunto de relaciones, condiciones y procesos de reproducción de los diferentes grupos sociales en un ámbito geográfico concreto, que incluye tanto las particularidades geofísicas, el equipamiento básico, los servicios, el tipo y calidad de la vivienda, así como, las características económicas, sociales y culturales de la población ahí asentada (Blanco y Sáenz, 1994).

Este concepto además de constituirse en un recurso metodológico, permite avanzar en la construcción de mediaciones entre los determinantes más generales de la salud-enfermedad, sus expresiones concretas en poblaciones, territorios y momentos particulares y ofrece elementos para orientar la política pública.

En el contexto nacional, la ciudad de México presenta indicadores de desarrollo por arriba de la media del país. En 2005, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) ubicaba al conjunto de las delegaciones con valores entre 0.9509 en Benito Juárez (el indicador más alto del país y de la ciudad) y 0.7983 en Milpa Alta (el más bajo del DF) (PNUD, 2008).

El comportamiento del indicador de grado de desarrollo social, desarrollado por el Consejo de Evaluación del DF, expresa también condiciones heterogéneas y territorios fragmentados y el mismo fenómeno se presenta al considerar la pobreza, estimada por el método de medición integrada de la pobreza (MMIP), que en 2008 muestra que el 51% de los habitantes del DF eran pobres (4.5 millones de personas), asentados principalmente en las zonas del suroriente de la ciudad (Consejo de Evaluación DF, 2009)

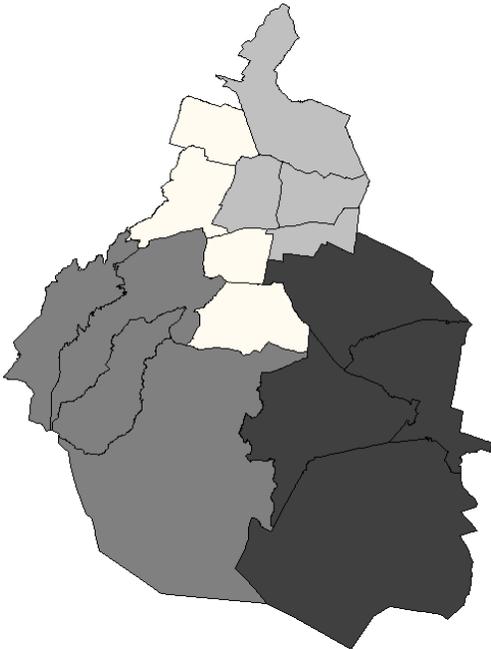
Particularmente en las delegaciones periféricas del Distrito Federal y en los municipios conurbados, se concentran poblaciones con mayor riesgo estructural para los procesos mórbidos y espacios-población vulnerabilizados por la inexistencia o insuficiencia de diversos servicios, entre ellos los de atención a la salud.

Las desigualdades socio-sanitarias se expresan con mayor claridad al analizar el comportamiento del indicador de desarrollo social para cada una de las 16 delegaciones político-administrativas que conforman la ciudad, los daños a la salud seleccionados y los recursos institucionales para su atención.

Resultados delegacionales

Se clasificaron las delegaciones por estratos según el grado de desarrollo social (GDS) de su población. La distribución identifica cuatro regiones delimitadas. Las delegaciones con mayores proporciones de espacios-población con alto grado de desarrollo social fueron las delegaciones Azcapotzalco, Benito Juárez, Coyoacán y Miguel Hidalgo, mientras que las delegaciones Iztapalapa, Tláhuac, Xochimilco y Milpa Alta presentan el menor grado de desarrollo social de la ciudad.

Imagen 5. Distribución de delegaciones por estratos según Grado de Desarrollo Social



Estrato 1. Grado de desarrollo social alto

Estrato 2. Grado de desarrollo social medio

Estrato 3. Grado de desarrollo social bajo

Estrato 4. Grado de desarrollo social muy bajo

Azcapotzalco, Benito Juárez, Coyoacán y Miguel Hidalgo (estrato I)

Este grupo está formado por cuatro delegaciones (Azcapotzalco, Benito Juárez, Coyoacán y Miguel Hidalgo) que concentran las proporciones mayores de población con alto grado de desarrollo social y cuyas condiciones de vida podrían considerarse satisfactorias. Tres de estas delegaciones presentan las menores proporciones de espacios-población considerados de muy bajo desarrollo social de todo el Distrito Federal. En Azcapotzalco el 5.81% de las manzanas tiene esta condición, mientras que Miguel Hidalgo, sólo el 3.05% y en Benito Juárez este porcentaje desciende a 0.67%. En contraste, en Coyoacán el 12.76% de los espacios-población son clasificados como de desarrollo social muy bajo.

Estas delegaciones presentan un crecimiento negativo en el periodo 1995-2000 y 2000-2005 y en Miguel Hidalgo y Benito Juárez se concentra la mayor proporción de adultos mayores de 65 años de la ciudad y el índice de envejecimiento más alto 115.1 y 78.2 respectivamente. (INEGI, 2010)

En la morbilidad por demanda de atención (2008) se identifican entre las primeras causas de enfermedad a las infecciones respiratorias agudas (IRAS), las enfermedades diarreicas (EDAS), las infecciones de vías urinarias, la amibiasis intestinal, la diabetes y la hipertensión arterial. El perfil de mortalidad en 2008, presenta un mayor peso de las defunciones por enfermedades crónicas y entre las causas de muerte destacan las enfermedades del corazón, la diabetes y los tumores malignos.

En 2008, la mortalidad infantil en Miguel Hidalgo fue de 19.9 por 1000 nacidos vivos estimados (NVE), en tanto que Azcapotzalco, Benito Juárez y Coyoacán presentan tasas de mortalidad infantil de 16.6, 17.9 y 15.3 por 1000 NVE respectivamente. Para el mismo año, la mortalidad materna fue de 9.36 por 10 000 NVE en Miguel Hidalgo, mientras que la tasa para Azcapotzalco, fue de 5.31 por 10 000 NVE, para Benito Juárez de 6.16 y de 1.34 para Coyoacán.

En relación a las defunciones por causas específicas (2008), Benito Juárez tiene las tasas más altas de la ciudad en mortalidad por enfermedades del corazón (205.4 por

100 000 hab.), tumores malignos (131.4 por 100 000 hab.) e influenza y neumonías (50.5 por 100 000 hab.). Azcapotzalco presenta tasas elevadas de mortalidad por accidentes (24.2 por 100 000 hab.).

En estas delegaciones se concentran porcentajes importantes de población derechohabiente del IMSS e ISSSTE y la capacidad instalada de estas instituciones de seguridad social también está concentrada en este grupo de delegaciones. Sin embargo, se observa un descenso de la población con derechohabiencia en Azcapotzalco y Coyoacán para el periodo 2000-2010 (INEGI, 2000; INEGI, 2010).

Para 2009, los servicios públicos de salud para atender a población sin seguridad social contaban con 35 unidades de salud de primer nivel, con coberturas altas de más de 80%. El segundo nivel de atención para esta población lo conforman los hospitales pediátricos de Azcapotzalco, Legaria, Tacubaya y Coyoacán, el hospital materno-infantil Nicolás M. Cedillo y los hospitales Generales Rubén Leñero y Xoco. Las delegaciones Miguel Hidalgo y Benito Juárez contaban con 2.85 y 3.68 médicos por 1000 hab; 4.52 y 2.91 enfermeras por 1000 hab y 1.9 y 1.5 camas censables por 1000 hab. sin seguridad social. En Azcapotzalco el indicador es de 1.36 médicos, 1.81 enfermeras y 0.25 camas por 1000 hab. Coyoacán tiene menos recursos médicos y de enfermería (0.77 y 0.75 respectivamente) y cuenta con 0.26 camas por 1000 hab.

Estas delegaciones están clasificadas con grado de desarrollo social alto, y tres de ellas concentran las mayores proporciones de ancianos de la ciudad y predomina la patología crónica. Los indicadores de recursos críticos para la atención muestran suficiente disponibilidad; sin embargo, también se manifiesta la inadecuación de los servicios públicos del 2° nivel de atención pues predominan los hospitales pediátricos y materno-infantiles. La delegación Coyoacán – a diferencia de las otras tres delegaciones de este grupo - sí presenta un déficit de recursos para la atención a la salud.

Cauhtémoc, Gustavo A. Madero Iztacalco y Venustiano Carranza (Estrato II)

En el grupo de grado de desarrollo social intermedio, se ubican cuatro delegaciones: Cauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztacalco y Venustiano Carranza. Los espacios-población clasificados con desarrollo social muy bajo varían entre 23.44% para Gustavo A. Madero, 11.02% en Venustiano Carranza, 9.47% en Iztacalco y 8.48% en Cauhtémoc.

El crecimiento poblacional es negativo en estas cuatro delegaciones y también predominan proporciones elevadas de mayores de 65 años. El índice de envejecimiento en estas delegaciones se ubica en valores intermedios entre 70.5 (Cauhtémoc) y 57.7 (Gustavo A. Madero). (INEGI, 2010)

Respecto a la mortalidad infantil en 2008, Cauhtémoc presenta la tasa más elevada de este conjunto de delegaciones (25.5 por 1000 NVE), seguido de Venustiano Carranza que presenta cifras de 22.4 por 1000 NVE. Gustavo A. Madero de 18.2 e Iztacalco de 16.7

Las cifras de mortalidad materna (2008) son muy elevadas en Venustiano Carranza (14.09 por 10 000 NVE) y en Cauhtémoc (9.61 por 10 000 NVE); en contraste, Gustavo A. Madero presenta una tasa de muerte materna de 4.75 por 10 000 NVE, e Iztacalco tiene una mortalidad materna de 3.63 por 10 000 NVE.

La morbilidad por demanda de atención es semejante a la reportada en los otros grupos de delegaciones, identificándose entre las primeras causas a las IRAS, las EDAS, la diabetes y la hipertensión arterial.

El perfil de mortalidad (2008) presenta un mayor peso de las defunciones por enfermedades crónicas y entre las causas de muerte destacan las enfermedades del corazón, la diabetes y las enfermedades del hígado. En Cauhtémoc, los accidentes (30.2 por 100 000 hab.) y las agresiones (homicidios) (18.1 por 100 000 hab.) tienen las tasas de muerte más altas de la ciudad.

En este grupo de delegaciones calificadas como intermedias según su grado de desarrollo social, destaca la elevada mortalidad por diabetes en Venustiano

Carranza e Iztacalco que las ubica en el grupo de mayor mortalidad por esta causa en la ciudad (133.7 y 129.0 por 100 000 hab. respectivamente).

La población derechohabiente se reduce en el periodo 2000-2010, en tres de las cuatro delegaciones que integran este grupo. También se observa una concentración de unidades de seguridad social en estas delegaciones, con 20 unidades de medicina familiar, 8 hospitales de 2° nivel y 9 hospitales de 3er. Nivel (IMSS, 2010).

Los servicios de salud para población sin seguridad social reportan coberturas formales en el primer nivel de atención por arriba de 80% a través de 55 centros de salud. El segundo nivel de atención para población sin seguridad social está soportado por los hospitales generales La Villa y Ticomán, pediátricos San Juan de Aragón y Villa y materno-infantil Cuauhtémoc (delegación Gustavo A. Madero). La demanda de usuarios del Estado de México sobre estos hospitales es importante: En el hospital general Villa el 23.9% de los egresos tienen residencia habitual en el estado de México, en el pediátrico del mismo nombre esta proporción es de 40.7%, mientras que en el pediátrico San Juan de Aragón es de 35.5%. (SSDF, 2010)

En Cuauhtémoc se encuentra el hospital general Gregorio Salas y el pediátrico Peralvillo, y sus indicadores son: 2.36 médicos por 1000 hab. 1.83 enfermeras por 1000 hab. y 0.45 camas por 1000 hab. sin seguridad social; mientras que en Iztacalco se ubica el pediátrico del mismo nombre y cuenta con 1.1 médicos y 1.41 enfermeras y 0.45 camas por 1000 hab.

En la delegación Venustiano Carranza existen tres unidades hospitalarias: general Balbuena, materno-infantil Inguarán y pediátrico Moctezuma, con un indicador de 2.67 médicos, 4.41 enfermeras y 1.94 camas censables por 1000 hab. sin seguridad social, sin embargo, el reporte sobre egresos hospitalarios 2010, señala que en el hospital pediátrico de Moctezuma el 42.1.6% de los egresos fueron de usuarios provenientes del Estado de México. En el mismo sentido, en Gustavo A. Madero los indicadores son de 1.21 médicos, 1.89 enfermeras y 0.89 camas por 1000 hab., pero es justamente en algunos de los hospitales de esta delegación que la demanda de la

población de los municipios conurbados es mayor. Así, el 40.7 % de los egresos del pediátrico Villa, el 35.5% del pediátrico San Juan de Aragón y el 23.9% del general Villa, reportan residencia habitual en el Estado de México (SSDF, 2010)

En este grupo de delegaciones con desarrollo social medio, predomina la población adulta y adulta mayor y la patología crónica. Existe disponibilidad de servicios, pero el 2° nivel de atención, presenta una demanda importante de usuarios del Estado de México. En el conjunto, la delegación Cuauhtémoc tiene una situación anómala, a pesar de que su desarrollo social es medio, presenta las tasas más altas de la ciudad en mortalidad infantil, mortalidad materna, defunciones por accidentes y agresiones. La tasa de mortalidad general ajustada también es la más elevada del DF (10.32 por 1000 hab. en 2008).

Álvaro Obregón, Cuajimalpa, Magdalena Contreras y Tlalpan (Estrato III)

El grupo III lo conforman las delegaciones de Álvaro Obregón, Cuajimalpa, Magdalena Contreras y Tlalpan cuya población mayoritariamente califica con un índice de desarrollo social bajo. El porcentaje de manzanas con desarrollo social muy bajo varía de 37.71% en Magdalena Contreras a 31.06% en Álvaro Obregón.

En este grupo de delegaciones el crecimiento poblacional para los periodos 1995-2000 y 2000-2005 es positivo. Predomina la población adulta, con una mediana de edad entre 30 años (Álvaro Obregón) a 28 años (Cuajimalpa) y con un índice de envejecimiento entre 48.3 y 30.3 respectivamente (INEGI, 2010)

En Cuajimalpa la mortalidad infantil es elevada (21.0 por 1000 NVE, en 2008), mientras que en Magdalena Contreras y Álvaro Obregón es de 13.9 por 10 000 NVE y de 14.5 en Tlalpan, para el mismo año.

En Tlalpan y Cuajimalpa para 2008, la mortalidad materna presentaba valores intermedios de 6.54 y de 5.92 por 10 000 NVE, mientras que Magdalena Contreras y Álvaro Obregón mantienen tasas bajas de muerte materna (2.58 y 2.72 por 10 000 NVE respectivamente).

Al igual que en otras delegaciones, en los primeros lugares de la morbilidad atendida por el sistema público de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), se ubican las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas agudas, las parasitosis intestinales, la diabetes y la hipertensión arterial.

Entre las causas de muerte más importantes (2008) destacan las enfermedades del corazón, la diabetes, los tumores malignos y la enfermedad cerebrovascular.

En Cuajimalpa y Magdalena Contreras, las coberturas formales para el primer nivel de atención son del 70%, con un total de 57 unidades de salud.

El segundo nivel de atención para la población no derechohabiente, está sostenido por los hospitales materno-infantil Cuajimalpa, Magdalena Contreras y Topilejo (Tlalpan). En Magdalena Contreras los indicadores son de 0.98 médicos, 0.82 enfermeras y 0.24 camas censables por 1000 hab. sin seguridad social; en Cuajimalpa son 0.93 médicos, 0.66 enfermeras y 0.34 camas por 1000 hab; mientras que Tlalpan presenta valores aún más bajos: 0.56 médicos, 0.6 enfermeras y 0.1 camas por 1000 hab.

En Alvaro Obregón los indicadores señalan 0.79 médicos, 1.22 enfermeras y 0.36 camas por 1000 hab. En 2007 inicia su operación el Hospital General Enrique Cabrera, hasta esa fecha, la delegación no contaba con ninguna unidad hospitalaria, presentando el mayor déficit de camas censables para población no derechohabiente de toda la ciudad.

En este grupo de delegaciones con población joven y desarrollo social bajo, se presenta una combinación de morbilidad por enfermedades infecciosas y patología crónica. En las causas de muerte destacan las enfermedades del corazón, la diabetes, los tumores malignos y la enfermedad cerebrovascular. Los indicadores de disponibilidad de servicios y las coberturas formales muestran que el sistema público de salud para atender a los habitantes sin seguridad social presenta un déficit de recursos. Esta situación se agrava por el crecimiento poblacional.

Iztapalapa, Tláhuac, Xochimilco y Milpa Alta (Grupo IV)

Estas cuatro delegaciones presentan muy bajo grado de desarrollo social y se observa que sistemáticamente se ubican en los “peores” lugares del conjunto de delegaciones. Predomina la población joven, con una mediana de edad entre 28 y 26 años (Iztapalapa y Milpa Alta respectivamente) e índices de envejecimiento de 36.7 a 26.1, lo que ubica a este grupo de delegaciones con los valores más bajos de la ciudad (INEGI, 2010).

La mayoría de las viviendas de estas delegaciones, se encuentran en territorios con insuficientes equipamientos urbanos, habitados por familias de trabajadores de bajos ingresos, así como por población subempleada y desempleada. Un problema adicional que presiona sobre la vivienda y el equipamiento básico es el incremento de la población, pues en este grupo se concentra el mayor crecimiento de la ciudad para los periodos 1995-2000 y 2000-2005 (por arriba de 3%).

Estas condiciones contribuyen al perfil de morbilidad caracterizado por el predominio de enfermedades infecto-contagiosas y carenciales. En particular, Milpa Alta tiene la incidencia más alta de enfermedades diarreicas de la ciudad, mientras que Xochimilco y Tláhuac ocupan el tercer y cuarto lugar en morbilidad por este tipo de patología.

En estas delegaciones predominan las enfermedades respiratorias agudas y entre las 20 principales causas de muerte todavía aparecen las IRAS. En 2008, Milpa Alta y Xochimilco presentan tasas de muerte por influenza y neumonía de 18.9 y 14.5 por 100 000 hab. respectivamente.

Respecto al problema de las enfermedades carenciales en menores de 5 años, se observa que las delegaciones de Milpa Alta y Tláhuac presentan la mayor frecuencia de estos padecimientos y entre las causas de muerte en 2008, aparece la desnutrición y otras deficiencias nutricionales, con tasas de 5.5 por 100 000 hab. en Milpa Alta, 5.2 en Tláhuac, 4.5 en Xochimilco y 3.1 en Iztapalapa.

En Milpa Alta y Xochimilco, la mortalidad infantil es elevada (20.7 y 18.8 por 1000 NVE respectivamente). Tláhuac e Iztapalapa tienen cifras de 12.4 y 15.9 por 1000 NVE respectivamente. La mortalidad materna en Milpa Alta es de las más elevadas en la ciudad (8.30 por 10 000 NVE), en Iztapalapa es de 5.66, mientras que Tláhuac tiene un indicador de muerte materna de 2.92 y Xochimilco de 1.43 por 10 000 NVE.

En las delegaciones de Xochimilco, Tláhuac y Milpa Alta, se concentran las proporciones mayores de población menor de 20 años y los menores porcentajes de adultos de 65 y más años. Sin embargo, a pesar de tener una población predominantemente joven, en los lugares 5° y 7° de la morbilidad atendida en los servicios de la SSDF, se ubican la diabetes y la hipertensión arterial. En el perfil de mortalidad (2008), las defunciones por diabetes *mellitus*, enfermedades del corazón, afecciones perinatales y enfermedad cerebrovascular se ubican entre las principales causas de muerte.

En Iztapalapa la proporción de población menor de 20 años fue de casi 30%, mientras que el porcentaje de adultos de 65 y más años se ubica alrededor de 5%. Sin embargo, en números absolutos, en Iztapalapa se concentra el mayor número de adultos mayores del DF.

La población con derechohabiencia al IMSS o al ISSSTE es reducida en tres de las cuatro delegaciones que integran este grupo. Sólo Iztapalapa tiene un porcentaje importante de población derechohabiente, que disminuye ligeramente en el periodo 2000-2010. A pesar de tener el porcentaje más alto de la ciudad de derechohabientes del IMSS, esta delegación sólo cuenta con cinco unidades de medicina familiar y dos hospitales de 2° nivel para su atención.

El sistema público de salud que atiende a población sin seguridad social es insuficiente para enfrentar la complejidad epidemiológica. En estas delegaciones existen 57 unidades de primer nivel de atención y las coberturas formales varían de 57% en Iztapalapa a 65-70% en las otras tres delegaciones.

Los indicadores de médicos y camas censables presentan un déficit importante, considerando los estándares internacionales de 1 médico por 1000 hab. y 1 cama censable por 1000 hab

En estas delegaciones en donde predomina población sin seguridad social laboral, las unidades para soportar la atención de 2º nivel de la población son insuficientes: el hospital general de Milpa Alta, el materno-infantil de Tláhuac y el hospital materno-pediátrico de Xochimilco, los hospitales general Iztapalapa, pediátrico Iztapalapa y de apertura en 2005 el Hospital de Especialidades en Iztapalapa.

En Milpa Alta los indicadores son de 1.08 médicos, 2.22 enfermeras y 0.52 camas por 1000 hab; Xochimilco tiene 0.77 médicos, 1.24 enfermeras y 0.42 camas por 1000 hab; Iztapalapa 0.62 médicos, 1.16 enfermeras y 0.4 camas por 1000 hab. y Tláhuac 0.71 médicos, 1.02 enfermeras y 0.17 camas por 1000 hab.

En conjunto en estas delegaciones consideradas con grado de desarrollo muy bajo, las infecciones respiratorias agudas todavía aparecen entre las 20 principales causas de muerte, también se identifica mortalidad por desnutrición e incidencia alta de enfermedades diarreicas. Simultáneamente las defunciones por enfermedades crónicas están presentes en los primeros lugares de mortalidad. La disponibilidad de servicios es insuficiente y las coberturas formales son las más bajas de la ciudad.

Cuadro 3. Población total, edad mediana, relación hombres-mujeres e índice de envejecimiento por delegación según sexo, 2010

Delegación	Población total ¹			Edad mediana ²			Relación hombres-mujeres	Índice de envejecimiento		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres		Total	Hombres	Mujeres
Total	8,851,080	4,233,783	4,617,297	31	29	32	91.69	51.8	43.03	60.85
Álvaro Obregón	727,034	346,041	380,993	30	29	32	90.83	48.28	40.47	56.31
Azcapotzalco	414,711	196,053	218,658	33	31	35	89.66	69.41	56.72	82.52
Benito Juárez	385,439	176,410	209,029	36	35	38	84.39	115.12	85.57	145.46
Coyoacán	620,416	292,491	327,925	34	32	35	89.19	76.63	63.96	89.8
Cuajimalpa	186,391	88,642	97,749	28	27	28	90.68	30.28	26.74	33.91
Cuauhtémoc	531,831	251,725	280,106	33	31	34	89.87	70.5	55.25	86.24
Gustavo A. Madero	1,185,772	571,233	614,539	31	30	33	92.95	57.67	48.25	67.35
Iztacalco	384,326	182,534	201,792	32	31	34	90.46	63.3	52.42	74.39
Iztapalapa	1,815,786	880,998	934,788	28	27	29	94.25	36.7	31.75	41.81
La Magdalena Contreras	239,086	114,492	124,594	30	28	31	91.89	42.01	35.51	48.69
Miguel Hidalgo	372,889	172,667	200,222	34	33	35	86.24	78.27	61.42	95.55
Milpa Alta	130,582	64,192	66,390	26	25	27	96.69	26.09	23.78	28.51
Tláhuac	360,265	175,210	185,055	27	26	28	94.68	27.89	24.39	31.56
Tlalpan	650,567	312,139	338,428	30	28	31	92.23	44.96	38.53	51.64
Venustiano Carranza	430,978	203,651	227,327	32	30	34	89.59	65.02	52.02	78.33
Xochimilco	415,007	205,305	209,702	28	28	29	97.9	37.05	32.33	41.96

¹ Incluye una estimación de población a nivel de la entidad federativa de 193 491 personas que corresponden a 64 497 viviendas sin información de ocupantes.

² Para calcular la edad mediana se excluye a la población con edad no especificada.

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.

Mortalidad General

Cuadro 4. Tasa de mortalidad general por delegación política del Distrito Federal, 2000-2008

Delegación	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total del Distrito Federal	5.3	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.7	5.8	5.9
Azcapotzalco	5.9	6.2	6.1	6.5	6.6	6.9	6.6	7	7.1
Coyoacán	4.9	5.2	5.2	5.2	5.6	5.5	5.6	6.2	6
Cuajimalpa	4.1	3.8	4.1	3.9	3.9	4.3	4.2	4.1	4.2
Gustavo A. Madero	5.6	5.7	5.7	5.9	6.1	6.3	6.3	6.4	6.8
Iztacalco	5.8	6	5.8	6.2	6.2	6.4	6.3	6.5	6.7
Iztapalapa	4.1	4.1	4.1	4.3	4.3	4.4	4.5	4.7	4.8
Magdalena Contreras	4.8	4.9	4.8	4.7	4.7	4.9	5	4.9	4.8
Milpa Alta	4.5	3.9	4.1	4.1	3.9	4	3.7	4.1	4
Álvaro Obregón	4.9	5	4.9	5.2	5.2	5.1	5.3	5.2	5.3
Tláhuac	3.6	3.7	3.9	3.7	3.4	3.8	3.9	3.8	3.7
Tlalpan	3.9	4.1	4.1	4.1	4.2	4.3	4.5	4.5	4.8
Xochimilco	4.2	3.9	4.2	4.5	4.4	4.5	4.4	4.5	4.6
Benito Juárez	7.7	7.7	7.8	7.9	7.6	8.3	7.8	8.2	7.8
Cuauhtémoc	8.3	8.5	8.5	8.9	8.7	8.2	8.1	8.7	8.8
Miguel Hidalgo	7.4	7.2	7	7.4	7.6	7.5	7.3	7.3	7.5
Venustiano Carranza	6.5	6.5	6.6	7	7	7	7.1	7.4	7.7

Tasa por 1,000 habitantes

Fuente: INEGI/SSDF (Dirección de Información en Salud)

Cuadro 5. Tasas de mortalidad general por delegación política del Distrito Federal; 1990, 2000 y 2008.

Delegación Política	Tasa de Mortalidad General1990	Tasa de Mortalidad General2000	General 2008
Azcapotzalco	5.7	5.9	7.1
Coyoacán	4.1	4.9	6
Cuajimalpa de Morelos	4.5	4.1	4.2
Gustavo A. Madero	5.5	5.6	6.8
Iztacalco	5.2	5.8	6.7
Iztapalapa	4	4.1	4.8
Magdalena Contreras	4.1	4.8	4.8
Milpa Alta	5.8	4.5	4
Álvaro Obregón	4.8	4.9	5.3
Tláhuac	3.8	3.6	3.7
Tlalpan	3.8	3.9	4.8
Xochimilco	4.6	4.2	4.6
Benito Juárez	7.2	7.7	7.8
Cuauhtémoc	8.3	8.3	8.8
Miguel Hidalgo	8.2	7.4	7.5
Venustiano Carranza	6	6.5	7.7

* Tasa por 1,000 habitantes

Fuente: INEGI/SSDF (Dirección de Información en Salud)

Cuadro 6. Mortalidad general bruta y ajustada 1990

Población	Tasa bruta	Tasa ajustada	IC (95%)	
Azcapotzalco	5.7	7.5	7.2	7.8
Coyoacán	4.1	6.1	5.8	6.3
Cuajimalpa de Morelos	4.5	7.8	7	8.5
Gustavo A. Madero	5.5	7.8	7.6	8
Iztacalco	5.2	7.5	7.2	7.8
Iztapalapa	4	6.8	6.6	7
Magdalena Contreras,	4.1	6.5	6	7
Milpa Alta	5.8	8.7	7.7	9.6
Álvaro Obregón	4.8	7.3	7.1	7.6
Tláhuac	3.8	6.4	5.9	6.9
Tlalpan	3.8	6.5	6.1	6.8
Xochimilco	4.6	7.4	6.9	7.8
Benito Juárez	7.2	7.2	7	7.6
Cauhtémoc	8.3	9.3	9	9.5
Miguel Hidalgo	8.2	9.1	8.7	9.4
Venustiano Carranza	6	7.7	7.4	8

Cuadro 7. Mortalidad general bruta y ajustada 2008

Población	Tasa bruta	Tasa ajustada	IC (95%)	
Azcapotzalco	7.1	8.8	8.52	9.08
Coyoacán	6	7.6	7.38	7.82
Cuajimalpa de Morelos	4.2	7.85	7.27	8.42
Gustavo A. Madero	6.8	8.81	8.64	8.98
Iztacalco	6.7	8.41	8.12	8.69
Iztapalapa	4.8	8.13	7.96	8.3
Magdalena Contreras,	4.8	7.4	6.98	7.82
Milpa Alta	4	7.22	6.57	7.88
Álvaro Obregón	5.3	7.84	7.6	8.07
Tláhuac	3.7	6.92	6.54	7.3
Tlalpan	4.8	7.44	7.18	7.7
Xochimilco	4.6	7.66	7.33	8
Benito Juárez	7.8	7.82	7.57	8.07
Cuauhtémoc	8.8	10.07	9.83	10.32
Miguel Hidalgo	7.5	8.43	8.15	8.71
Venustiano Carranza	7.7	9.28	8.99	9.56

Reducción de diferenciales en mortalidad materna e infantil

La mortalidad materna sigue siendo un problema en la ciudad, sin embargo la reducción de las tasas de muerte entre 1990 y 2008 es importante. Más notable resulta la disminución de los diferenciales de muerte materna entre delegaciones. El caso de Milpa Alta ilustra esta situación, pues reduce su riesgo relativo y la razón de riesgo frente a Benito Juárez, pasando de 16.99 en 1990 a 1.35 en 2008 (Cuadros 8 y 9 e imagen 6)

La mortalidad infantil presenta un comportamiento semejante. En la ciudad se reduce la tasa de muerte en menores de un año y se reduce el diferencial entre delegaciones. La razón de riesgo de Milpa Alta frente a Benito Juárez pasa de 2.67 en 1990 a 1.16 en 2008 (Cuadros 10 y 11 e imagen 6)

Mortalidad materna.

Cuadro 8. Mortalidad materna por delegación política del Distrito Federal; 1990, 2000 y 2008

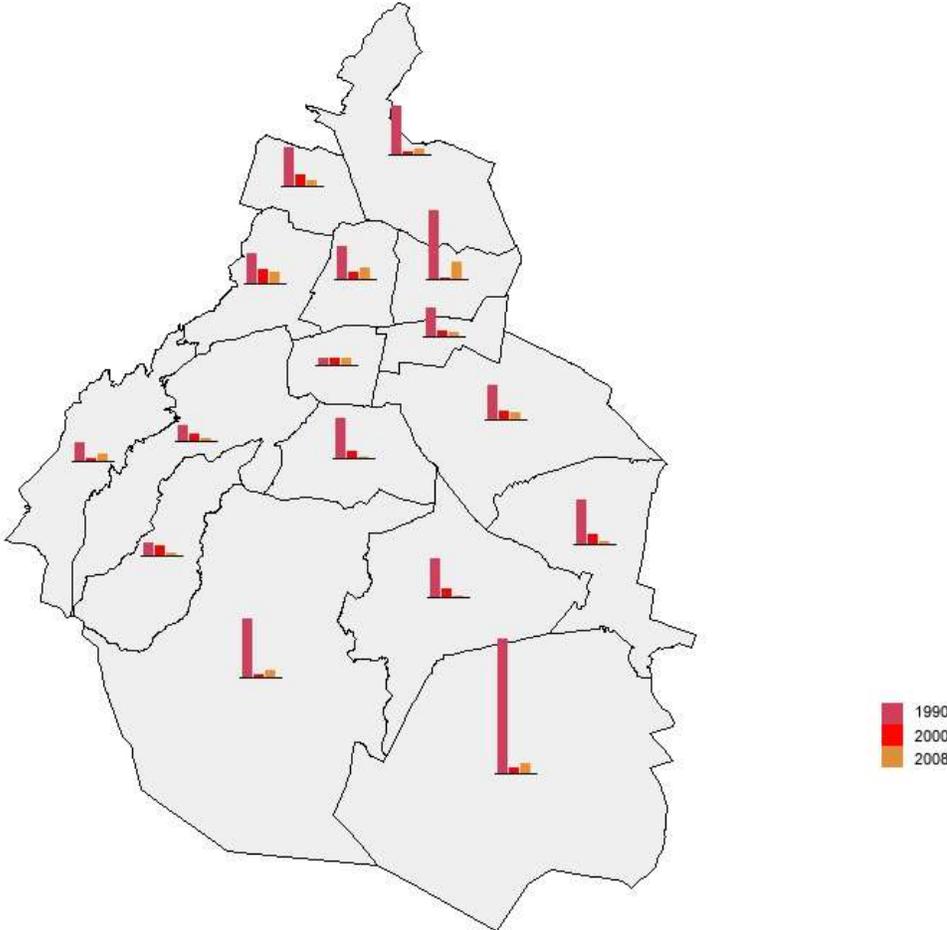
Delegación Política	1990	2000	2008
Azcapotzalco	61.5	88.4	53.1
Coyoacán	64.5	56.6	13.4
Cuajimalpa de Morelos	30.7	28.3	59.2
Gustavo A. Madero	79.4	30.1	47.5
Iztacalco	47	53.1	36.3
Iztapalapa	56.3	75.9	56.6
Magdalena Contreras, La	20.8	86.9	25.8
Milpa Alta	214.1	49.7	83
Álvaro Obregón	25.6	60.1	27.2
Tláhuac	71.3	85.1	29.2
Tlalpan	95.5	26.5	65.4
Xochimilco	61.5	65.7	14.3
Benito Juárez	12.6	60.1	61.6
Cuauhtémoc	53.7	59.9	96.1
Miguel Hidalgo	49	110.1	93.6
Venustiano Carranza	110.4	12.7	140.9

Cuadro 9. Razón de riesgo de mortalidad materna por delegación política del Distrito Federal, 1990, 2000 y 2008.

Delegación Política	1990	2000	2008
Azcapotzalco	4.88	1.47	0.86
Coyoacán	5.12	0.94	0.22
Cuajimalpa de Morelos	2.44	0.47	0.96
Gustavo A. Madero	6.3	0.5	0.77
Iztacalco	3.73	0.88	0.59
Iztapalapa	4.47	1.26	0.92
Magdalena Contreras, La	1.65	1.45	0.42
Milpa Alta	16.99	0.83	1.35
Álvaro Obregón	2.03	1	0.44
Tláhuac	5.66	1.42	0.47
Tlalpan	7.58	0.44	1.06
Xochimilco	4.88	1.09	0.23
Benito Juárez	1	1	1
Cuauhtémoc	4.26	1	1.56
Miguel Hidalgo	3.89	1.83	1.52
Venustiano Carranza	8.76	0.21	2.29

Fuente: Elaboración propia.

Imagen 6. Riesgo relativo de mortalidad materna por delegación política del Distrito Federal; 1990, 2000 y 2008.



Cuadro 10. Mortalidad infantil por delegación política del Distrito Federal; 1990, 2000 y 2008.

Delegación Política	1990	2000	2008
Azcapotzalco	23.8	16.5	16.6
Coyoacán	19	15.4	15.3
Cuajimalpa de Morelos	35.4	20.9	21
Gustavo A. Madero	28	18.2	18.2
Iztacalco	25	21.5	16.7
Iztapalapa	29.5	18.8	15.9
Magdalena Contreras, La	31.2	17.8	13.9
Milpa Alta	59.2	22.4	20.7
Álvaro Obregón	29.6	18.7	13.9
Tláhuac	31.2	18.9	12.4
Tlalpan	26.1	17.8	14.5
Xochimilco	33.7	20.2	18.8
Benito Juárez	22.2	14.4	17.9
Cuauhtémoc	24.3	17.1	25.5
Miguel Hidalgo	68.1	34	19.9
Venustiano Carranza	23.9	23.5	22.4

Tasa por 1,000 Nacidos vivos estimados por CONAPO

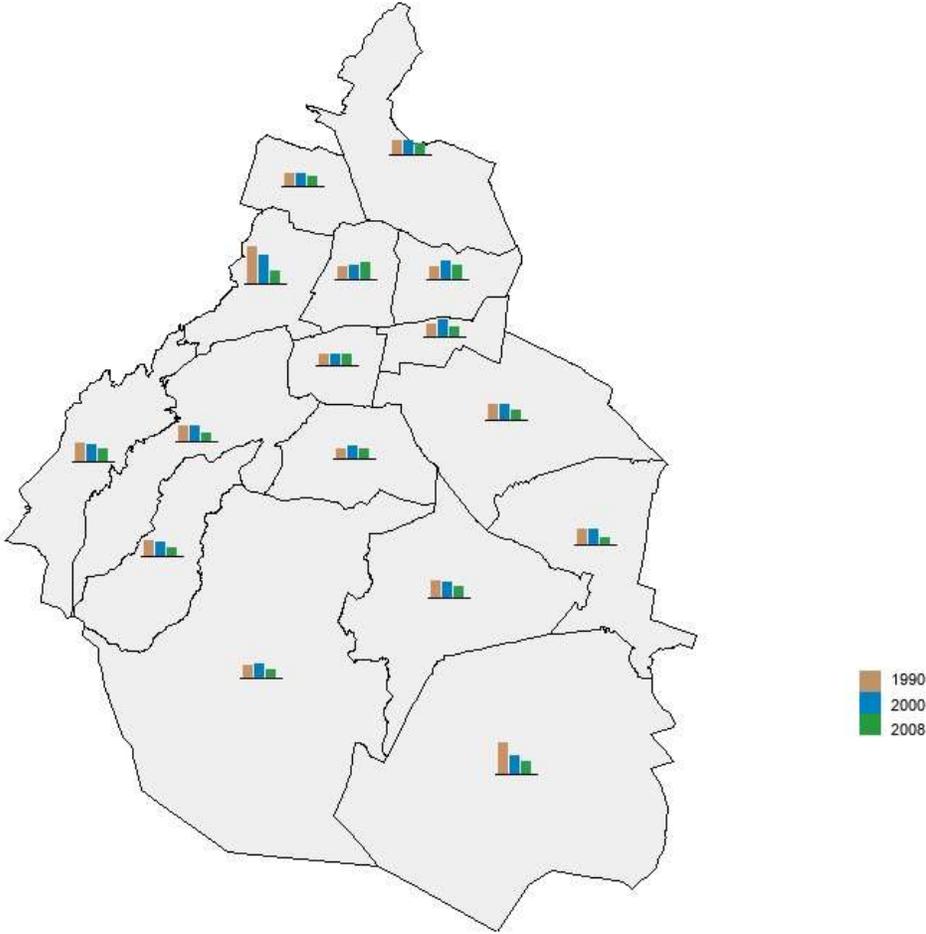
Fuente: INEGI/SSDF (Dirección de Información en Salud)

Cuadro 11. Razón de riesgo de mortalidad infantil por delegación política del Distrito Federal, 1990, 2000 y 2008.

Delegación Política	1990	2000	2008
Azcapotzalco	1.07	1.15	0.93
Coyoacán	0.86	1.07	0.85
Cuajimalpa de Morelos	1.59	1.45	1.17
Gustavo A. Madero	1.26	1.26	1.02
Iztacalco	1.13	1.49	0.93
Iztapalapa	1.33	1.31	0.89
Magdalena Contreras, La	1.41	1.24	0.78
Milpa Alta	2.67	1.56	1.16
Álvaro Obregón	1.33	1.3	0.78
Tláhuac	1.41	1.31	0.69
Tlalpan	1.18	1.24	0.81
Xochimilco	1.52	1.4	1.05
Benito Juárez	1	1	1
Cuauhtémoc	1.09	1.19	1.42
Miguel Hidalgo	3.07	2.36	1.11
Venustiano Carranza	1.08	1.63	1.25

Fuente: Elaboración propia

Imagen 7. Riesgo relativo de mortalidad infantil por delegación política del Distrito Federal; 1990, 2000 y 2008.



Fuente: Elaboración propia

Cuadro 12. Mortalidad preescolar por delegación política del Distrito Federal; 1990, 2000 y 2008.

Delegación Política	1990	2000	2008
Azcapotzalco	0.9	0.8	0.6
Coyoacán	0.8	0.4	0.4
Cuajimalpa de Morelos	1.3	0.8	0.7
Gustavo A. Madero	1	0.6	0.5
Iztacalco	1	0.7	0.5
Iztapalapa	1.2	0.6	0.6
Magdalena Contreras	0.8	0.2	0.7
Milpa Alta	2.3	0.9	0.3
Álvaro Obregón	0.8	0.6	0.5
Tláhuac	1	0.5	0.6
Tlalpan	0.8	0.7	0.6
Xochimilco	0.9	0.6	0.5
Benito Juárez	0.8	0.3	0.5
Cuauhtémoc	0.8	0.5	0.8
Miguel Hidalgo	1	0.9	0.5
Venustiano Carranza	0.7	0.4	0.6

Tasa por 1,000 habitantes de 1 a 4 años de edad, en base a proyecciones de CONAPO

Fuente: INEGI/SSDF (Dirección de Información en Salud)

Cuadro 13. Mortalidad escolar por delegación política del Distrito Federal; 1990, 2000 y 2008.

Delegación Política	1990	2000	2008
Azcapotzalco	0.4	0.3	0.2
Coyoacán	0.2	0.2	0.2
Cuajimalpa de Morelos	0.2	0.2	0.2
Gustavo A. Madero	0.3	0.3	0.2
Iztacalco	0.4	0.2	0.3
Iztapalapa	0.3	0.3	0.3
Magdalena Contreras	0.4	0.2	0.2
Milpa Alta	0.8	0.4	0.3
Álvaro Obregón	0.3	0.3	0.3
Tláhuac	0.2	0.2	0.2
Tlalpan	0.4	0.3	0.2
Xochimilco	0.6	0.3	0.3
Benito Juárez	0.3	0.2	0.2
Cuauhtémoc	0.4	0.2	0.3
Miguel Hidalgo	0.4	0.4	0.4
Venustiano Carranza	0.3	0.2	0.2

Fuente: INEGI/SSDF (Dirección de Información en Salud)
Tasa por 1,000 habitantes de 5 a 14 años de edad, en base a proyecciones de CONAPO

Cuadro 14. Mortalidad en edad productiva por delegación política del Distrito Federal; 1990, 2000 y 2008.

Delegación Política	1990	2000	2008
Azcapotzalco	3.23	2.9	3.3
Coyoacán	2.2	2.3	2.6
Cuajimalpa de Morelos	3	2.6	2.1
Gustavo A. Madero	3.3	2.9	3.3
Iztacalco	3.23	2.9	3.3
Iztapalapa	2.6	2.6	2.8
Magdalena Contreras	2.5	2.9	2.4
Milpa Alta	3.3	3	1.8
Álvaro Obregón	2.7	2.6	2.6
Tláhuac	2.6	2.3	2.3
Tlalpan	2.3	2.2	2.5
Xochimilco	2.8	2.4	2.6
Benito Juárez	3	2.7	2.6
Cuauhtémoc	5	4.7	4.4
Miguel Hidalgo	3.7	3	2.9
Venustiano Carranza	3.4	3.2	3.7

Fuente: INEGI/SSDF (Dirección de Información en Salud)
Tasa por 1,000 habitantes de 15 a 64 años de edad, en base a proyecciones de CONAPO

Cuadro 15. Mortalidad en edad postproductiva por delegación política del Distrito Federal; 1990, 2000 y 2008.

Delegación Política	1990	2000	2008
Azcapotzalco	53.6	53.1	51.5
Coyoacán	43.9	47.1	45.9
Cuajimalpa de Morelos	53.3	49.7	50.7
Gustavo A. Madero	53.8	53.4	51.4
Iztacalco	52.2	50.8	48.1
Iztapalapa	47.2	49.2	49
Magdalena Contreras	44.5	49.8	45.6
Milpa Alta	57.3	51.2	47.3
Álvaro Obregón	52.6	51.1	48
Tláhuac	43.4	47.9	42.3
Tlalpan	45.8	45.9	45.2
Xochimilco	50.9	51.3	46.2
Benito Juárez	50.6	53.6	47.4
Cuauhtémoc	56.2	57.6	54.5
Miguel Hidalgo	55.4	54.2	50.6
Venustiano Carranza	52.8	53.3	52.4

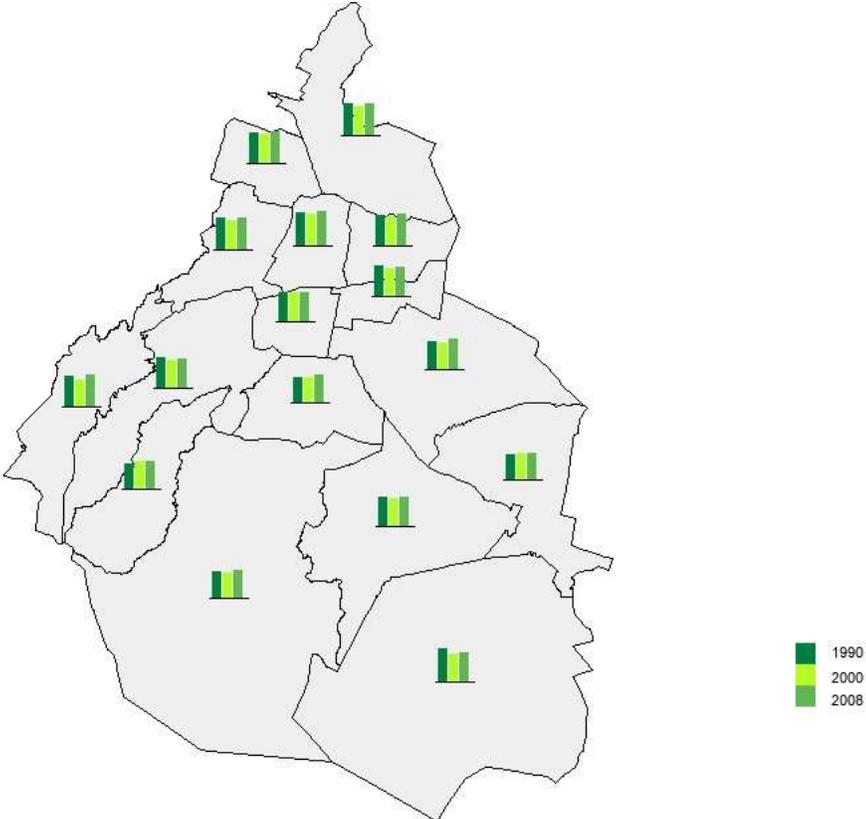
Fuente: INEGI/SSDF (Dirección de Información en Salud)
Tasa por 1,000 habitantes de 64 años y más, en base a proyecciones de CONAPO

Cuadro 16. Razón de riesgo de mortalidad en edad postproductiva (mayores de 65 años) por delegación política del Distrito Federal, 1990, 2000 y 2008.

Delegación Política	1990	2000	2008
Azcapotzalco	1.06	0.99	1.09
Coyoacán	0.87	0.88	0.97
Cuajimalpa de Morelos	1.05	0.93	1.07
Gustavo A. Madero	1.06	1	1.08
Iztacalco	1.03	0.95	1.01
Iztapalapa	0.93	0.92	1.03
Magdalena Contreras, La	0.88	0.93	0.96
Milpa Alta	1.13	0.96	1
Álvaro Obregón	1.04	0.95	1.01
Tláhuac	0.86	0.89	0.89
Tlalpan	0.91	0.86	0.95
Xochimilco	1.01	0.96	0.97
Benito Juárez	1	1	1
Cuauhtémoc	1.11	1.07	1.15
Miguel Hidalgo	1.09	1.01	1.07
Venustiano Carranza	1.04	0.99	1.11

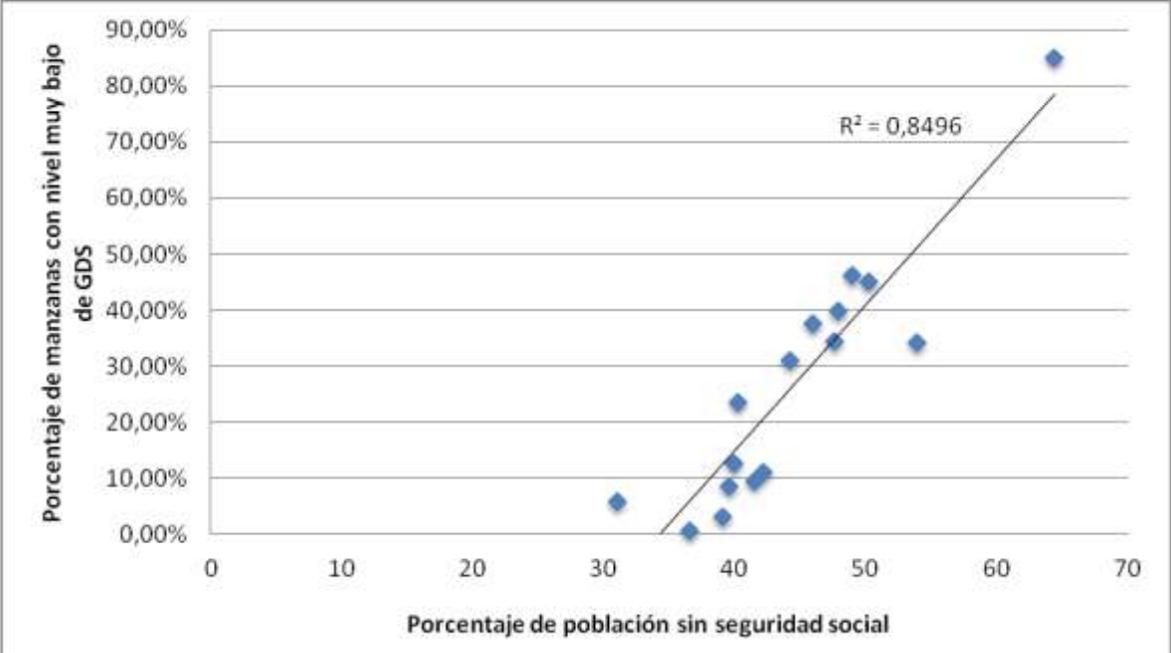
Fuente: Elaboración propia

Imagen 8. Riesgo relativo de mortalidad en edad postproductiva por delegación política del Distrito Federal; 1990, 2000 y 2008.



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 12. Población sin seguridad social y porcentaje de manzanas con GDS muy bajo



Cuadro 17. Trabajadores de la salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal por delegación política, 2009

Delegación	Médicos por 1000 hab.	Enfermeras por 1000 hab.	Enfermeras por Médico	Camas por 1000 hab.	Consultorios por 1000 hab.
Azcapotzalco	1.36	1.81	0.75	0.25	0.68
Coyoacán	0.77	0.75	1.04	0.26	0.5
Cuajimalpa de Morelos	0.93	0.66	1.4	0.34	0.4
Gustavo A. Madero	1.21	1.89	0.64	0.89	0.51
Iztacalco	1.1	1.41	0.78	0.45	0.45
Iztapalapa	0.62	1.16	0.53	0.4	0.25
Magdalena Contreras, La	0.98	0.82	1.19	0.24	0.42
Milpa Alta	1.06	2.22	0.48	0.52	0.65
Álvaro Obregón	0.79	1.22	0.65	0.36	0.3
Tláhuac	0.71	1.02	0.69	0.17	0.41
Tlalpan	0.56	0.6	0.93	0.1	0.33
Xochimilco	0.77	1.24	0.62	0.42	0.36
Benito Juárez	3.68	2.91	1.26	1.5	0.47
Cuauhtémoc	2.36	1.83	1.29	0.45	1.11
Miguel Hidalgo	2.85	4.52	0.63	1.9	0.92
Venustiano Carranza	2.67	4.41	0.6	1.94	0.85

Fuente: Agenda estadística 2009, Dirección de Información en Salud, SSDF.

Cuadro 18. Unidades de consulta externa y primer nivel de atención de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2009.

Delegación	Total de Unidades	Total consulta externa	Centros de Salud	Agencias Ministerio Público	Clínicas de Especialidad	Unidades móviles	Caravanas de Salud Comunidades Adolescentes	Comunidades adolescentes
Azcapotzalco	18	16	14	2	0	0	0	0
Coyoacán	17	16	12	4	0	0	0	0
Cuajimalpa	13	12	11	1	0	0	0	0
Gustavo A. Madero	45	39	31	6	0	1	1	0
Iztacalco	8	7	5	2	0	0	0	0
Iztapalapa	42	37	22	7	2	3	3	0
Magdalena Contreras	12	11	9	1	0	0	1	0
Milpa Alta	13	12	11	1	0	0	0	0
Álvaro Obregón	21	20	16	2	0	1	1	0
Tláhuac	17	16	12	2	1	1	0	0
Tlalpan	29	27	21	3	0	0	0	3
Xochimilco	17	15	12	1	2	0	0	0
Benito Juárez	10	9	4	3	0	0	0	2
Cuauhtémoc	23	21	5	8	7	0	0	1
Miguel Hidalgo	12	9	5	4	0	0	0	0
Venustiano Carranza	25	22	14	4	2	2	0	0

Fuente: Agenda estadística 2009, Dirección de Información en Salud, SSDF.

Cuadro 19. Unidades de atención hospitalaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2009.

Delegación	Total hospitales	Hospitales Especialidades	Hospitales Generales	Hospitales Pediátricos	Hospitales Materno Infantiles	Reclusorios
Azcapotzalco	2	0	0	1	1	0
Coyoacán	1	0	0	1	0	0
Cuajimalpa	1	0	0	0	1	0
Gustavo A. Madero	6	0	2	2	1	1
Iztacalco	1	0	0	1	0	0
Iztapalapa	5	1	1	1	0	2
Magdalena Contreras	1	0	0	0	1	0
Milpa Alta	1	0	1	0	0	0
Álvaro Obregón	1	0	1	0	0	0
Tláhuac	1	0	0	0	1	0
Tlalpan	2	0	0	0	1	1
Xochimilco	2	0	0	0	1	1
Benito Juárez	1	0	1	0	0	0
Cuauhtémoc	2	0	1	1	0	0
Miguel Hidalgo	3	0	1	2	0	0
Venustiano Carranza	3	0	1	1	1	0

Fuente: Agenda estadística 2009, Dirección de Información en Salud, SSDF.

Cuadro 20. Egresos de pacientes del Estado de México por hospital 2001 – 2010¹.

Hospitales	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010 ^{1/}	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%										
H.E. Belisario Domínguez									346	8.4	509	6.9	355	4.6	367	4.7	281	3.6	146	3.3
H.G. Enrique Cabrera													138	2.2	202	2.4	161	2.1	51	1.2
H.G. Rubén Leñero	0	0	507	26.1	945	22.9	1,022	22.9	1,162	24.6	1,033	22.3	959	21.5	927	21.6	819	20.2	295	19.4
H.G. Xoco	853	11	823	10.2	617	8.1	540	8.1	614	8.1	563	7.1	460	7	534	7.3	578	7.4	241	6.7
H.G. Villa	2,395	44.7	2,333	41.7	2,4	37.5	2,636	38.8	2,584	36.8	2,286	33	2,050	30.7	1,756	27.9	1,230	24.3	681	23.9
H.G. Balbuena	2,464	31.6	1,841	23.4	1,444	20.2	1,511	20.1	1,822	21.7	1,542	19.7	1,017	16.7	908	13.6	756	13.4	416	13.4
H.G. Gregorio Salas	285	12.3	238	8.3	259	8.3	264	7.7	372	8	362	7.1	270	5.2	203	4.7	135	3.4	24	4.9
H.G. Iztapalapa	51	0.5	641	6	886	8.3	309	2.8	430	4.3	334	3.5	160	1	308	2.7	145	1.2	75	1.7
H.G. Milpa Alta	564	7.8	494	6.9	412	7	541	8.2	515	7.2	666	7.7	352	6.3	267	4.1	182	3	84	2.7
H.G. Ticomán	904	12.1	3,118	37.2	3,397	38	3,014	33.7	2,921	38.3	1,781	34.9	1,792	28.1	1,912	22.9	2,038	24	701	16.7
H.P. Azcapotzalco	339	39.9	527	42.8	307	35.7	312	40.6	273	33.5	312	29.7	446	35.4	406	29.3	369	27.1	158	25.4
H.P. Coyoacán	301	11.6	326	11.2	233	9.6	287	10.6	233	9.7	197	8.3	190	6.9	203	8.2	236	9.6	82	8.6
H.P. Villa	1,570	66.3	1,710	61.5	1,531	55.4	1,446	58.5	1,277	56.9	1,039	53	1,307	52.8	1,231	48.6	809	42.9	413	40.7
H.P. Legaria	1,337	52.9	1,436	53.7	1,356	50.5	1,478	53.9	1,350	53.6	1,130	51.2	1,367	50.2	1,341	45.4	1,211	44	714	52
H.P. Iztacalco	826	30.3	931	28.9	1,071	36.5	980	32.9	373	21.5	347	18.2	614	22.2	946	28.8	747	25.4	395	23.9
H.P. Iztapalapa	281	12.1	423	14.1	365	12.1	458	15.1	454	14.7	309	12.8	292	10	255	10.3	312	12.1	123	10.3
H.P. Moctezuma	1,629	52.7	1,822	53.6	1,354	52.6	1,627	51.7	1,873	53.6	1,954	50.5	2,061	45.3	2,100	41.6	2,037	41.6	1,019	42.1
H.P. Peralvillo	437	30.9	451	28.1	420	24.4	458	27.7	474	25.6	372	25.2	361	24.7	346	20.1	266	18.3	103	16.1
H.P. San Juan de Aragón	759	44	833	43.5	714	40.5	1,214	45.4	1,515	44.1	1,028	40.3	960	37.4	886	33.9	794	31.2	493	35.5
H.P. Tacubaya	616	37.2	770	35.5	814	34.6	826	33.6	782	30.8	772	28.3	712	27	415	29.1	484	21.6	298	24.4
H.M.I. Inguarán	2,683	36.6	3,291	30.7	3,256	25	3,898	27.4	3,705	28	2,428	23.3	2,098	16.9	988	12.1	1,009	9.6	472	8.8
H.M.I. Topilejo	0	0	8	0.6	10	0.3	6	0.2	8	0.4	3	0.1	7	0	3	0.1	7	0.2	2	0.1
H.M.I. Magdalena Contreras	9	0.4	28	1.1	20	0.7	4	0.2	1	0	1	0.2	4	0.1	4	0.1	9	0.2	0	0
H.M.I. Cuauhtepac	0	0	0	0	0	0	75	4.2	130	3.6	0	0	569	6.5	523	10.3	503	12	53	8.2
H.M.I. Tiáhuac	1,370	25	1,737	25.6	1,637	25.9	1,303	19.9	1,008	17	351	17.3	599	15	465	8.7	384	7.1	186	7.8
H.M.I. Nicolás M. Cedillo	526	23.2	656	25	632	22.8	783	28.4	737	28.6	690	27.7	0	0	511	22.4	680	21	319	19.6
H.M.I. Cuajimalpa	54	8.6	183	13	239	9.5	354	10.9	333	8.7	347	8.6	550	10.9	325	8.9	188	6.2	53	4
H.M.P. Xochimilco	283	13.2	234	10	188	8.9	67	2.3	112	2.3	113	2.2	89	2.1	440	1.5	58	1.2	27	1.1
H. en Reclusorios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	20,536	22.3	25,361	23.4	24,507	21.9	25,413	21.6	25,404	20.4	20,469	17.3	19,779	15	18,772	14	16,428	12.4	7,624	12.3

¹ Información preliminar a Junio 2010.

Fuente: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) 2010.

Nota: Porcentaje respecto al total de egresos de cada hospital

Cuadro 21. Unidades médicas por tipo y delegación 2010 ¹.

Delegación	Total de Unidades	Consulta externa							Hospitales						
		Total	Centros de Salud	Agencia de Ministerio Público	Clinicas de Especialidades	Unidades móviles	Caravanas de la Salud	Comunidades para Adolescentes	UNEMES CAPA	Total	Especialidades	Generales	Pediátricos	Materno Infantiles	Reclusorios
Azcapotzalco	21	19	14	3				2	2			1	1		
Coyoacán	20	19	12	5				2	1			1			
Cuajimalpa	15	14	11	1				1	1				1		
Gustavo A. Madero	50	44	31	7		1	1	4	6		2	2	1	1	
Iztacalco	9	8	5	2				1	1			1			
Iztapalapa	50	45	22	9	2	3	4	5	5	1	1	1		2	
Magdalena Contreras	15	14	9	2				2	1				1		
Milpa Alta	15	14	11	2				1	1		1				
Álvaro Obregón	26	25	17	4		1	1	2	1		1				
Tláhuac	20	18	12	1	1	1	1	2	2		1		1		
Tlalpan	33	30	21	3				2	3		1		1	1	
Xochimilco	21	19	12	3	2			2	2				1	1	
Benito Juárez	13	12	4	5				2	1	1	1				
Cuauhtémoc	27	25	5	10	7			1	2	2	1	1			
Miguel Hidalgo	16	13	5	7				1	3		1	2			
Venustiano Carranza	27	24	14	4	2	2		2	3		1	1	1		
Total	378	343	205	68	14	8	10	6	32	35	1	11	10	8	5

1/ Información a Junio del 2010.

2/ Incluye: 2 Clínicas Comunitarias, 1 Clínica de Salud Reproductiva, 1 Clínica de Displasias, 1 Clínica de Dermatológico, 1 Clínica de VIH, 1 Clínica de Atención Psicológica, 5 Clínicas Especializadas y 2 Centros Toxicológicos.

Fuente: SSDF.Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS) 2010

Cuadro 22. Capacidad instalada en unidades médicas por tipo, delegación y nivel 2010 ¹

Delegación	Camas		Consultorios						Laboratorios		Rayos X			
	Censables	No censables	Incubadoras	Total	Generales	Odontológicos	Especializados	Otros ²	Análisis clínicos	Patología	Gabinetes	Equipos	Salas de operación	Salas de expulsión
Azcapotzalco	35	27	3	91	48	9	30	4	6	0	5	5	2	1
Coyoacán	64	24	5	121	61	22	36	2	5	0	6	6	2	0
Cuajimalpa	35	12	0	43	26	9	6	2	2	0	2	1	2	2
Gustavo A. Madero	420	182	13	241	117	34	76	14	13	1	12	15	17	6
Iztacalco	58	12	16	68	46	6	15	1	5	0	5	2	2	0
Iztapalapa	395	182	10	259	136	28	68	27	11	2	13	20	11	4
Magdalena Contreras	26	27	3	45	29	5	10	1	2	0	3	4	3	2
Milpa Alta	44	31	9	57	30	13	12	2	2	0	2	3	2	1
Álvaro Obregón	114	72	0	105	67	12	23	3	5	0	7	14	4	3
Tláhuac	151	116	25	98	52	13	32	1	5	1	8	2	6	4
Tlalpan	148	92	29	131	75	20	34	2	6	1	9	5	8	4
Xochimilco	108	266	7	95	57	13	22	3	3	0	3	5	3	1
Benito Juárez	199	67	6	74	33	9	27	5	4	1	3	7	10	1
Cuauhtémoc	99	69	36	250	115	20	113	2	14	0	12	15	7	1
Miguel Hidalgo	266	137	17	136	52	14	60	10	13	1	7	20	12	0
Venustiano Carranza	359	228	29	170	84	18	58	10	8	3	7	18	11	3
Total	2,521	1,544	208	1,984	1,028	245	622	89	104	10	104	142	102	33
Primer nivel	0	276	2	1,442	984	201	257	0	65	0	61	45	2	2
Segundo nivel	2,521	1,268	206	542	44	44	365	89	39	10	43	97	100	31

1/ Información a Junio del 2010.

2/ Incluye: Consultorios de Planificación Familiar, Medicina del Dolor, Urgencias y de Bancos de Sangre.

Fuente: SSDF.Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS) 2010

Cuadro 23. Recursos humanos en unidades médicas por delegación y nivel 2010 ^{1/}

Delegación	Camas		Consultorios						Laboratorios		Rayos X			
	Censables	No censables	Incubadoras	Total	Generales	Odontológicos	Especializados	Otros /2	Análisis clínicos	Patología	Gabinetes	Equipos	Salas de operación	Salas de expulsión
Azcapotzalco	35	27	3	91	48	9	30	4	6	0	5	5	2	1
Coyoacán	64	24	5	121	61	22	36	2	5	0	6	6	2	0
Cuajimalpa	35	12	0	43	26	9	6	2	2	0	2	1	2	2
Gustavo A. Madero	420	182	13	241	117	34	76	14	13	1	12	15	17	6
Iztacalco	58	12	16	68	46	6	15	1	5	0	5	2	2	0
Iztapalapa	395	182	10	259	136	28	68	27	11	2	13	20	11	4
Magdalena Contreras	26	27	3	45	29	5	10	1	2	0	3	4	3	2
Milpa Alta	44	31	9	57	30	13	12	2	2	0	2	3	2	1
Álvaro Obregón	114	72	0	105	67	12	23	3	5	0	7	14	4	3
Tláhuac	151	116	25	98	52	13	32	1	5	1	8	2	6	4
Tlalpan	148	92	29	131	75	20	34	2	6	1	9	5	8	4
Xochimilco	108	266	7	95	57	13	22	3	3	0	3	5	3	1
Benito Juárez	199	67	6	74	33	9	27	5	4	1	3	7	10	1
Cuauhtémoc	99	69	36	250	115	20	113	2	14	0	12	15	7	1
Miguel Hidalgo	266	137	17	136	52	14	60	10	13	1	7	20	12	0
Venustiano Carranza	359	228	29	170	84	18	58	10	8	3	7	18	11	3
Total	2,521	1,544	208	1,984	1,028	245	622	89	104	10	104	142	102	33
Primer nivel	0	276	2	1,442	984	201	257	0	65	0	61	45	2	2
Segundo nivel	2,521	1,268	206	542	44	44	365	89	39	10	43	97	100	31

^{1/} Información a Junio de 2010.

^{2/} Incluye: Médicos en formación.

^{5/} Incluye: Administrativos y archivo clínico.

^{6/} Incluye: Personal en conservación y mantenimiento, intendencia y otro tipo de actividad.

Fuente: SSDF.Subsistema de Información en Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Salud (SINERHIAS) 2010

Cuadro 24. Infraestructura en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social por delegación política del Distrito Federal, 2009.

Delegación	Unidades de Medicina Familiar	Hospitales de 2o nivel	Hospitales 3er nivel	Banco de sangre	Total
Azcapotzalco	4	3	4	1	12
Coyoacán	3	2	1	0	6
Cuajimalpa	1	0	0	0	1
Gustavo A. Madero	7	2	5	0	14
Iztacalco	3	2	0	0	5
Iztapalapa	5	2	0	0	7
Magdalena Contreras	3	0	0	0	3
Milpa Alta	0	0	0	0	0
Álvaro Obregón	2	1	1	0	4
Tláhuac	0	0	0	0	0
Tlalpan	1	1	0	0	2
Xochimilco	0	0	0	0	0
Benito Juárez	3	2	0	0	5
Cuauhtémoc	8	4	4	1	17
Miguel Hidalgo	2	0	0	0	2
Venustiano Carranza	2	0	0	0	2

Fuente: Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente, IMSS. 2010

Cuadro 25. Infraestructura en salud del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado por delegación política del Distrito Federal, 2009.

Delegación	Unidades de consulta externa	Hospitales	Total ISSSTE
Azcapotzalco	2	0	2
Coyoacán	4	0	4
Cuajimalpa	0	0	0
Gustavo A. Madero	3	1	4
Iztacalco	0	0	0
Iztapalapa	4	2	6
Magdalena Contreras	0	0	0
Milpa Alta	1	0	1
Álvaro Obregón	2	2	4
Tláhuac	0	0	0
Tlalpan	3	0	3
Xochimilco	1	0	1
Benito Juárez	5	2	7
Cuauhtémoc	15	1	16
Miguel Hidalgo	4	1	5
Venustiano Carranza	3	0	3

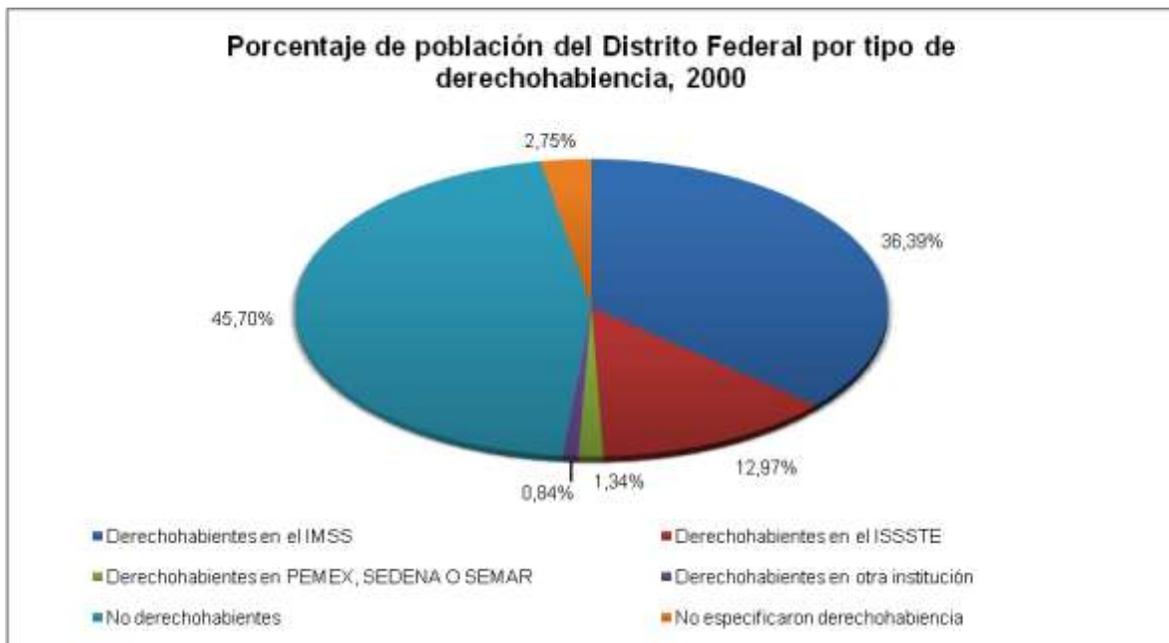
Fuente: Directorio Nacional de Unidades Médicas. Dirección de Comunicación Social, ISSSTE.

Cuadro 26. Población del Distrito Federal por tipo de derechohabiencia, 2000.

Nombre	Población total por condición de derechohabiencia a servicios de salud	Derechohabientes a/	Derechohabientes en el IMSS	Derechohabientes en el ISSSTE	Derechohabientes en PEMEX, SEDENA O SEMAR	Derechohabientes en otra institución
Azcapotzalco	441008	278422	213851	48387	16053	3253
Coyoacán	640423	356487	246083	102519	6078	7697
Cuajimalpa de Morelos	151222	64371	49139	13033	1533	1006
Gustavo A. Madero	1235542	659773	496361	147882	10825	10350
Iztacalco	411321	223295	160284	57974	3461	3546
Iztapalapa	1773343	828725	598783	206956	16853	11681
La Magdalena Contreras	222050	110686	81513	26073	2709	1536
Milpa Alta	96773	32813	13075	18998	641	277
Álvaro Obregón	687020	343632	262519	69994	9233	4926
Tláhuac	302790	146099	96432	46166	2152	2124
Tlalpan	581781	283248	183862	82385	15277	5203
Xochimilco	369787	169696	95371	70469	3037	2237
Benito Juárez	360478	209525	150168	52836	4113	5866
Cuauhtémoc	516255	275169	194941	73104	5469	4860
Miguel Hidalgo	352640	190225	137170	35780	15056	4163
Venustiano Carranza	462806	241806	168053	69298	3540	3753

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI 2000

Imagen 9



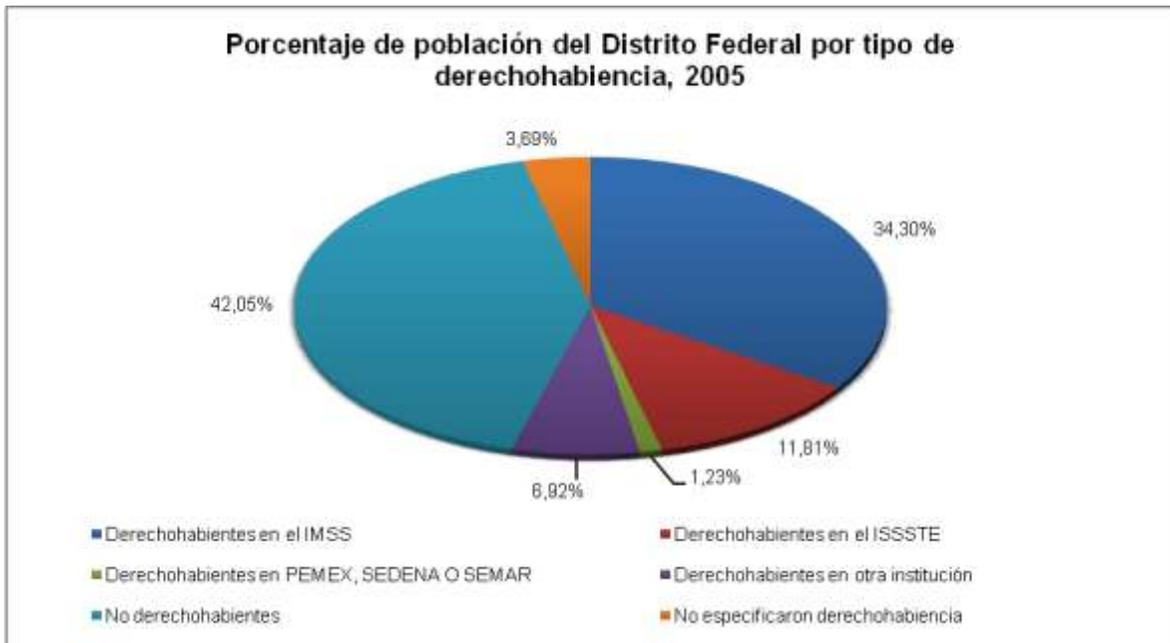
Fuente: Cuadro 26

Cuadro 27. Población del Distrito Federal por tipo de derechohabiencia 2005.

Nombre	Población total por condición de derechohabiencia a servicios de salud	Derechohabientes a/	Derechohabientes en el IMSS	Derechohabientes en el ISSSTE	Derechohabientes en PEMEX, SEDENA O SEMAR	Derechohabiente en otra institución	No derechohabientes	No especificaron derechohabiencia	Población derechohabiente por sexo
Azcapotzalco	425298	274936	200847	44471	14404	20381	136072	14290	274936
Coyoacán	628063	373760	227721	94234	5669	60495	227681	26622	373760
Cuajimalpa de Morelos	173625	94436	51521	12904	1477	31294	71990	7199	94436
Gustavo A. Madero	1193161	672808	472253	133751	9543	71501	488042	32311	672808
Iztacalco	395025	219304	150544	51600	3335	18559	162211	13510	219304
Iztapalapa	1820888	859595	575712	195580	17189	83946	919830	41463	859595
La Magdalena Contreras	228927	129257	80409	25543	2640	24018	95612	4058	129257
Milpa Alta	115895	37301	14161	19220	1030	3245	76652	1942	37301
Álvaro Obregón	706567	401245	264981	66872	8337	71953	286655	18667	401245
Tláhuac	344106	164342	99543	47349	3071	16960	172466	7298	164342
Tlalpan	607545	307259	178900	78587	12111	49431	273340	26946	307259
Xochimilco	404458	183262	98140	68682	3409	17022	206307	14889	183262
Benito Juárez	355017	228004	142777	47223	3700	48859	98741	28272	228004
Cuauhtémoc	521348	276803	185056	65621	4820	31110	205035	39510	276803
Miguel Hidalgo	353534	218653	133902	33267	14694	43591	108635	26246	218653
Venustiano Carranza	447459	234245	157714	59652	3161	19651	189784	23430	234245

Fuente: II Censo de Población y Vivienda, INEGI 2005

Imagen 10



Fuente: Cuadro 27

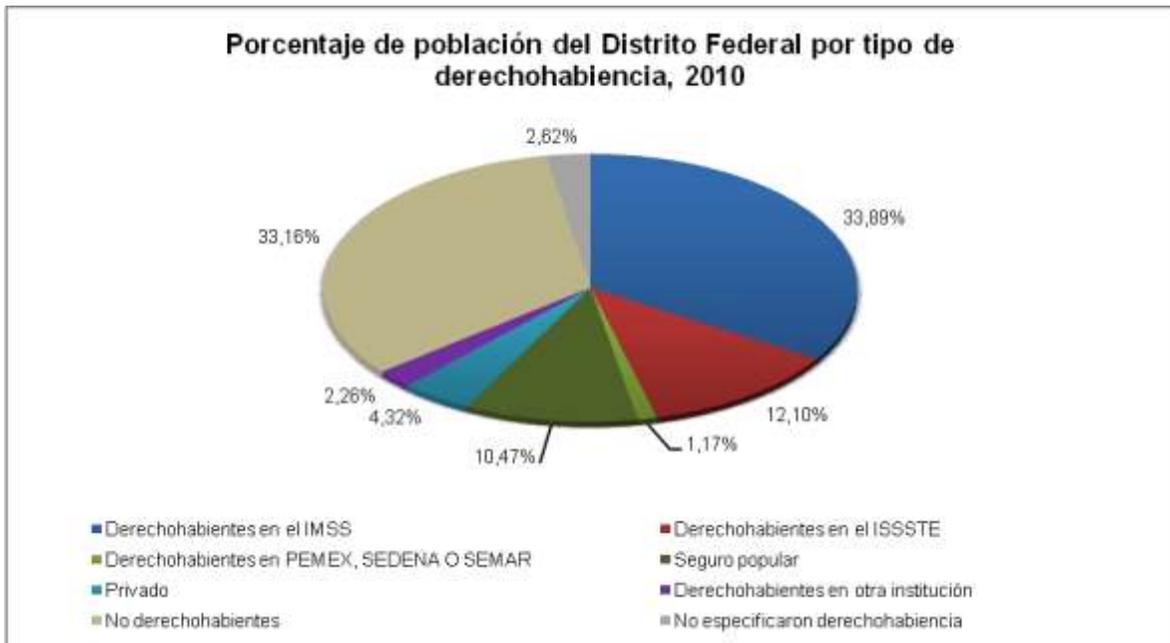
Cuadro 28. Población del Distrito Federal por tipo de derechohabiencia 2010.

Nombre	Población total por condición de derechohabiencia a servicios de salud	Derechohabientes a/	Derechohabientes en el IMSS	Derechohabientes en el ISSSTE	Derechohabientes en PEMEX, SEDENA O SEMAR	Seguro popular	Privado	Derechohabientes en otra institución	No derechohabientes	No especificaron derechohabiencia
Azcapotzalco	414,711	301,040	194,864	44,648	12,845	36,674	8,822	6,991	103,119	10,552
Coyoacán	620,416	411,833	222,636	95,750	5,601	49,361	39,135	10,419	184,184	24,399
Cuajimalpa de Morelos	186,391	123,175	57,978	13,986	1,528	22,872	27,658	2,931	57,829	5,387
Gustavo A. Madero	1,185,772	803,418	461,056	138,117	8,172	146,766	24,049	34,271	364,663	17,691
Iztacalco	384,326	249,671	145,850	50,669	2,703	37,443	8,491	7,860	124,514	10,141
Iztapalapa	1,815,786	1,096,323	541,993	193,469	16,676	274,958	27,777	48,803	695,478	23,985
La Magdalena Contreras	239,086	156,569	83,133	27,391	2,712	26,833	15,781	5,606	79,162	3,355
Milpa Alta	130,582	69,193	15,571	20,960	1,310	24,816	1,268	5,433	60,399	990
Álvaro Obregón	727,034	494,813	271,879	70,207	8,152	90,319	53,488	12,959	218,334	13,887
Tláhuac	360,265	211,530	100,326	49,386	3,260	43,864	5,048	10,931	145,186	3,549
Tlalpan	650,567	367,618	189,243	87,661	12,045	39,387	34,614	14,156	263,754	19,195
Xochimilco	415,007	222,238	98,158	71,844	3,603	36,215	9,665	6,019	179,132	13,637
Benito Juárez	385,439	262,155	159,884	54,333	3,443	6,775	48,797	5,652	94,404	28,880
Cuauhtémoc	531,831	340,430	194,690	70,380	4,402	40,217	27,145	12,622	170,897	20,504
Miguel Hidalgo	372,889	259,891	146,276	37,124	15,399	17,470	46,819	7,116	88,809	24,189
Venustiano Carranza	430,978	275,004	153,426	58,421	2,596	44,584	8,757	10,472	141,210	14,764

Nota: Seguro popular incluye al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que coordina la Secretaría de Salud (SSA).

Fuente: Censo General de Población y Vivienda, INEGI 2010

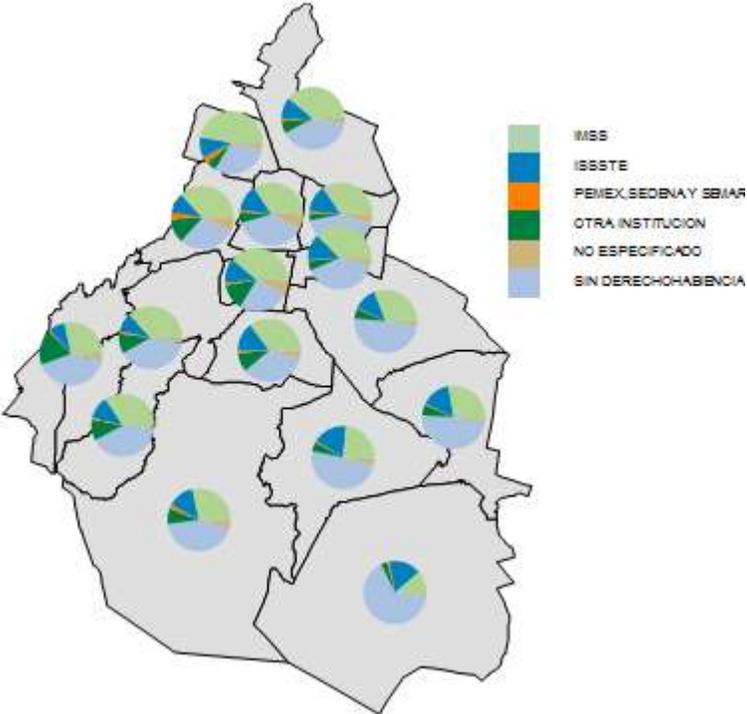
Imagen 11



Nota: Seguro popular incluye al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que coordina la Secretaría de Salud (SSA).

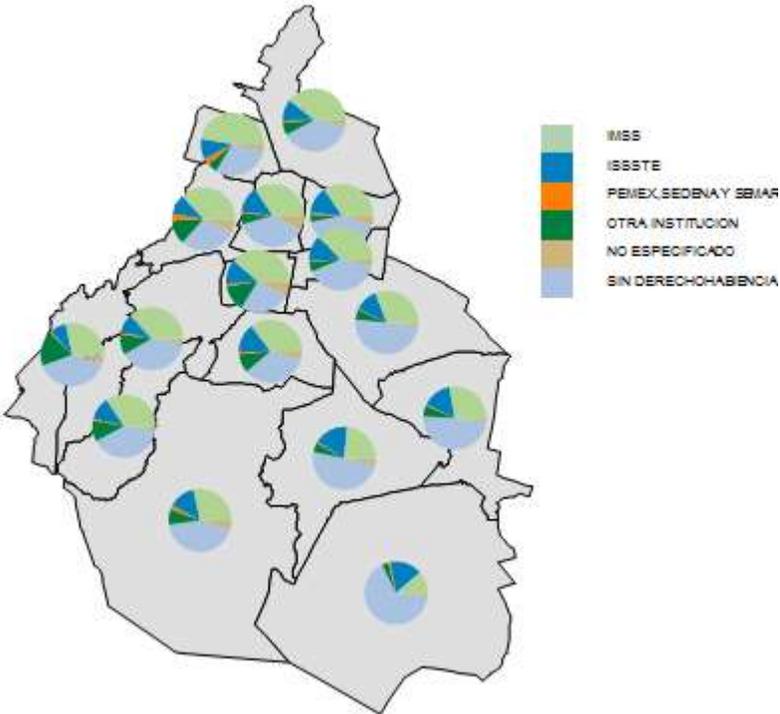
Fuente: Cuadro 28

Imagen 12. Distribución por tipo de aseguramiento en salud en el Distrito Federal, 2000.



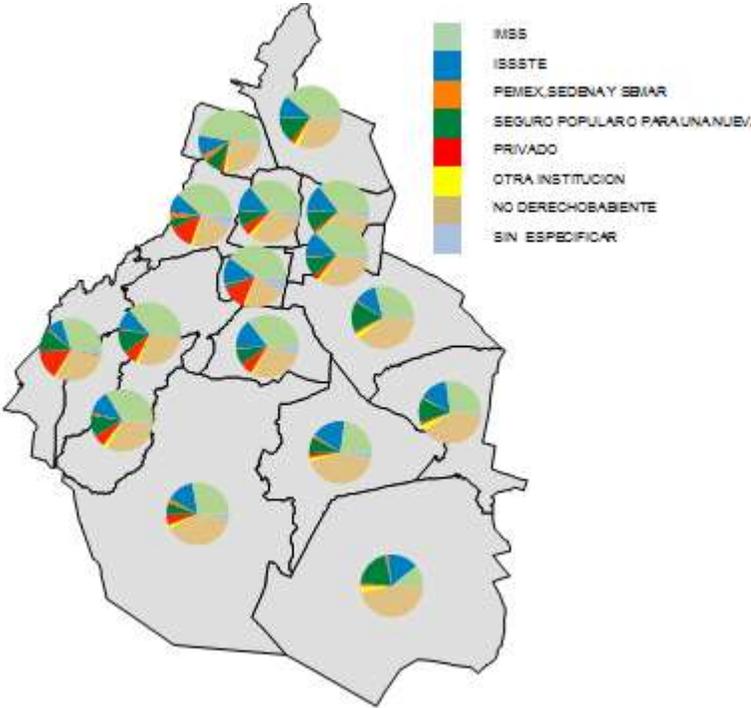
Fuente: Cuadro 26 con datos del XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI 2000

Imagen 13. Distribución por tipo de aseguramiento en salud en el Distrito Federal, 2005.



Fuente: Cuadro 27 con datos del II Censo de Población y Vivienda, INEGI 2005

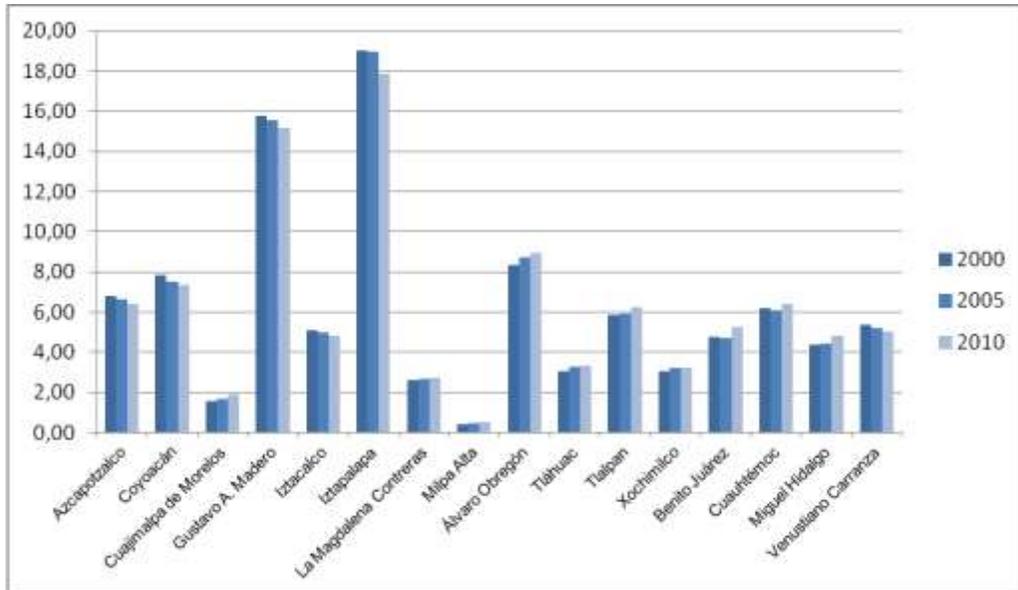
Imagen 18. Distribución por tipo de aseguramiento en salud en el Distrito Federal, 2010.



Nota: Seguro popular incluye al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que coordina la Secretaría de Salud (SSA).

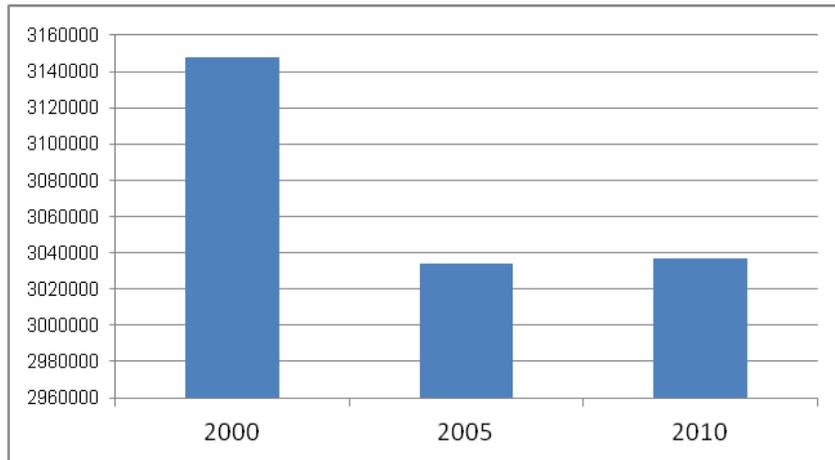
Fuente: Cuadro 28 con datos del Censo General de Población y Vivienda, INEGI 2010

Gráfica 13. Porcentaje de población derechohabiente al IMSS por delegación. Distrito Federal 2000,2005 y 2010



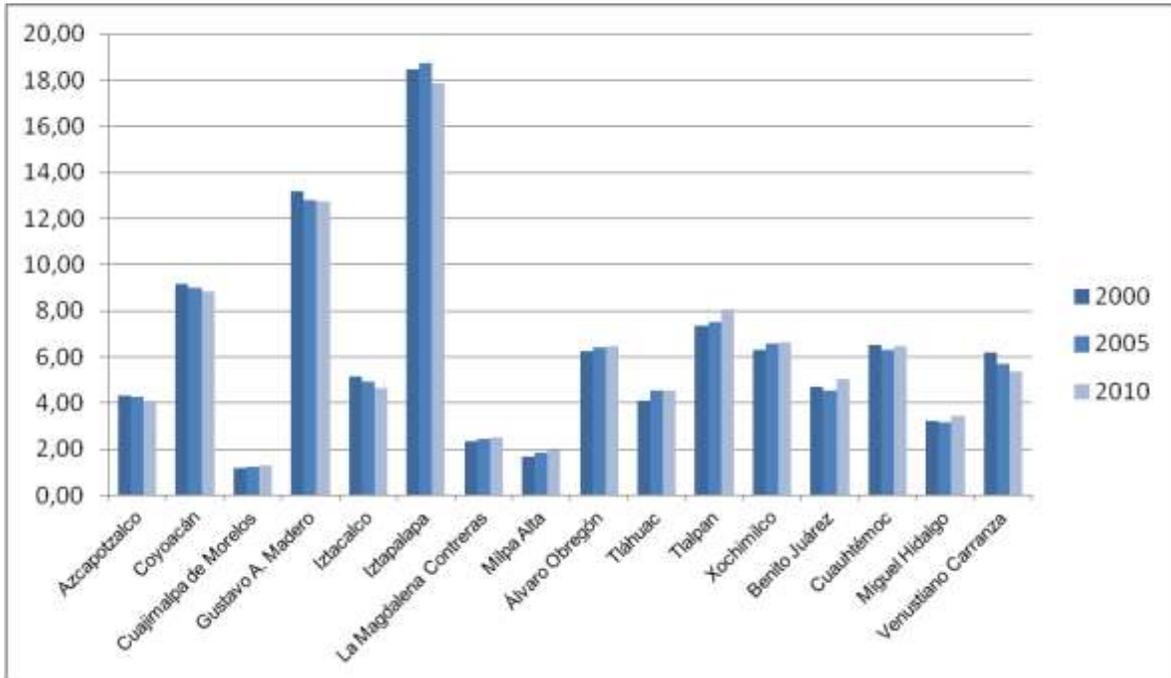
Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI 2000, II Censo de Población y Vivienda, INEGI 2005, Censo General de Población y Vivienda, INEGI 2010

Gráfica 14. Total de Derechohabientes en el IMSS en el Distrito Federal. 2000,2005 y 2010



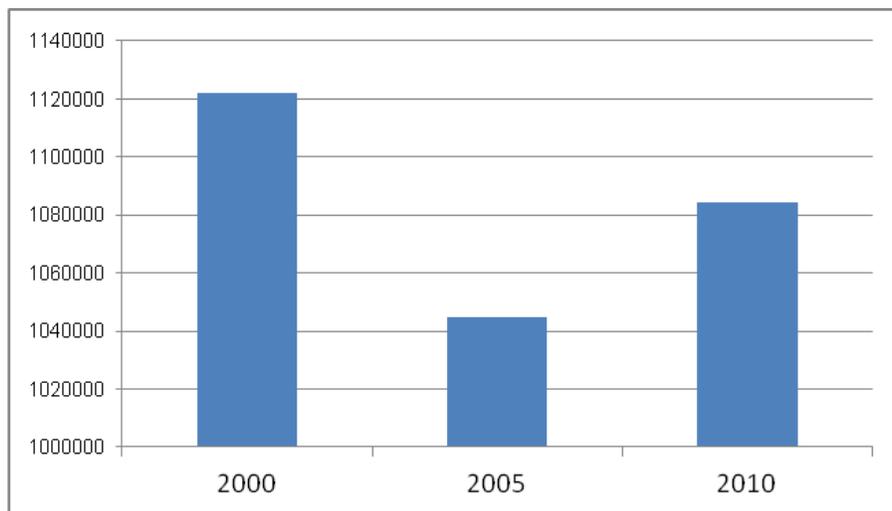
Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI 2000, II Censo de Población y Vivienda, INEGI 2005, Censo General de Población y Vivienda, INEGI 2010

Gráfica 15. Porcentaje de población derechohabiente al ISSSTE por delegación. Distrito Federal 2000,2005 y 2010



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI 2000, II Censo de Población y Vivienda, INEGI 2005, Censo General de Población y Vivienda, INEGI 2010

Gráfica 16. Total de Derechohabientes en el ISSSTE en el Distrito Federal. 2000,2005 y 2010



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI 2000, II Censo de Población y Vivienda, INEGI 2005, Censo General de Población y Vivienda, INEGI 2010

Política sanitaria local

Los ciudadanos del Distrito Federal desde la primera elección de autoridades locales realizada en 1997 y las votaciones subsecuentes (2000 y 2006) han elegido jefes de gobierno procedentes del Partido de la Revolución Democrática (PRD), cuya orientación de centro-izquierda pugna por la responsabilidad social del estado y la promoción, protección y garantía de derechos sociales universales. Esta perspectiva contrasta con la visión de políticas sociales selectivas y focalizadas del gobierno federal (López y Blanco, 2001) y se expresa en cierta autonomía frente a las políticas públicas nacionales; así como en la conformación de agendas propias en particular en el campo social.

Desde 1997 en forma explícita, el Gobierno del Distrito Federal (GDF) se propone impulsar políticas integrales que contribuyan a: mejorar la calidad de vida, reducir la inequidad, avanzar en la justicia social y apoyar la reconstrucción del tejido social. Para este fin, se definen un conjunto de estrategias entre las que destacan la democratización, la participación ciudadana, la transformación de la gestión gubernamental, la construcción de ciudadanía social y la gobernabilidad (GDF, 1998).

El proyecto político del GDF, privilegia un gobierno con responsabilidad social y la garantía de derechos a través de políticas sociales incluyentes y de base pública (Cárdenas, 1997) y reconoce en sus documentos de política social, la necesidad de impulsar políticas integrales, en el marco de un proyecto social participativo, democrático y equitativo. La dinámica económica de la entidad, en particular su capacidad recaudatoria y financiera, le permite el impulso de políticas universales, a pesar de las tendencias nacionales de mercantilización y neobeneficencia en las políticas sociales (Laurell y López, 2002).

Esta concepción, queda plasmada en la Ley de Desarrollo Social que en su artículo tercero, establece los alcances de la política social del GDF (GODF, 2000:1).

I. Cumplir en el marco de las atribuciones de la Administración Pública del Distrito Federal, con la responsabilidad social del estado y asumir plenamente las obligaciones constitucionales en materia social para que la ciudadanía pueda gozar de sus derechos sociales universales

II. Promover, proteger y garantizar el cumplimiento de los derechos sociales universales de los habitantes del Distrito Federal en particular en materia de alimentación, salud, educación, vivienda, trabajo e infraestructura social

III Disminuir la desigualdad social en sus diversas formas, derivada de la desigual distribución de la riqueza, los bienes y los servicios, entre los individuos, grupos sociales y ámbitos territoriales

IV. Integrar las políticas y programas contra la pobreza en el marco de las políticas contra la desigualdad social”.

En la perspectiva del GDF, el deterioro de la calidad de vida, el empobrecimiento y la polarización social, así como el detrimento de los servicios públicos, son los principales problemas a enfrentar (GDF, 1998).

En salud se reconoce un rezago importante en la disponibilidad de servicios, recursos financieros insuficientes y un proceso descentralizador inconcluso.

El convenio de descentralización de los servicios de salud, firmado en 1997 poco antes del inicio de la gestión del primer gobierno electo en la ciudad, traslada una serie de responsabilidades sanitarias al gobierno local; sin embargo, no transfiere recursos suficientes, ni autoridad plena en materia laboral y financiera. A pesar de esto, la conformación del Organismo Público Descentralizado (OPD) Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF), posibilita una relativa autonomía en la definición de propuestas locales de atención médico-sanitaria.

En el periodo 1997-2000 se impulsa la conformación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) y en 1999 se aprueba su existencia. A partir de ese momento, se fortalece la autonomía del GDF en salud. La SSDF al encabezar

formalmente el sector salud en la entidad, está en posibilidad de definir políticas de salud locales, formas de articulación con los distintos subsectores y orientar la coordinación funcional con los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

En correspondencia con la prioridad que tiene la salud en el discurso del gobierno del Distrito Federal, los recursos provenientes de fondos locales, destinados a la SSDF se incrementan progresivamente desde 1998 y en el periodo 2001-2006 se identifica un aumento sustancial del 81%. En particular el capítulo 2000 del presupuesto (en donde se concentran los recursos para medicamentos e insumos) presenta un incremento del 100% en 2001. Además, en este periodo, el financiamiento local representa el 77% del presupuesto total de la SSDF, mientras que el 23% corresponde a recursos federales. (SSDF, 2005)

Desde 2001, la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), reconoce en sus documentos programáticos el problema de la desigualdad socio-sanitaria de los habitantes de la ciudad de México y coloca en el centro de su discurso, la definición ético-política de garantizar el derecho a la protección de la salud a través del fortalecimiento de la institución pública y del financiamiento fiscal como condiciones para hacer realidad este derecho (SSDF, 2002; Laurell, 2003).

Para el periodo 2002-2006 identifica seis desafíos centrales en política de salud: Mejorar las condiciones generales de salud; Disminuir la desigualdad en salud entre grupos sociales y zonas geográficas; Garantizar la seguridad sanitaria de la ciudad; Incrementar el acceso oportuno al tratamiento requerido; Disminuir la desigualdad en el acceso a servicios suficientes y de calidad; e Instrumentar mecanismos de financiamiento estable, suficiente, equitativo y solidario (SSDF, 2002).

La SSDF desarrolla funciones normativas y de rectoría. Enarbola un programa de salud cuyo eje rector es la garantía del derecho a la protección de la salud, propone un modelo ampliado de atención a la salud y una serie de estrategias operativas para fortalecer los servicios públicos de atención médico-sanitaria en donde destacan: la construcción de sistemas regionales de salud para fortalecer la promoción y el fomento a la salud, las actividades de vigilancia epidemiológica y la

ampliación de la cobertura de servicios con criterios de necesidad y equidad, a través de acciones integradas (SSDF, 2002).

Las acciones integradas de salud, organizan la oferta institucional hacia la población de la Cd. de México, tienen como propósito poner a disposición de la comunidad todas las posibilidades de atención a la salud, con acciones anticipatorias, promocionales, preventivas y restaurativas e implican toda la gama de actividades de atención a la salud individual y colectiva y representan la respuesta de integralidad del modelo de atención.

El Modelo de Atención Ampliada a la Salud (MAS) se describe integral, equitativo, participativo y coordinado, en correspondencia con la política social del GDF (SSDF, 2003) y distinto al modelo de atención para población abierta desarrollado por la Secretaría de Salud Federal, que justifica la focalización y la selectividad de acciones costo-efectivas dirigidas a la población pobre, a través de un paquete básico de salud, que corresponde a la visión de limitar las inversiones y responsabilidades en salud por parte del Estado, reduciendo a un mínimo los servicios públicos de salud (López, 1994).

En contraste con la política de salud federal, en la perspectiva de fortalecimiento de lo público, la SSDF invierte en la remodelación, ampliación y construcción de unidades ambulatorias y hospitalarias, ampliando en 25% la capacidad instalada en el periodo 2001-2005, lo que permite resarcir parte del déficit de infraestructura de salud de la ciudad (Laurell, 2005). Se construyen 2 nuevos hospitales y 5 centros de salud T-III-A y se aumentan 480 camas censables. (Evaluación PSMMG, 2008).

En la lógica de considerar sujetos de derecho a los habitantes del DF sin seguridad social laboral y de impulsar la configuración de una institucionalidad que posibilite la garantía de derechos, impulsa la universalidad y la gratuidad como premisas del quehacer sanitario, se implementan dos programas prioritarios: El Programa de Apoyo Alimentario, Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores y el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos.

El Programa de Apoyo Alimentario, Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores (PAASMMGAM), inicia en el 2001 incorporando a los adultos de 70 y más años que habitan en zonas de muy alta y alta marginalidad.

En el Programa de Salud 2002-2006, el GDF plantea que el PAASMMGAM es el primer paso para instituir la Pensión Universal Ciudadana y se señala que el “Derecho a la pensión universal ciudadana significa que todo ciudadano y ciudadana de determinada edad recibe una pensión, independientemente de que haya hecho aportaciones a un fondo de pensiones. (SSDF, 2002)

Por su perspectiva universalista, pues consiste en una prestación a la que tienen derecho todas las personas que acreditan los supuestos de edad y residencia, con independencia de su situación socio-económica el programa se extiende progresivamente a toda la ciudad y para el 2004 la cobertura es de 95%, cubriendo a 370 mil adultos de 70 y más años, residentes en el DF, que reciben un apoyo monetario mensual equivalente a medio salario mínimo, más atención médica y medicamentos gratuitos (SSDF, 2005).

Encuentra su fundamento jurídico en los artículos 2, 5, 10 y 12 de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal y después de la expedición del decreto que ampara la gratuidad de los servicios de salud (GODF, 2001), a esta población se le proporciona consulta y medicamentos gratuitos desde marzo de 2001, en todos los centros de salud pertenecientes a los SSPDF.

La atención integral incluye la consulta en unidades cercanas a su domicilio, en horario preferencial, con un tiempo de espera corto; así como la prescripción adecuada de los medicamentos e información sobre su uso seguro. Además, del trabajo activo con los adultos mayores para incorporarlos a actividades grupales de promoción de la salud y de control de los padecimientos crónicos.

El Programa de Apoyo Alimentario y Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores recibe un mayor respaldo político y la cobertura legal para trascender el sexenio, al ser reconocido en noviembre de 2003 por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal a través de la aprobación de la Ley que establece el

derecho a la pensión alimentaria para los adultos mayores de 70 años residentes en el Distrito Federal (GODF, 2003). Desde septiembre de 2009 la edad para tener derecho a esta pensión se reduce a 68 años.

La pensión alimentaria como una prestación a la que tienen derecho todos los habitantes del Distrito Federal de más de 70 (68) años y su aplicación universal basada en un derecho legalmente reconocido y vinculante para el GDF, se constituyen en las principales fortalezas de este programa. El principio de universalidad permite establecer un diseño relativamente simple que evita la difícil y potencialmente clientelar tarea de establecer y comprobar condiciones económicas de elegibilidad (Evaluación del diseño y operación de la pensión alimentaria, 2009).

El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) es instrumentado en el periodo 2001-2006, desde una perspectiva de garantizar el derecho a la protección de la salud, remover el obstáculo económico en el acceso a servicios de salud y contribuir a la reducción de las desigualdades en la atención.

La justificación de este programa se ubica en el análisis realizado por la SSDF sobre los obstáculos al acceso a un tratamiento adecuado y eficaz que revela las restricciones económicas que la población tiene para la compra de los medicamentos (SSDF, 2002).

A partir de reconocer la falta de acceso a los servicios de salud por razones económicas, la SSDF decide impulsar como política la gratuidad de los servicios médicos y medicamentos orientada a la población no-asegurada, residente en el DF. Esta política de gratuidad abarca todos los servicios de la Secretaría y se constituye en el mecanismo central para hacer accesibles los tratamientos e incrementar la eficacia del sistema en su conjunto con la finalidad de contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud.

Desde esta perspectiva, la gratuidad y su financiamiento con recursos fiscales incrementa la equidad y democratiza la posibilidad de acceder a una atención oportuna (SSDF, 2002).

Entre los argumentos señalados por la SSDF se menciona que las cuotas de recuperación tienen poco peso en el financiamiento global de la institución, ya que apenas representan el 2 por ciento del presupuesto total en salud del DF. Sin embargo, a nivel familiar, la cuota y el costo de los medicamentos reprimen la demanda y son una causa directa de la desigualdad en el acceso al tratamiento requerido. La anulación o posposición del tratamiento es, a su vez, una causa importante de la desigualdad ante la enfermedad y la muerte.

Además de constituirse en un mecanismo para reducir la desigualdad, la gratuidad también contribuye a la disminución del costo global de los servicios, pues al remover el obstáculo económico se alienta la intervención oportuna y/o preventiva lo que permite ahorrar en tratamientos más costosos en etapas más avanzadas de la enfermedad.

Las directrices más importantes del PSMMG son la gratuidad y la universalidad, desarrolladas en el marco del modelo ampliado de atención a la salud. Su universo son las familias no-aseguradas residentes en el DF que al inscribirse se convierten en derechohabientes de la SSDF, formalizando su condición de sujetos de derechos.

Al iniciar el año 2005, el padrón de derechohabientes de la SSDF contaba con 713 347 familias afiliadas (aproximadamente el 80% del total de familias elegibles) (SSDF, 2005; Laurell, 2005).

El proceso de consolidación de la SSDF y su política sanitaria anclada en la perspectiva de garantizar el derecho a la protección de la salud, permite que sus acciones adquieran visibilidad y que este programa universal de atención médico-sanitaria, comience a jugar un papel esencial en la legitimación del partido gobernante.

Se desarrollan acciones legislativas que culminan en mayo de 2006 con la aprobación 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 aprobada el 22 de mayo de 2006 (GODF,

2006a). El reglamento se publica al 4 de diciembre de ese mismo año (GODF, 2006b) y el 31 de enero de 2007 es declarado Programa Social del Gobierno del Distrito Federal.

Mientras el GDF impulsa el PSMMG universal, el gobierno federal desde 2002 instrumenta un modelo de protección social en salud, basado en un seguro voluntario, pre-pagado y con subsidio público, caracterizado por la selectividad de las intervenciones y la focalización.

El Seguro Popular de Salud (SPS) se establece en México en 2002 como un programa piloto de aseguramiento voluntario para población sin seguridad social e inicia su operación en enero de 2004. El proceso legal se realiza a través de modificar en abril de 2003, la Ley General de Salud (LGS), a la que se le adiciona un capítulo sobre el Sistema de Protección Social en Salud, que plantea la reestructuración de los fondos del sistema público, justificada bajo un discurso de equidad y protección financiera. En los hechos, el SPS se convierte en el instrumento operativo del Sistema de Protección Social en Salud propuesto por el poder ejecutivo para el sexenio 2000-2006.

Las perspectivas distintas y contradictorias entre la política de salud local y la nacional, incrementa las tensiones entre el GDF y el gobierno federal por la implementación de políticas de salud, confrontadas en el plano de las estrategias y la operación de los programas y conduce a mediados del 2005 (en el marco del proceso de desafuero del Jefe de Gobierno) a una salida negociada (López y Blanco 2008a). El GDF acepta su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud, cuya expresión operativa es conocida como Seguro Popular de Salud y la SSDF firma el convenio de coordinación con la Secretaría de Salud Federal, pero mantiene en operación sus dos programas prioritarios.

El Seguro Popular de Salud está dirigido a familias de bajos ingresos y sin seguridad social. La afiliación a este programa público de aseguramiento es voluntaria y su financiamiento proviene de tres fuentes (SSA, 2004).

- 1) Recursos federales con dos componentes: a) Aportación fija por familia afiliada, llamada “cuota social” y b) Contribución solidaria federal que es en promedio 1.5 veces la cuota social.
- 2) Aportaciones solidarias estatales que corresponden al 50% de la cuota social y que provienen de los ingresos locales de las entidades federativas.
- 3) Cuota familiar pre-pagada que se establece con base a la situación socioeconómica de cada familia.

Estos fondos se orientan a subsidiar la demanda y se definen por el volumen de afiliados al programa. El seguro incluye un paquete preestablecido de intervenciones con predominio de la atención curativa, medicamentos y un fondo de protección contra gastos “catastróficos” para atender enfermedades cuyo tratamiento es costoso.

Este programa sintetiza la estrategia más reciente del gobierno mexicano de continuar y profundizar la reforma neoliberal del sistema de salud iniciada en los años 80’s y cuya propuesta esencial es reordenar el sistema público de atención a la salud en la lógica mercantil (López y Blanco, 2007). Es en esencia un instrumento de reordenamiento financiero, que propone disociar el financiamiento de la producción de servicios, conformar un fondo de salud integrado con diversas fuentes financieras y facilitar la participación de múltiples prestadores en la oferta de servicios (Laurell, 2007).

En el GDF, en el 2006 con la llegada del nuevo jefe de gobierno del mismo partido de centro izquierda, se mantiene la perspectiva de promover la equidad y combatir la desigualdad y se profundiza la orientación de una política social garante de derechos, a favor de la igualdad, la equidad y la cohesión social (GDF, 2007a)

“La política social del Distrito Federal tiene por propósito esencial el cumplimiento de los derechos reconocidos en la legislación nacional, los tratados internacionales y normas locales” (GDF, 2007b:10), a través de una nueva institucionalidad, en la que

predomine la acumulación y progresividad de los derechos en la perspectiva de su creciente exigibilidad.

A pesar del marco normativo de derechos, en la SSDF se producen cambios en las prioridades programáticas y la política de salud orientada a garantizar derechos, en especial los contenidos de universalidad, gratuidad y fortalecimiento de lo público sufren un acelerado desgaste.

En julio de 2007, con el propósito de dar mayor visibilidad a la política social e integrar los programas sociales impulsados por el GDF, el Programa de Apoyo Alimentario, Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores, es reubicado en la Secretaría de Desarrollo Social (SDS). Se transfiere el personal operativo (educadoras de salud), los recursos financieros para el pago de este personal y las plazas de funcionarios directamente vinculados al programa.

En la SSDF quedan desprotegidas las actividades de promoción y prevención que realizaban las educadoras en campo y disminuye el apoyo logístico de la SSDF a los componentes del programa de adultos mayores que se realizan en los centros de salud pertenecientes a los SSPDF. Esta situación es parcialmente resuelta por la implementación del Programa de Atención Médica y Entrega de Medicamentos a Domicilio.

También se debilita la institución, pues en este proceso los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal pierden todos los recursos organizacionales, humanos y financieros pertenecientes a la Dirección de Promoción de la Salud y Atención al Adulto Mayor, radicados en los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, más otros recursos provenientes sobre todo de las áreas de planeación de la SSDF (López y Blanco, 2009).

Desde 2007, esto se expresa en una reducción presupuestal en la SSDF por la pérdida de las educadoras de salud, ya que la transferencia de este personal a la Secretaría de Desarrollo Social, se produce junto con los recursos que soportan su contratación. En 2008 también se reduce el presupuesto respecto a 2007, pero

aumentan los recursos de SPS, del programa de Caravanas de Salud y para la construcción de las UNEMES (Evaluación del PSMMG, 2008).

Si bien el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos y la Ley de Desarrollo Social son coherentes y consistentes, pues mantienen el mismo énfasis de garantía de derechos, a partir de 2007 el PSMMG se mantiene en forma inercial, se le destinan pocos recursos y progresivamente es invisibilizado y sustituido por el programa de Seguro Popular de Salud, cuya lógica es el prepago de un paquete de intervenciones y no la garantía de un derecho.

Entre las características más regresivas del SPS destacan:

- 1) La obligatoriedad de garantizar el derecho a la salud, se reduce a una visión restrictiva al ofrecer un paquete de intervenciones predominantemente curativas.
- 2) Se subordina la universalidad y la gratuidad a criterios basados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios y por tratarse de un seguro voluntario para pobres, se excluye a la población que no puede afiliarse.
- 3) El esquema de aseguramiento público y voluntario para población pobre, limita severamente las posibilidades de compartir riesgos, de transferir recursos de “ricos a pobres” o de sanos a enfermos, elementos básicos de los esquemas de aseguramiento solidario, por lo que el programa se enfrenta a la selección adversa, el daño moral y la insostenibilidad financiera.
- 4) El impulso de una vertiente de atomización y privatización del sistema, pues las entidades sin capacidad instalada para hacer frente a la demanda, optan por la subcontratación de servicios privados, más que por el fortalecimiento de su infraestructura pública.
- 5) Los servicios estatales se ven obligados a distraer personal operativo para tareas administrativas o subcontratar empresas que se hagan cargo de estas acciones, con la consecuente transferencia de recursos públicos a entes privados sin impacto en la mejoría de los procesos de atención a la salud.

A partir de 2007, es posible identificar este viraje de la política de salud en el DF, pues al incorporar plenamente el SPS, se desdibujan los contenidos de universalidad y gratuidad y comienzan a expresarse algunos de los problemas señalados.

Desde el programa de salud 2007-2012 se reorienta la política de salud en función del programa federal de Seguro Popular de Salud. Se identifican dos cambios de fondo en la concepción y el contenido del PSMMG que se expresan en el paso de derecho a acceso, de gratuidad a gradualidad y de universalidad a focalización socioeconómica. La evaluación específica realizada al PSMMG en 2008 señala que las referencias a derecho, universalidad y gratuidad son retórica, pues no hay planteamientos programáticos, ni mención al PSMMG, ni estrategias específicas (Evaluación del PSMMG, 2008)

En los documentos programáticos de 2007 se menciona al PSMMG como antecedente, se señala al SPS como mecanismo para universalizar el derecho a la salud, se promueve el SPS y en 2008, se restringe la inscripción al PSMMG y las acciones integradas en salud también desaparecen en 2007-2008 (Evaluación del PSMMG, 2008).

Otro elemento que expresa la pérdida de importancia estratégica del PSMMG dentro de la política de salud de la SSDF, es que éste se mantiene actualizado hasta 2006, con reportes específicos de las actividades del programa y de su cobertura.

Desde 2007 no existe documento programático actualizado, sólo reglas de operación 2007-2008, cuyos planteamientos contradicen el espíritu de la “Ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el DF que carecen de seguridad social laboral” (GODF, 2006a) y la propuesta original de este programa (Evaluación del PSMMG, 2008).

Las reglas de operación del PSMMG para 2007-2008 se limitan a las unidades hospitalarias, excluyendo el 1er. Nivel de atención, aun cuando el programa sigue manteniéndose en forma inercial en los centros de salud adscritos a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal. También hasta noviembre de 2007, la Dirección

General de Planeación y Coordinación Sectorial (DGPCS) es responsable del padrón de usuarios del PSMMG, después el padrón es responsabilidad de cada jurisdicción.

En el mismo año, el PSMMG desciende en importancia dentro de la SSDF, pues de ser un programa que involucra a toda la estructura de la Secretaría, pasa a ser radicado en una jefatura de unidad departamental (JUD).

En el mismo sentido de pérdida de importancia, de ser soportado financieramente con todos los recursos tanto de la SSDF, como del OPD, pasa a financiarse en el programa operativo anual (POA), con recursos etiquetados de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias (Evaluación del PSMMG, 2008).

En noviembre de 2007 el PSMMG deja de anunciarse como tal y se mantiene en forma inercial, desde ese año, no hay información pública anual del Programa de medicamentos y servicios médicos gratuitos y el último documento sistematizado de balance de este programa es la actualización del periodo 2004-2006 (SSDF, 2006).

La producción de servicios del programa muestra la misma tendencia: el porcentaje de consultas, intervenciones, egresos, exámenes de Rx y de laboratorio disminuyen en 2007 y 2008 (Evaluación del PSMMG, 2008).

Se transita de un programa universal a uno focalizado en zonas de alta y muy alta marginalidad, que también discrimina en función de la edad a través del impulso al Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)

La importancia que adquiere el SPS dentro de la SSDF destaca no sólo en la posición de estructura en donde es radicado el programa, sino en el personal adscrito al desarrollo de sus actividades y en la información disponible.

Con todos estos cambios, la política de salud de la SSDF fortalece el SPS, cuyos requisitos de afiliación son:

Familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en

salud (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, etc.) y que tengan su domicilio en la Ciudad de México, en dos modalidades:

1) El Seguro Médico para una Nueva Generación tiene como objetivo, garantizar mediante el Seguro Popular, el acceso a servicios de salud a todos los niños nacidos a partir del 1º de diciembre de 2006, que no tengan vigente ningún tipo de seguridad social, las intervenciones que integran el SMNG son alineadas al paquete de intervenciones del SPS (CAUSES) en población menor de 5 años de edad.

2) Familias de zonas de alta y muy alta marginación. Este modelo está basado en la información del Atlas Socioeconómico con grados de marginación del Distrito Federal, y que considera a las delegaciones con mayores índices de marginación; Esta modalidad del SPS se apertura sólo en el segundo semestre del año.

Aun cuando en el DF no se tiene la figura de Régimen Estatal de Protección Social en Salud, la subdirección en donde radica el manejo del SPSS funge como la instancia responsable en el ámbito local de la afiliación de beneficiarios, la administración de los recursos, la supervisión de los prestadores de servicios y del pago de los mismos.

A la fecha, la prestación de servicios vía Seguro Popular en el D.F. se otorga de manera gratuita bajo los esquemas de afiliación que se ofrecen dentro del propio D.F; motivo por el cual los beneficiarios se encuentran en el régimen no contributivo ubicado en los deciles I y II (Evaluación del PSMMG, 2008)

El sujeto de derecho se transforma en consumidor de un seguro médico y los usuarios prepagan un servicio, aún cuando hasta hoy los afiliados al SPS en el DF no paguen ninguna cuota.

El SPS-DF se aleja de la perspectiva de derechos plasmada en el Programa de Desarrollo Social y va configurando una institucionalidad de consumidores de servicios médicos con acceso mediante un seguro.

La visión del SPS-DF es conformar una instancia que brinde servicios médicos de alta calidad y completamente gratuitos a las personas de escasos recursos que lo requieran; “Construir una instancia aseguradora y confiable que fomente la salud a través de más y mejores servicios de atención médica para las familias que más lo necesitan” y “Tutelar a nuestros usuarios y asesorar al personal y proveedores de servicios en cuanto a los beneficios y obligaciones que representa estar incorporado al Sistema de Protección Social en Salud del Distrito Federal” (SSDF, 2011).

La misión es: “Proteger el patrimonio de la población que carece de seguridad social contra gastos en salud, mediante su incorporación voluntaria y equitativa al Sistema de Protección Social en Salud y que la población tenga acceso a servicios médico quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios”. En esta lógica se inscriben los convenios de prestación de servicios con distintos institutos (INPediatria, INCardiología, INER, Hospital Infantil de México, Juárez y General) (SSDF, 2011)

Con recursos provenientes del Sistema de Protección Social en Salud se fortalece en la SSDF la dirección encargada de este programa, se contratan recursos humanos y se inicia la instauración activa del Seguro Popular en Salud en el DF, con un impulso cada vez mayor, sobre todo porque la lógica del SPS es el financiamiento a la demanda.

La afiliación de beneficiarios se convierte en una tarea esencial del sistema para allegarse recursos “frescos”, pero las reglas de operación del SPS solo permiten el uso de estos recursos en sus asegurados y obligan a los servicios a tener una contabilidad propia, lo que contribuye a diferenciar la atención según segmento de la población atendida.

En la SSDF el argumento explícito para apoyar al SPS es financiero, pues se argumenta que este programa permite disponer de 1000 millones de pesos (Evaluación del PSMMG, 2008). Sin embargo se identifica distorsiones en el gasto, pues se reportan 163 mil familias afiliadas, con un presupuesto de 606.4 millones recibidos, de los cuales 287.1 fueron para afiliación, empadronamiento y gastos de

administración. Así mismo, los contratos de honorarios aumentan en 2008 y pasan de 1 778 a 2 225, sin embargo, un número muy importante de ellos (500 plazas) se destinan a funciones administrativas, mientras que – en forma paradójica - se observa un subejercicio concentrado en el capítulo 1000 (Evaluación del PSMMG, 2008).

Según datos de la SSDF, de Julio de 2005 a Agosto de 2010 se han afiliado al Seguro Popular 1, 937,996 personas en el Distrito Federal (SSDF, 2011) y entre el 2008-2009 el DF es la entidad de todo el país que mayor incremento de afiliación tiene (47.7%) (Ssa, 2010).

En la evaluación del PSMMG realizada en el 2009 se concluye que este programa registra una pérdida de operatividad y de importancia política, frente al interés por desarrollar el Seguro Popular de Salud (Evaluación del PSMMG, 2008).

La SSDF “sacrifica” la dimensión de garantizar derechos, frente a la posibilidad de recibir recursos federales adicionales según el volumen de afiliados. El retroceso ético-político no es menor, pues el SPS fortalece la concepción minimalista de la garantía de derechos sociales y restringe el derecho constitucional a la protección de la salud (Morales, 2004).

En los hechos -a diferencia de los periodos anteriores- la SSDF renuncia a una concepción de derecho universal y la sustituye por una visión restrictiva de atención condicionada al prepago de un servicio. Focaliza según condición económica, discrimina a los niños nacidos antes del 1° de diciembre de 2006 y fragmenta la atención al legalizar un paquete de intervenciones de orientación curativa, que no responden a la diversidad y complejidad epidemiológica presentes en la ciudad.

En las dimensiones conceptual y operativa, se ajusta a las perspectivas gerenciales y administrativas interesadas en flexibilizar la operación de los servicios de salud, facilitar la subrogación y la articulación de múltiples prestadores de servicio (privados, sociales y públicos).

El Seguro Popular de Salud, a diferencia del Programa de Servicios y Medicamentos Gratuitos, subordina la universalidad y la gratuidad a criterios basados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios y abre las puertas a la privatización de los servicios a través de diversas formas, entre las que destacan la subrogación de servicios y de medicamentos (López y Blanco, 2008b).

La subrogación del abasto de medicamentos, también conocida como tercerización, es una opción alentada desde la política sanitaria federal y aplicada recientemente en el país. Esta modalidad, se caracteriza porque los Sistemas Estatales de Salud (SESA) contratan a una o varias empresas para hacerse cargo de la cadena de abasto. La responsabilidad de la empresa, formalmente, termina hasta la entrega del medicamento al paciente. Desde la perspectiva de fortalecimiento de lo público, la tercerización de procesos estratégicos del campo sanitario - como es la distribución de medicamentos – debilita a las instituciones de salud.

La SSDF en 2007-2008, subrogó a un proveedor único, (Farmacias El Fénix del Centro, S.A. de C.V.) el abasto de medicamentos, insumo esencial para la atención. En 2008, por cambio de equipo también tuvo que subrogar el paquete integral de pruebas de laboratorio.

Los resultados de una investigación de alcance nacional sobre la cadena de abasto identifican que de las entidades que adoptaron modelos tercerizados, el Distrito Federal tuvo un nivel de surtimiento completo de recetas superior al 90%, y el Estado de México de más del 80%. En el tercer sitio se ubicó el estado de Chiapas, que también posee un modelo tercerizado. Así mismo, al observar el número de claves de medicamentos no disponibles en las farmacias de las unidades de atención, nuevamente el Distrito Federal, el Estado de México y Chiapas tuvieron comportamientos relativamente aceptables, con sólo tres claves de medicamento no surtidas a sus usuarios (López y Granados, 2010).

La política de salud local frente a las directrices de la política social del GDF

En el Programa de Desarrollo Social 2007-2012. Ciudad con equidad, incluyente y participativa. (GDF, 2007b) se plantea como objetivo general:

Desarrollar una política social tendencialmente universal, integral, transversal, participativa y territorializada que permita avanzar en el goce efectivo de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de los habitantes de la ciudad para abatir la desigualdad, promover la equidad social y de género, desarrollar la inclusión y la cohesión social en la perspectiva de la acumulación de derechos y la continuación en la construcción de un régimen y un Estado social de derechos en la Ciudad de México.

Entre los objetivos específicos en salud destacan:

Avanzar hacia la plena universalidad del derecho a la salud y la protección social para la población que no goza de seguridad social formal y afrontar los retos epidemiológicos y sanitarios que implica la transición socio-demográfica y epidemiológica del Distrito Federal en términos de cobertura, accesibilidad, pertinencia, calidad y calidez de los servicios; Atender los temas emergentes de política social con alto impacto en la calidad de vida familiar y comunitaria, como lo son las adicciones y la salud mental;

En la línea programática 1. Ejercicio de los derechos sociales, combate a la desigualdad y la pobreza se señala:

- Cobertura universal y gratuita en salud para toda la población que no cuenta con seguridad social;
- Ampliación del alcance, calidad, pertinencia y calidez de todos los servicios de salud públicos;
- Construcción de un sistema de atención en materia de salud mental;
- Extensión y profundización de la atención médica domiciliaria para personas adultas mayores;

- Ampliación de la atención médica gerontológica especializada y con perspectiva de género;
- Especialización con perspectiva de género para los servicios médicos para las niñas y las mujeres
- Mejorar sustancialmente las condiciones de salud de las mujeres;
- Mejora de la equidad en materia de salud entre grupos sociales y zonas geográficas;
- Desarrollo de una cultura para la prevención de la enfermedad en la sociedad y consolidar una cultura de promoción y calidad en todo el sistema de salud;
- Reducción de los riesgos sanitarios asociados al consumo de bienes, productos y servicios.

Así mismo, se hace énfasis en la seguridad y protección social universal, el control y en su caso la disminución de la mortalidad por diabetes *mellitus*, enfermedades del hígado y accidentes; así como continuar garantizando la seguridad sanitaria del Distrito Federal; la plena compatibilidad de los servicios de salud con el nuevo perfil epidemiológico de la ciudad y con perspectiva de género y la reducción sustantiva de los índices de alcoholismo, tabaquismo y de consumo de drogas ilegales.

Las metas señaladas son las siguientes:

- Respuesta del 100% a las demandas de atención médica en el sistema público de salud del Gobierno del Distrito Federal;
- Consolidar el sistema universal de vacunación para niñas y niños menores de cinco años;
- Establecimiento de un diagnóstico integral de salud de las personas mayores de 60 años
- Brindar atención médica gratuita a las comunidades de alta y muy alta marginación
- Erradicar la desnutrición y disminuir el número de personas con sobrepeso y obesidad

- Disminuir en por lo menos 10% el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales;

En el periodo 2007-2010, la política de la SSDF y sus programas específicos se orientan al logro de algunas de las metas planteadas. En particular destacan:

Programa de Atención Médica y Entrega de Medicamentos a Domicilio,

Estructurado bajo la premisa de acercar los servicios de salud a todos los capitalinos, principalmente a los que “menos tienen”, el Gobierno del Distrito Federal lleva a cabo el Programa de Atención Médica y Entrega de Medicamentos a Domicilio, en la que unen esfuerzos diversas dependencias de la administración capitalina, encabezadas por la Secretaría de Salud del DF.

Esta acción está dirigida a quienes viven en zonas catalogadas como de alta y muy alta marginación y se propone beneficiar a 2 millones 164 mil 941 personas que residen en estos lugares, donde habitan más de 70 mil adultos mayores y cerca de 30 mil discapacitados.

El programa forma parte del eje de trabajo de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal de otorgar servicios y medicamentos gratuitos a todos los capitalinos que no cuenten con algún tipo de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex o Sedena) y señala como antecedente al PSMMG que inició en julio de 2001.

Este programa opera a través de educadoras comunitarias y promotores de la salud de los SSPDF, que recorren las zonas de alta marginación para detectar a los enfermos con padecimientos como diabetes e hipertensión; a los adultos mayores, a discapacitados y mujeres embarazadas que requieren atención médica y medicinas pero que, por su estado de salud, no pueden acudir a un hospital o centro de salud para recibirlos.

El programa recibió en el 2010 el premio de innovación y calidad otorgado por la Secretaría de Salud.

Atención Integral de los Adultos Mayores

El Programa de Atención Integral al Adulto Mayor incluye orientación y atención médica para distintos problemas entre los que destacan: andropausia y menopausia, disfunción eréctil, enfermedades de transmisión sexual, cáncer cérvico-uterino y mamario, cáncer de próstata, hipertensión arterial, osteoporosis, diabetes, obesidad, sobrepeso y cataratas

Programa de Detección de cáncer mamario

El Gobierno del Distrito Federal, a través de la SSDF, fortalece las acciones para la prevención y atención del cáncer mamario, que dentro de la mortalidad femenina por tumores malignos, ocupa el primer lugar como causa de muerte con una tasa de 14.5 por 100 000 mujeres en 2008 en la ciudad de México. En este programa, destaca el equipamiento de 19 centros de salud y el centro de diagnóstico digital (Centro de Salud “México-España”) con equipos nuevos para realizar mastografías. La ubicación de estos equipos se realizó considerando prioritarias las zonas de mayor densidad de mujeres mayores de 18 años.

La meta es la realización de 90 mil mastografías anuales, lo que permitirá elevar significativamente el número de estos estudios, pues en el 2008 se efectuaron poco más de 4 mil. Para acceder a estos servicios, las mujeres de la Ciudad de México deben estar inscritas al Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, cuyos requisitos son residir en el Distrito Federal y no contar con seguridad social.

El Programa de Atención Integral al Cáncer de Mama del Distrito Federal (PAICMA)

Se trata de un Programa pionero que el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal opera desde 2005. El PAICMA desarrolla acciones para 1) la detección temprana del cáncer de mama en mujeres de 40 años y más, o de menor edad con alto factor de riesgo; 2) la atención especializada a las usuarias cuyo resultado sea sospechoso o altamente sospechoso; y 3) el fomento de la cultura de autocuidado entre las mujeres.

La detección del cáncer de mama consiste básicamente en la realización de mastografías de pesquisa a las mujeres que asisten a las Jornadas de Salud que realiza el Programa. Los estudios mastográficos son realizados e interpretados por prestadoras de servicios subrogados.

Las metas se reducen a la aplicación de un número de mastografías por año, con variaciones sustanciales en los cinco años de operación del programa: inicia en 2005 con 80,000; en 2007 asciende a 125,000; en 2008 disminuye a 60,000 y en 2009 presenta otra reducción para quedar en 50,000 (Evaluación PAICMA, 2009)

El programa se reduce a la prestación de un servicio, pues hasta el momento no hay estrategias y mecanismos para garantizar la detección oportuna, el diagnóstico preciso, y el tratamiento adecuado, que deben cumplirse para ser eficiente y de la buena calidad (Evaluación PAICMA, 2009).

Existen tres programas de detección de cáncer mamario, radicados en tres instituciones distintas (SSDF, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del Distrito Federal e Instituto de Salud de las Mujeres DF) que trabajan en forma paralela en la aplicación de mastografías gratuitas, sin establecer vínculos. No existe ningún mecanismo de coordinación entre estos programas, ni entre las dependencias. No existen metas conjuntas; ni integración de las bases de datos, ni complementariedad de recursos.

Con la suma de los tres programas podría plantearse una mayor cobertura del grupo de mayor riesgo para cáncer de mama, asignando poblaciones a cubrir, optimizando recursos humanos y materiales e impulsando mecanismos conjuntos de verificación de calidad de los servicios y estudios de la población objetivo (Evaluación PAICMA, 2009)

Vacunación contra Virus del Papiloma Humano (VPH)

El cáncer cérvico uterino dentro de los tumores malignos es la segunda causa de muerte en mujeres. En la ciudad presenta una tasa de 7.7 defunciones por 100 000 mujeres (2008).

El VPH es un virus de transmisión sexual y ha sido reconocido como agente causal del cáncer cérvico uterino y sus estadios previos, las displasias (leves y moderadas). Causa también verrugas o papilomas genitales.

Desde el 1° de diciembre de 2008 la SSDF, puso en marcha la Campaña de Vacunación en contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), para la protección de niñas de 11 a 13 años, que no cuentan con seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX y Sedena).

La vacuna que aplica la SSDF abarca las 2 cepas más peligrosas: 16 y 18 de alto riesgo, (70% causantes del cáncer cérvico uterino). La vacuna tiene alrededor de 95 a 100% de efectividad contra dichas cepas. La vacuna consta de tres dosis.

El programa inicia con un grupo “blanco” de 5 mil niñas, vacunadas a partir de diciembre de 2008. Aunque en el mercado mundial la dosis tiene un costo de 600 dólares, la SSDF la aplica gratuitamente a las niñas de 11 a 13 años afiliadas al Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos. Para solicitar la vacuna es requisito ser del sexo femenino y tener de 11 a 13 años, además de no contar con seguridad social y estar inscrita en el Programa de Gratuidad.

La aplicación de 205 mil dosis, para alcanzar una meta de 105 mil niñas vacunadas, se realizó en las unidades de primer nivel de atención, con una inversión de 100 millones de pesos. Se estima que en 2010, se sumaron 40 mil menores, por lo que la meta se eleva a 145 mil niñas protegidas. Para la población excluida del programa, se recomienda la realización de la prueba del Papanicolaou al menos una vez al año, si se tienen más de 25 años.

La vacunación se inicia con un despliegue publicitario importante, con el esquema de dos dosis de vacuna contra el VPH en niñas de 13 años que habitan en colonias

populares de la ciudad, A pesar de que la SSDF considera que este programa preventivo es uno de los más importantes que ha lanzado el Gobierno del Distrito Federal en los últimos años, pues busca reducir el riesgo de contagio con VPH y en el largo plazo la morbi-mortalidad por cáncer cérvico-uterino en la población femenina de la ciudad, el programa ha sido cuestionado. La industria farmacéutica productora de la vacuna, que señala que el esquema completo de vacunación son tres dosis; académicos y grupos de la sociedad civil, que cuestionan la utilidad de esta vacuna, los riesgos que entraña y los conflictos de interés en torno al programa (Laurell, 2008; Laurell, 2009). La compra millonaria de vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), ocurre mientras se reducen los recursos para vacunación y para VIH-SIDA y las coberturas reportadas de esquemas completos en menores de un año son muy bajas (66.4 por cien) (Ssa, 2010)

Programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE)

En abril de 2007, la Asamblea Legislativa del DF aprueba las modificaciones al Código Penal y a la Ley de Salud del DF que permiten la despenalización del aborto hasta la semana 12 de gestación lo que en la perspectiva de derechos, se convierte en una decisión histórica para las mujeres de la ciudad de México (GIRE, 2010).

En agosto de 2008, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ratifica la constitucionalidad de dichas modificaciones con lo que se respeta el derecho de las mujeres a una maternidad libre, informada y voluntaria en el Distrito Federal (GIRE, 2010).

La interrupción legal del embarazo (ILE) se lleva a cabo en los hospitales de la Secretaría de Salud del DF a través de un protocolo estandarizado de atención.

Desde el inicio del programa hasta octubre del 2010 se habían realizado 48 138 interrupciones, 70% de las cuales fueron realizadas con medicamento (GIRE, 2010).

Cuadro 29.CIFRAS SOBRE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN EL DF, 2007-2010

Concepto	Cifras
Total de ILE realizadas en el DF después de la legalización del 24 de abril del 2007 al 19 de octubre de 2010	48,138
Promedio de intervenciones mensuales	1400 intervenciones
Menores de edad que realizaron ILE	2888 menores (6 % del total de ILEs realizadas)
	<ul style="list-style-type: none"> •75 % residentes del DF (36,263 mujeres)
Origen de las solicitantes de ILE	<ul style="list-style-type: none"> •22 % residentes del Estado de México (10,394 mujeres) •3 % residentes de otros estados (1,481 mujeres)
Instituciones que realizan las ILE	31065 casos en Hospitales de la Secretaría de Salud del DF. (64.5%) 17073 casos en Centros de Salud (35.5%)
Estado civil	56% solteras
Nivel de educación	30% Secundaria 30% Preparatoria
Medio por el que se enteraron del programa de ILE	60% por internet
Método empleado para la realización de ILE	Aborto con medicamento (misoprostol) : 70%

- **Fuente:**
Conferencia de prensa de la SSDF en evento realizado por la asociación civil Causas y Libertades. Noticias de los periódicos El Universal y La Jornada. (22 de octubre de 2010) tomada de GIRE, 2010

Protección a no fumadores y programa contra el tabaquismo

De 2007 a la fecha, se instituye en la Secretaría de Salud del Distrito Federal el programa contra las Adicciones como una de sus acciones prioritarias para la atención del uso, abuso y dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas.

Entre febrero y octubre de 2010, con base en las reformas a La Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal, se lleva a cabo el programa de Edificios Libres de Humo de Tabaco y se visitan 222 Unidades de Salud del Distrito Federal para comprobar su debido cumplimiento. Así mismo, se ponen en operación 19 Clínicas de Tabaquismo, distribuidas en las Jurisdicciones Sanitarias y se desarrolla un programa específico contra el tabaquismo cuyos objetivos son:

Disminuir el número de fumadores, sobre todo, menores de edad

Lograr que los fumadores abandonen temprano su hábito, otorgando pleno acceso a servicios y tratamiento.

Crear clínicas de tabaquismo en los Hospitales Generales y Centros de Salud.

Aplicar la Ley de protección de la salud de los no fumadores en la Ciudad de México en escuelas, unidades de salud y edificios del gobierno del DF

Este programa tiene varias fases: 1) reconocimiento de edificios libres de humo de tabaco; 2) capacitación en consejería médica a personal de salud, 3) establecimiento de clínicas contra el tabaquismo y 4) coadyuvancia con la Federación en la regulación sanitaria de los productos derivados del tabaco.

Programa contra el alcoholismo

El programa de salud específico contra el alcoholismo contempla los siguientes objetivos y estrategias:

Disminuir el impacto negativo provocado por el abuso y dependencia de bebidas alcohólicas en las condiciones de vida de los habitantes de la Ciudad de México

Disminuir el índice de riesgos de personas consumidoras de alcohol

Capacitar al personal de salud (Consejería médica e intervención breve)

Crear clínicas de alcoholismo en los Hospitales Generales y Centros de Salud.

El programa contra el alcoholismo se dividió en varias etapas: 1) capacitación en consejería médica a personal de salud; 2) capacitación en intervención breve a personal de salud; 3) establecimiento de clínicas contra el alcoholismo y 4) intensificación de medidas de regulación sanitaria

Programa contra la farmacodependencia

El programa de salud específico contra la farmacodependencia señala entre sus objetivos y estrategias:

Disminuir el impacto negativo provocado por la farmacodependencia en habitantes de la Ciudad de México

Disminuir el índice de riesgos de personas consumidoras de fármacos

Capacitar al personal de salud (Intervención breve)

Crear clínicas de farmacodependencia en los Hospitales Generales y Centros de Salud.

Vinculación con instituciones prestadoras de servicio como los Centros de Integración Juvenil

Este programa también tiene varias fases: 1) capacitación en intervención breve a personal de salud; 2) establecimiento de clínicas contra la farmacodependencia; 3) intensificación de medidas de control de la demanda,

La SSDF reporta que a través del Programa de Detección Temprana en Adicciones, está en proceso de realizar un tamizaje con la finalidad de detectar a

las personas con dependencia de sustancias adictivas e impulsar programas de prevención enfocados a evitar, retardar y moderar el consumo de éstas, con mayor énfasis en aquellos sectores vulnerables como es el caso de la población joven.

Los diversos programas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad; así como, las múltiples actividades realizadas muestran un quehacer intenso de la SSDF, pero también sugieren una gran fragmentación de las actividades. Adicionalmente, la manera como se agrega y reporta la información se pierde la especificidad de la mayoría de las acciones (excepto en algunos programas específicos de detección) (Cuadro 30.)

El reporte de servicios prestados por las unidades médicas, muestra también gran actividad en el terreno curativo, destacando en particular los servicios hospitalarios que tienen un incremento sustancial en el periodo 1997-2010 (Cuadro 31)

La consulta externa también crece, sin embargo su aumento es menor que los servicios otorgados en el nivel hospitalario y se concentra en el periodo de 2000-2005.

Cuadro 30. Servicios de promoción y prevención 2000 – 2010.

Concepto	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 ^{1/}
Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles	835,682	827,216	927,800	878,234	848,887	878,783	727,205	758,352	670,816	869,509	325,544
Consultas de Enfermedades Crónico Degenerativas	183,382	227,447	289,260	297,093	312,563	382,171	441,156	468,855	455,774	490,676	220,624
Detección Oportuna de Enfermedades	1,320,472	1,305,187	1,309,808	1,399,511	1,235,903	1,335,925	1,174,721	1,089,375	997,554	925,536	383,486
Detección de Diabetes	292,758	363,760	284,642	349,843	445,919	501,803	436,129	138,614	185,437	218,269	91,983
Detección de Hipertensión Arterial	515,896	428,080	281,415	280,861	326,153	344,597	314,487	228,445	179,202	217,024	100,927
Detección de Cáncer Cérvico - Uterino	179,578	181,595	186,547	179,755	167,380	174,427	147,718	186,236	150,155	146,210	58,231
Detección de Cáncer Mamario	192,217	192,907	194,042	190,772	167,380	183,148	147,718	186,236	150,155	174,346	51,943
Otras ^{2/}	140,023	138,845	363,162	398,280	129,071	131,950	128,669	350,444	332,605	461,412	178,906
Consultas de Planificación Familiar	217,710	206,791	170,471	159,496	143,858	130,293	111,973	99,732	107,173	76,320	31,508
Enfermedades Diarréicas y Cólera	45,047	42,848	38,656	38,307	35,462	33,075	26,020	28,097	22,546	20,981	7,904
Consultas a nuevos aceptantes de Planificación Familiar ^{3/}	217,710	206,791	170,471	159,496	143,858	130,293	111,973	99,732	107,173	31,219	16,280
Control y Crecimiento del menor de 5 años ^{4/}	147,044	150,605	150,559	151,428	143,421	139,289	130,897	110,228	113,316	124,875	52,147
Atención Médico Legal	576,456	568,011	622,999	538,550	543,937	489,075	493,418	519,719	501,486	679,107	413,854
Dosis de Vacuna ^{5/}	2,802,126	3,223,326	3,166,731	3,330,849	3,685,425	3,071,235	3,820,371	3,635,934	6,115,087	3,138,420	1,394,158
Pláticas de Educación para la Salud	272,330	263,780	261,844	248,261	238,742	238,362	216,818	283,334	247,028	252,278	102,316

Cuadro 31. Principales servicios otorgados en unidades médicas 1997 – 2010.

Concepto	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 ^{1/}
Consulta externa	4,226,273	4,296,085	4,700,157	4,818,207	4,956,951	5,211,860	4,997,828	4,806,968	4,843,270	4,533,184	4,565,249	4,465,020	4,850,474	1,969,848
General	3,182,006	3,227,773	3,400,380	3,488,256	3,574,767	3,731,014	3,607,259	3,473,803	3,572,542	3,345,169	3,293,712	3,115,500	3,476,669	1,407,226
Especializada ^{2/}	509,478	510,767	650,266	655,263	668,692	745,051	704,500	677,144	644,091	623,923	711,595	842,493	817,738	346,264
Odontológica ^{3/}	534,789	557,545	649,511	674,688	713,492	735,795	686,069	656,021	626,637	564,092	559,942	507,027	556,067	216,358
Urgencias														
Urgencias^{4/}	601580	605052	602312	572024	646078	754369	771588	752348	771085	732199	758637	751199	786149	226928
Hospitalización														
Egresos	99,122	95,386	93,358	89,973	97,325	108,441	112,092	117,657	124,316	118,405	131,922	134,427	132,488	61,781
Días Paciente	444,675	434,672	415,392	414,725	438,137	505,607	513,806	525,203	567,327	472,390	505,782	500,044	504,519	242,236
Intervenciones Quirúrgicas ^{5/}	45,162	47,525	45,916	42,564	50,399	59,913	67,501	70,111	77,085	74,864	85,310	89,930	86,927	37,676
Nacimientos	32,602	31,695	31,502	30,922	35,137	41,539	44,661	47,295	50,139	46,361	49,304	48,763	49,767	22,962
Partos	25,218	24,073	23,894	23,865	26,852	31,498	33,736	35,873	37,464	34,158	36,222	34,418	35,277	16,002
Cesáreas	7,384	7,622	7,608	7,057	8,285	10,041	10,925	11,422	12,675	12,203	13,082	14,345	14,490	6,960
Estudios de diagnóstico														
Radiología	386,966	377,977	396,451	404,878	469,376	469,376	501,133	522,118	558,499	563,418	545,977	532,135	526,382	240,889
Análisis Clínicos	4,181,973	4,334,485	4,414,188	4,345,710	4,803,259	4,461,184	4,623,660	4,969,375	5,325,660	5,477,577	5,984,308	6,733,628	6,556,919	3,012,718

1/ Información a Junio del 2010.

2/ Incluye: Salud mental.

3/ Incluye: Consulta Semana Nacional de Salud Bucal.

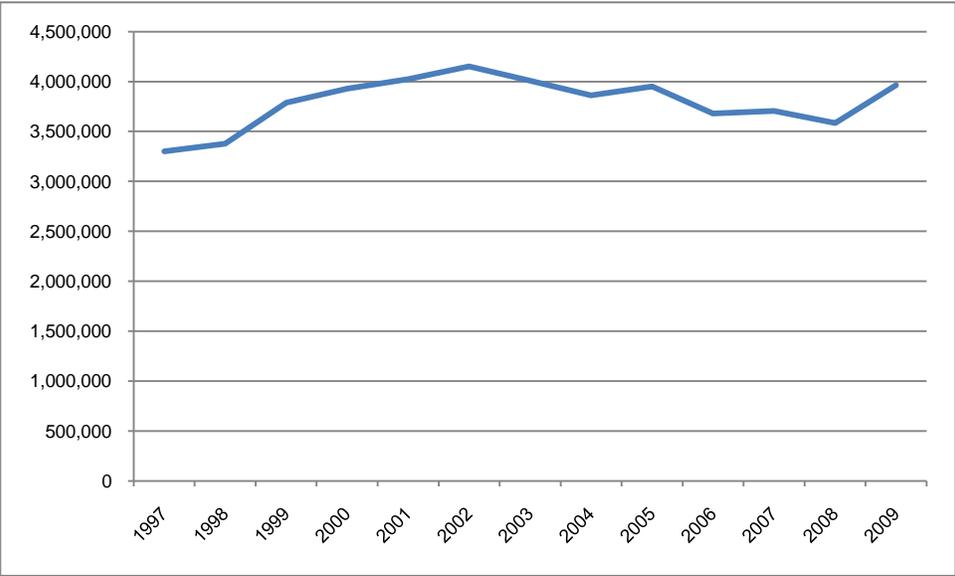
4/ Incluye: Urgencias atendidas por el Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM).

5/ Incluye: Dentro y fuera de quirófano.

Fuente: Sistema de Información para Población Abierta (SISPA), Sistema de Información en Salud (SIS) y Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH)

El número de consultas en el primer nivel de atención también muestra un incremento de 1997 al 2009, pasando de 3'300,686 a 3'926,229 consultas lo cual representa un aumento de 1.2%. El periodo 2000-2005, es el que reporta el mayor número de consultas otorgadas y coincide con el lapso de mayor impulso al PSMMG (Gráfica 17).

Grafica 17. Número de consultas otorgadas en unidades del primer nivel de atención en el Distritito Federal, 1997-2009



Fuente: Agenda estadística 2009, Secretaria de Salud del DF.

Este número de consultas registradas corresponde al reporte de la agenda estadística 2009. En este documento se reporta un total de 3'926,229 consultas en el primer nivel de atención y la mayoría corresponde a centros de salud (86.24%). A pesar de que se trata de un número elevado de consultas, con el personal que labora en la SSDF sería posible incrementar el número de servicios otorgados.

Cuadro 32. Consultas otorgadas en unidades de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2009

Lugar de atención	Número de consultas	%
Consultorios Delegación	14,550	0.37
Unidades de Atención Primaria	----	-----
Unidades Móviles	43,978	1.11
Sanciones administrativas	15,194	0.38
Centro de atención toxicológica	6,036	0.15
Clínicas de Especialidad	372,511	9.40
Otros Programas de Salud Pública	56,152	1.42
Comunidades	36,696	0.93
Centro de salud	3 6,696	86.24
Total	3926229	100

Fuente: Agenda estadística 2009, Secretaria de Salud del DF.

Como ejemplo, se expone una situación que considera al total de 2681 trabajadores de salud de primer contacto integrado por médicos generales, especialistas, odontólogos y otros como médicos en formación lo que indica que el número de consultas/hora es en promedio de 1.03 consultas.³ Este indicador corresponde al 25% del estándar de consultas /hora/ trabajador que debe realizar en un día (≥ 4 consultas/hora/trabajador) de tal forma que con el personal con el que se cuenta, existe la posibilidad de otorgar un total de 15'442,560 consultas al año en el primer nivel de atención lo que representaría un incremento del 74.34%.

³ Este cálculo se basó en el número de consultas reportadas en el primer nivel de atención entre el personal de salud, el resultado se dividió entre 240 días que son los días hábiles y a su vez el resultado se dividió entre 6, que es el número de horas por jornada efectiva de trabajo.

Discusión y conclusiones

Condiciones de salud y desigualdades sociosanitarias

La agrupación de las delegaciones tiene como propósito señalar condiciones comunes respecto a condiciones de vida y satisfacción de necesidades esenciales, exploradas a través del índice de desarrollo social. Esta aproximación permite destacar que en las 16 delegaciones se identifican espacios-población clasificados con grado de desarrollo social muy bajo, lo que expresa la fragmentación socio-territorial de la ciudad y la coexistencia de espacios-población con grados de desarrollo contrastantes. Las diferencias más notables se refieren al peso que los territorios de muy bajo desarrollo social tienen en cada delegación. Así, se reconocen delegaciones en donde predominan mayoritariamente los espacios-población con muy bajo desarrollo social (estrato 4) y otras, en donde la población vive en mejores condiciones (GDS alto y medio), pero en sus territorios existen enclaves de deterioro (estratos 1 y 2).

La información sobre morbilidad por demanda de atención es muy homogénea entre delegaciones, destacan entre los padecimientos crónicos la diabetes *mellitus* y la hipertensión arterial, mientras que en las enfermedades agudas predominan las IRAS y las EDAS. Esta situación podría ser explicada por tres fenómenos distintos pero interrelacionados: el primero es que al tratarse de morbilidad por demanda de atención, expresa lo que la población considera enfermedad que requiere tratamiento médico y que supone puede ser atendida en las unidades de salud; el segundo tiene que ver con las propias unidades de salud (sobre todo en atención ambulatoria) que reconocen, atienden y registran la patología, modelando la demanda y el tercero, la homogeneidad de la población atendida en los servicios de salud de la SSDF, que aún cuando viva en delegaciones con índice de desarrollo social alto o medio, proviene de los espacios-población con mayor deterioro. Es decir, la homogeneidad sería resultado de las características de la población que hace uso de los centros de salud y de las limitaciones del primer nivel de atención para la identificación y diagnóstico de patología más compleja, pues a pesar del incremento de inversión en infraestructura, continúa con deficiencias en la capacidad

instalada para identificar patología que requiere para su diagnóstico pruebas de laboratorio y gabinete más sofisticadas.

En la ciudad, la mortalidad infantil ha descendido de 29 defunciones en menores de un año por 1000 NVE en 1990 a 17 en 2008. En el mismo sentido, la mortalidad materna en la ciudad disminuye de 6.1 por 10 000 NVE en 1990 a 5.2 en 2008.

Respecto a la mortalidad infantil y la mortalidad materna persisten diferencias entre delegaciones. En menores de un año, las tasas de muerte (2008) van de 25.5 por 1000 NVE en Cuauhtémoc a 12.4 en Tláhuac, mientras que la muerte materna (2008) varía de 14.09 por 10 000 NVE en Venustiano Carranza a 1.34 en Coyoacán. Sin embargo y a pesar de la persistencia de desigualdades en estos indicadores de daño, la reducción de brechas entre delegaciones ha sido notable. Las delegaciones con muy bajo grado de desarrollo social, mostraban en 1990 mortalidad infantil elevada (Milpa Alta, Tláhuac y Xochimilco) y para 2008 el riesgo de morir de los menores de un año en estas delegaciones se reduce sustancialmente. Así mismo, en 1990, dos de las delegaciones del grupo de GDS muy bajo (Milpa Alta y Tláhuac), tenían tasas muy elevadas de muerte materna y para el 2008 reducen el indicador a 8.30 por 10 000 NVE y 2.92 respectivamente.

En la delegación Miguel Hidalgo - que se ubica en el grupo de GDS alto - se presenta una situación anómala, que se mantiene desde 1990, pues tiene la mortalidad infantil más elevada de todo el Distrito Federal y el segundo lugar en mortalidad materna.

Además de las reducciones en los indicadores de muerte infantil y muerte materna, se observa un fenómeno de aplanamiento y reducción de la mortalidad en edad postproductiva y razones de riesgo sin muchas diferencias entre delegaciones, lo que apunta a una mejoría en las condiciones de vida y de atención de los adultos mayores en la ciudad, que (sin ser concluyente) podría atribuirse a las políticas sociales y de salud que desde el año 2000 han priorizado a este grupo etario.

La mortalidad por patología crónica, en particular por diabetes, enfermedad isquémica del corazón y tumores malignos, predomina en el perfil general de daño

de la ciudad y en cada una de las delegaciones, independientemente del grado de desarrollo social u otros indicadores demográficos.

En 2008, destacan por su elevada mortalidad por diabetes Venustiano Carranza e Iztacalco; por su alta mortalidad por enfermedades del corazón, tumores malignos e influenza y neumonías Benito Juárez; mientras que las tasas más altas de muerte por accidentes se presentan en Cuauhtémoc, Iztacalco y Azcapotzalco.

En el grupo de delegaciones con muy bajo desarrollo social, las infecciones ocupan un lugar destacado entre las causas de atención y se mantienen entre las 20 principales causas de muerte.

Respecto a las instituciones de seguridad social presentes en la ciudad, destacan el IMSS y el ISSSTE, que en 2000 cubrían al 36.4% y al 13% de la población respectivamente y para el 2010 reducen su cobertura a 33.9% y a 12.1%.

Para el año 2000 el 45.7% de la población reporta no ser derechohabiente, en 2005 este porcentaje se reduce a 42% por el incremento de “derechohabiencia en otras instituciones”, en donde presuponemos que son los derechohabientes de la SSDF incorporados en el PSMMG. Para 2010 este grupo se reduce a 2.3% y el 10.5% de la población reporta filiación al Seguro Popular de Salud.

La reducción de población derechohabiente del IMSS en el periodo 2000-2010 se concentra en las delegaciones de Iztapalapa, Gustavo A. Madero, Coyoacán y Azcapotzalco y es justamente en dos de estas delegaciones donde se concentra el mayor número de unidades del IMSS (Gustavo A. Madero y Azcapotzalco). Iztapalapa a pesar de tener un porcentaje importante de derechohabientes del IMSS sólo cuenta con cinco unidades de medicina familiar y dos hospitales de 2° nivel.

En relación a los servicios públicos de salud para población sin seguridad social, se observa que las delegaciones centrales concentran las unidades de 2° nivel de atención y es en estas zonas donde los indicadores presentan promedios aceptables respecto a los estándares internacionales. Sin embargo, los hospitales existentes

con predominio de pediátricos y materno-infantiles, resultan insuficiente para contender con la patología crónica de adultos.

Otro fenómeno importante, que se suma a la complejidad de la vida urbana, es la movilidad de los habitantes del área metropolitana, que presiona sobre la infraestructura de la ciudad y aumenta la demanda de servicios. El elevado porcentaje de población del Estado de México atendida en los hospitales del GDF es sólo una muestra de esta situación: para 2010, en los hospitales pediátricos de Legaria, Villa y Moctezuma representa más del 40% de sus egresos.

Respecto a las unidades de primer nivel con presencia en toda la ciudad y coberturas formales entre 58% y 85% de la población sin seguridad social, presentan una capacidad resolutive que depende – en gran medida – de su tamaño, de la existencia de servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio y gabinete), de la dotación oportuna y suficiente de insumos y de la permanencia del personal que ahí labora.

Políticas y programas de salud

Desde 1997 se impulsa el fortalecimiento de la red de servicios públicos para resolver necesidades de atención médico-sanitaria, sin embargo, se observa - sobre todo - en los conjuntos de delegaciones de los estratos 3 y 4 (grado de desarrollo social bajo y muy bajo) insuficiencia de recursos críticos para la atención. A pesar de la inversión en infraestructura, persisten inequidades en la disponibilidad de servicios e inadecuación de los existentes. Esta situación es más evidente en el 2° nivel de atención, en donde la inadecuación se manifiesta por la concentración de hospitales pediátricos y materno-infantiles en las delegaciones con mayores índices de envejecimiento.

La política de salud local del Gobierno del Distrito Federal reconoce problemas del entorno socioeconómico y del propio sistema de salud. Destacan las desigualdades socio-sanitarias, la inequidad en el acceso a servicios de salud, el financiamiento insuficiente de los servicios públicos y a la heterogénea calidad en la atención.

Se identifican como momentos clave del desarrollo reciente del sistema público de salud en el DF, la creación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y el avance del proceso descentralizador que permiten una autonomía relativa frente a la política de salud federal y el impulso de políticas de garantía del derecho a la protección de la salud en el marco de una política social de derechos. La fortaleza financiera de la entidad, estas definiciones ético-políticas y la autonomía relativa respecto a las políticas federales de corte neoliberal, apuntan al fortalecimiento de lo público y al desarrollo de un modelo universalista y gratuito de atención a la salud, acompañado de un incremento sustancial de fondos públicos destinados a las instituciones que atienden a población sin seguridad social.

La SSDF plantea la centralidad de la institución pública y de los fondos fiscales para garantizar el derecho a la protección de la salud. Esta concepción se plasma en los programas de Apoyo Alimentario, Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores y Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, instrumentados desde febrero del 2001.

A pesar del contexto nacional adverso, el GDF produce un conjunto de leyes, planes y programas que dan soporte a una política social de derechos. La SSDF avanza en el fortalecimiento institucional, el incremento sustancial del financiamiento público y en la garantía del derecho a la protección a la salud con énfasis en las estrategias de gratuidad, universalidad e integralidad.

La pensión universal para adultos mayores y el programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos nacen como programas para posteriormente institucionalizarse como derechos exigibles. Transitan de una perspectiva de “apoyo” a una visión de derechos y obligación del ejecutivo (Jefe de Gobierno) y del legislativo (ALDF) locales de garantizar los recursos necesarios para hacer efectivos estos derechos.

En el periodo analizado, particularmente a partir de 2006 se consolida el programa de pensión universal, este avance contrasta con la involución del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos. Mientras la pensión se fortalece como

derecho, el PSMMG presenta un retroceso respecto al diseño inicial, su operación se mantiene en forma inercial y progresivamente es sustituido en importancia política y operativa por el Seguro Popular de Salud.

En el balance respecto a los ejes programáticos del ejercicio de los derechos sociales, combate a la desigualdad y la pobreza y sobre las metas planteadas en el PDS 2007-2012, destacan avances y limitaciones para la protección a la salud como un derecho.

- El logro de la cobertura universal y gratuita en salud para toda la población que no cuenta con seguridad social se desdibuja, pues la gratuidad se sustituye por gradualidad y focalización socioeconómica según condiciones de alta y muy alta marginalidad.
- El propio PDS 2007-2012 expresa esta contradicción pues en una parte hace referencia a la cobertura universal y gratuita para toda la población sin seguridad social y en las metas restringe la atención médica gratuita a las comunidades de alta y muy alta marginación
- El desarrollo de una cultura para la prevención de la enfermedad en la sociedad y la consolidación de una cultura de promoción se ve limitada por la orientación de los servicios y el énfasis médico de los principales programas de salud, en particular del Seguro Popular de Salud, en el que predominan las acciones curativas y algunas intervenciones preventivas a nivel individual. (SSA, 2010b)
- La consolidación del sistema universal de vacunación para niñas y niños menores de cinco años, se ve obstaculizada por la reducción presupuestal para actividades de vacunación y se expresa en la disminución de las coberturas de vacunación en este grupo etario.
- La integralidad se ve limitada por el abandono de las acciones integradas en salud y su sustitución por el paquete de intervenciones del SPS. Existe también una fragmentación programática que limita las sinergias entre

programas (el caso de la detección de cáncer de mama es ilustrativo de esta situación).

- Se produce una segmentación en el financiamiento, la organización y prestación de los servicios al tener que diferenciar poblaciones afiliadas al SPS, adscritas al PSMMG y sin filiación.
- La participación ciudadana está ausente en la definición de los programas
- La subrogación de servicios y de medicamentos, aun cuando resuelve problemas de insuficiencia de recursos humanos e instalaciones y de abasto, no contribuye al fortalecimiento de las capacidades institucionales, transfiere tareas estratégicas de la atención a entidades privadas e introduce dinámicas de mercantilización que deben ser evaluadas.

Los avances más consistentes se expresan en:

- El efecto que una política social de derechos y de protección a la salud tiene sobre la reducción de desigualdades. Destaca la disminución de las diferencias en mortalidad materna e infantil entre delegaciones.
- La extensión y profundización de la atención médica domiciliaria para personas adultas mayores y la ampliación de la atención médica-gerontológica especializada, a través de los programas de Atención Médica y Entrega de Medicamentos a Domicilio y Atención Integral del Adulto Mayor.
- La prioridad que tiene el grupo de adultos mayores en la política social y de salud en el DF apunta a explicar la tendencia descendente de la mortalidad en edad postproductiva y la homogeneidad en las razones de riesgo entre delegaciones. Así, en este grupo etario se muestran los aspectos más consistentes y el mayor avance en garantizar el derecho a la protección a la salud y los resultados positivos de la integralidad de la atención.

- La visibilidad de los problemas de salud de las mujeres, la mejora de las condiciones para su atención y la especialización con perspectiva de género de los servicios médicos para las niñas y las mujeres, también se reconoce como un avance sustancial de la política del GDF. Destacan tres programas prioritarios: Detección de Cáncer de Mama, Vacunación contra VPH e Interrupción Legal del Embarazo. Estos programas, a pesar de las dificultades en su operación y su insuficiente integración, han permitido ampliar la detección de cáncer mamario, vacunar contra el VPH para reducir el riesgo de cáncer cérvico-uterino y posibilitar la interrupción legal del embarazo, reduciendo los riesgos de abortos mal practicados.
- La mejora de la equidad en materia de atención a la salud entre grupos sociales y zonas geográficas, básicamente en lo que se refiere a disponibilidad de servicios, como resultado de la ampliación de la infraestructura de atención hospitalaria.
- Respecto a las metas de reducción del número de personas con sobrepeso y obesidad y disminución en por lo menos un 10% el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, se identifican programas específicos para atender esta problemática, sin embargo, no hay información desagregada que permita valorar su impacto.
- Frente al reto de atender en forma integral la salud mental en la ciudad, se han dado los primeros pasos al proponer la construcción de un sistema de atención en materia de salud mental, a través de un proyecto de ley para orientar las políticas públicas relacionadas con la prevención de padecimientos mentales.
- El proyecto de La reducción de los riesgos sanitarios asociados al consumo de bienes, productos y servicios es una tarea pendiente; sin embargo, la creación de la Agencia de Protección Sanitaria como órgano desconcentrado del GDF, responsable de la salubridad local, a quien le corresponde ejercer la regulación, control, vigilancia y fomento sanitarios, aprobada por la Asamblea

Legislativa del Distrito Federal a través de la Ley de Salud local, sienta las bases para avanzar en este campo.

En síntesis, la dinámica socio-sanitaria de la ciudad coloca a las políticas sociales y de salud frente a retos complejos. La patología crónica, el peso de las enfermedades de adultos mayores y las inequidades persistentes en indicadores de mortalidad y en disponibilidad y acceso a servicios, forman parte de este panorama.

El GDF enfrenta esta situación desde la perspectiva de garantizar derechos y se observan avances sustanciales en la protección a la salud de grupos específicos: adultos mayores y mujeres.

En particular en las políticas de atención a los adultos mayores se avanza en la integralidad de las acciones, en la confluencia y sinergias programáticas y en la superación de un modelo de atención únicamente curativo. Sin embargo, la fragmentación de programas y servicios, la primacía del modelo curativo, la desarticulación de acciones y la insuficiente integración se mantiene en la operación de la mayoría de los programas de la SSDF.

El retroceso mayor en la protección a la salud como derecho, es la política de salud que desde 2006 reduce la importancia del PSMMG e impulsa el SPS que progresivamente se fortalece, modificando de raíz la perspectiva universalista.

Bibliografía

Blanco, J. Rivera J, A, y López O. (1998) "Polarización de la calidad de vida y la salud en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México" en Ziccardi, Alicia y Reyes, Sergio (coords.) Ciudades Latinoamericanas. Modernización y Pobreza (México: UNAM).

Blanco J. y López O. (2007) Calidad de vida, salud y territorio. Un campo temático en (re)construcción en: Jarillo E. y Ginsberg E. (Coords.) Temas y desafíos en salud colectiva, Lugar Editorial, Argentina, pp.103-125

Blanco J. y Sáenz O. (1994) *Espacio urbano y salud* (México: Universidad de Guadalajara).

Boltvinik J. (1990) Pobreza y necesidades básicas. Conceptos y métodos de medición (Caracas: PNUD).

Cárdenas C. (1997) Una ciudad para todos. Otra forma de gobierno. Fundación para la Democracia. México

COPLAMAR (1982) Necesidades esenciales en México. Salud. México: Siglo XXI Editores.

Consejo de Evaluación del Distrito Federal. (2010) Índice de desarrollo social. México

Consejo de Evaluación del Distrito Federal. Análisis de la situación de pobreza en el DF (2009) <http://www.evalua.df.gob.mx/>

Diario Oficial de la Federación (DOF) (2007) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última Reforma DOF 27-09-2007

Diario Oficial de la Federación (DOF) (2003) Ley General de Salud 2003. Mayo 2003.

Evaluación del diseño y operación del programa de acceso gratuito a los servicios médicos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral (PSMMG) (2008)

http://www.evalua.df.gob.mx/recomendaciones/evaluaciones_finales/medicamentos.pdf

Evaluación del diseño y operación del programa de pensión alimentaria (2009) http://www.evalua.df.gob.mx/recomendaciones/evaluaciones_finales/evaluacion_pension_alimentaria.pdf

Evaluación del diseño y operación del programa de atención integral al cáncer de mama en el Distrito Federal (PAICMA) (2009) http://www.evalua.df.gob.mx/recomendaciones/evaluaciones_finales/cancer_mama.pdf

Gobierno del Distrito Federal (GDF) (1998) Política Social del Gobierno del Distrito Federal, Documento Marco. México: Gobierno del Distrito Federal.

Gaceta Oficial del Distrito Federal (GODF) (2000) Ley de desarrollo social para el Distrito Federal, 23 de mayo

Gaceta Oficial del Distrito Federal (GODF) (2006a) 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. 22 de mayo

Gaceta Oficial del Distrito Federal (GODF) (2006b) Reglamento 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. 4 de diciembre

Gaceta Oficial del Distrito Federal (GODF) (2001) Resoluciones de carácter general en la que se exime del pago de Derechos por los Servicios Médicos que presta el Gobierno del Distrito Federal, a la población abierta residente en el Distrito Federal. 20 de marzo

GIRE, (2010) <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=222> Consulta 12 de febrero 2011)

Gobierno del Distrito Federal (GDF) (2007a) Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2007-2012. México

Gobierno del Distrito Federal (GDF) (2007b) Programa de Desarrollo Social del Distrito Federal 2007-2012. México

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

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2000) XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, México, 2000

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2005) II Conteo de Población y Vivienda, INEGI, México, 2005

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010) Censo General de Población y Vivienda, INEGI, México, 2010

Laurell C. (2009) La vacuna de VPH. El Conflicto de interés <http://www.jornada.unam.mx/2009/03/04/index.php?section=opinion&article=a03a1ci> e.

Laurell, C. (2008) La vacuna contra el VPH: ¿ciencia para la ganancia? <http://www.jornada.unam.mx/2008/03/06/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>

Laurell, C. (2005) La política de salud del Gobierno de la Ciudad de México: por los derechos sociales y la satisfacción de necesidades humanas, en *Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina* (Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud)

Laurell, C. (2003) ¿What does Latin American Social Medicine do when it governs?, en *American Journal of Public Health* (Washington) N° 93.

Laurell AC. (2007) Health System Reform in Mexico: A Critical Review. *International Journal of Health Service*; 37(3):515-535.

Laurell, C. y López O. (2002) Market commodities and poverty relief. The World Bank Proposal for health. Navarro V, (Coord.) *The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life*. New York: Baywood, pp. 191-228

Linares N. y López O. (2008) La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, Vol. 3(3):247-259.

López, O. (1994) La selectividad en la política de salud, en: Laurell, AC. *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Fundación Friedrich Ebert/UAM-X, pp. 33-60

López O. y Blanco J. (2008a) Caminos divergentes para la protección social en salud en México. *Salud Colectiva*, Vol. 4(3):319-333

López O. y Blanco J. (2008b) Las vertientes privatizadoras en el seguro popular de salud en México. *Salud Problema*, Segunda época, año 1, N° 1, 2 y 3, pp. 78-84

López O. y Blanco J. (2009) Los límites de una política de salud local: retrocesos e inercias en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2007-2009. *Salud Problema*, Segunda Época, Año, 1(4):35-40

López O. y Blanco J. (2001) La polarización de la política de salud en México. *Cadernos de Saude Pública* (Río de Janeiro), Vol. 17, N° 1.

López O y Blanco J. (2004) Paradojas en las coberturas de atención a la salud en la ciudad de México. En Patiño, Elsa y Castillo, Jaime (coord.) *Población, servicios y marco construido*. Puebla: Red Nacional de Investigación Urbana y Universidad Autónoma de Puebla, pp. 117-126.

López O. y Blanco J. (2007) Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal, en: Jarillo E. y Ginsberg E. (Coords.), *Temas y desafíos en Salud Colectiva*, Lugar Editorial, Argentina, pp. 21-48

López S. y Granados J.A. (Coords.) (2010) El abasto de medicamentos en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Morales P. (2003) Servicios esenciales de salud, sofisma constitucional. México: Letra S, N° 78.

Observatorio de política social y derechos humanos (2009). Marco jurídico internacional. México, Incide Social (<http://incidesocial/observatorio/>)

Observatorio de política social y derechos humanos (2009). Marco jurídico nacional. México, Incide Social (<http://incidesocial/observatorio/>)

Observatorio de política social y derechos humanos (2009). Indicadores de salud. México, Incide Social (<http://incidesocial/observatorio/>)

Organización de Estados Americanos (OEA) (1988) Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador, 17 de noviembre

Organización de Naciones Unidas (ONU) (1948) Declaración Universal de Derechos Humanos. Resolución de la Asamblea General 217 A (iii), del 10 de diciembre

Organización de Naciones Unidas (ONU) (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A/RES/2200 A (XXI), del 16 de diciembre

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2008). Índice de Desarrollo Humano Municipal en México 2000-2005. Oficina Nacional de Desarrollo Humano. México.

Secretaría de Salud (SSA) (2010). Rendición de cuentas en salud 2009. Gobierno Federal, México 2010.

Secretaría de Salud (SSA) (2010b). CAUSES. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (SSA) (2004) Financiamiento justo y protección social universal México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) (2011) (http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/). Consultado el 15 de febrero de 2011

Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) (2010) http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=126&Itemid=28 Consulta 10 de febrero de 2011

Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) (2007). Manuales de procedimientos del acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral.

Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) (2006). Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal. Actualización para el periodo 2004-2006

Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) (2005) Informe de Trabajo 2004. México: Gobierno del Distrito Federal.

Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) (2003) Modelo de atención ampliada a la salud. Documento Técnico. México: Gobierno del Distrito Federal.

Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) (2002) Programa de Salud del Distrito Federal 2002-2006. México: Gobierno del Distrito Federal.

Sen A. (2002) ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Pública;11(5/6):302-09.