

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
AVISO POR EL QUE SE DA A CONOCER EL
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL 2013-2018

DR. JOSÉ ARMANDO AHUED ORTEGA, Secretario de Salud del Distrito Federal, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 15, fracción VII; 16, fracciones IV y VII de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal; 24 y 25 de la Ley de Presupuesto y Gasto Eficiente; y 10, fracción II y 35 de la Ley de Planeación del Desarrollo del Distrito Federal; y

C O N S I D E R A N D O

Que el Jefe de Gobierno ejercerá la facultad de conducir y coordinar la planeación del desarrollo del Distrito Federal a través del Comité de Planeación.

Que mediante Acuerdo publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 11 de septiembre de 2013, se aprobó el Programa General de Desarrollo 2013-2018, mismo que establece los objetivos, metas y líneas de acción que servirán de base para la definición e implementación de las políticas públicas de la Ciudad de México hasta el año 2018.

Que los programas institucionales son los documentos que desagregan a mediano y corto plazo los objetivos y metas de los programas sectoriales, mismos que regirán sus actividades en el ámbito de sus competencias y atribuciones; conteniendo las políticas públicas necesarias para lograr lo dispuesto en el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018 y en los programas sectoriales.

Que los programas institucionales deberán ser presentados ante el Comité de Planeación del Desarrollo, por los titulares de las dependencias o de los órganos de gobierno de la entidad de que se trate para su validación.

Que mediante acuerdo del Comité de Planeación del Desarrollo del Distrito Federal, suscrito durante su Tercera Sesión Ordinaria 2015, se aprobó el Programa Institucional de Salud del Distrito Federal 2013-2018, acorde a lo establecido en la Ley de Planeación del Desarrollo del Distrito Federal, y por lo anterior se da a conocer el siguiente:

AVISO POR EL QUE SE DA A CONOCER EL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL 2013-2018

PRIMERO.- Se da a conocer el Programa Institucional de Salud del Distrito Federal 2013-2018.

SEGUNDO.- La Secretaría de Salud del Distrito Federal elaborará su respectivo programa operativo anual y anteproyecto de presupuesto. Éste último deberá destinar los recursos presupuestarios correspondientes para el eficaz cumplimiento de los objetivos y metas planteados en el Programa Institucional, mismo que deriva del Programa General de Desarrollo del DF 2013-2018.

TERCERO.- Los alcances establecidos en el presente Programa Institucional de Salud del Distrito Federal 2013-2018 estarán en función de la disponibilidad financiera del Gobierno del Distrito Federal, por lo que las Unidades Responsables del Gasto determinarán las acciones para lograr dichos alcances, supeditándose a su capacidad operativa y presupuesto autorizado, evitando en todo momento contraer compromisos que excedan a éstos.

CUARTO.- La Secretaría de Salud del Distrito Federal con la participación que conforme a sus atribuciones le corresponden a la Contraloría General y a la Oficialía Mayor, en los términos de las disposiciones aplicables, darán seguimiento a la implementación de las acciones y al cumplimiento de los objetivos establecidos en el Programa Institucional de Salud del Distrito Federal 2013-2018, y reportarán los resultados obtenidos con base en las metas e indicadores correspondientes.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- Publíquese en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

SEGUNDO.- El presente Programa entrará en vigor el día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

Dado en la Ciudad de México, a los veintidós días del mes de septiembre de dos mil quince.

(Firma)

Dr. José Armando Ahued Ortega
Secretario de Salud del Distrito Federal

AVISO POR EL CUAL SE DA A CONOCER EL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL 2013-2018

I.- ÍNDICE

II.- PRESENTACIÓN DEL SECRETARIO DE SALUD

III.- MARCO NORMATIVO

IV.- INTRODUCCIÓN

V.- PROGRAMA INSTITUCIONAL DE SALUD

a) DIAGNÓSTICO DE SALUD

b) ÁREA DE OPORTUNIDAD 2. SALUD

OBJETIVOS, METAS, INDICADORES Y POLÍTICAS PÚBLICAS

OBJETIVO 1. REDUCIR LA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS.

META INSTITUCIONAL CUANTIFICADA 1

INDICADORES

POLÍTICAS PÚBLICAS

OBJETIVO 2. LOGRAR EL EJERCICIO PLENO Y UNIVERSAL DEL DERECHO A LA SALUD.

META INSTITUCIONAL CUANTIFICADA 1

INDICADORES

POLÍTICAS PÚBLICAS

META INSTITUCIONAL CUANTIFICADA 2

INDICADORES

POLÍTICAS PÚBLICAS

OBJETIVO 3. REDUCIR LA INCIDENCIA DEL CÁNCER DE MAMA Y CÉRVICO-UTERINO.

META INSTITUCIONAL CUANTIFICADA 1

INDICADORES

POLÍTICAS PÚBLICAS

OBJETIVO 4. DISMINUIR EL CONSUMO DE DROGAS Y SUSTANCIAS ADICTIVAS Y FAVORECER LA ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA POBLACIÓN AFECTADA.

META INSTITUCIONAL CUANTIFICADA 1

INDICADORES

POLÍTICAS PÚBLICAS

OBJETIVO 5. REDUCIR EL SEDENTARISMO FÍSICO EN LA POBLACIÓN DEL DISTRITO FEDERAL.

META INSTITUCIONAL CUANTIFICADA 1

INDICADORES

POLÍTICAS PÚBLICAS

OBJETIVO 6. PROMOVER LA SANIDAD, CORRECTA ATENCIÓN Y BIENESTAR DE LOS ANIMALES.

META INSTITUCIONAL CUANTIFICADA 1

INDICADORES

POLÍTICAS PÚBLICAS

VI.- SIGLAS Y ACRÓNIMOS

II.- PRESENTACIÓN DEL SECRETARIO DE SALUD

La elaboración del Programa Institucional de Salud 2013-2018 (PROINSA) obedece a la responsabilidad de la Secretaría de Salud de disponer de herramientas adecuadas para la instrumentación de la política pública sanitaria del Gobierno del Distrito Federal, establecidas en el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal y en su Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

En el campo de la política pública en salud, el Gobierno del Distrito Federal ha priorizado su abordaje desde la perspectiva de garantía de derechos humanos y bienestar social, que se orientan a lograr el acceso de la población a los servicios de salud disponibles, de acuerdo a la infraestructura y tecnología sanitaria establecida con los recursos públicos administrados por el Gobierno de la Ciudad de México, mismos que se aplican a la prevención, la atención y la rehabilitación, con una perspectiva humana, solidaria y justa que repercuta en la mejoría de la calidad de vida de los residentes de esta ciudad. De esta perspectiva se han desprendido en los años más recientes, múltiples acciones de salud innovadoras que impactan en la creación, desarrollo y operación de los servicios que dirige la Secretaría de Salud.

En el ámbito de la salud, la presente administración tiene como prioridad que las y los habitantes de la Ciudad de México reciban los servicios sin que exista exclusión ni discriminación alguna y con oportunidad, calidad y trato digno, para con ello mejorar y aumentar la calidad de vida de sus ciudadanos, así como atender de manera oportuna a las personas y grupos en situación de mayor vulnerabilidad.

De la misma manera el desarrollo del PROINSA responde a diferentes motivos de carácter técnico-administrativo. En el campo de lo técnico, el interés sobresaliente nace de observar cómo en el transcurso de los años recientes se han venido incorporando objetivos, estrategias y actividades enfocadas a dar respuesta a la compleja situación de salud en la Ciudad de México, que si bien tiene condiciones favorables y un nivel de salud destacado en el contexto nacional, también tiene retos que atender. En el terreno de los aspectos administrativos destaca la necesidad de disponer de un instrumento programático que conjunte y articule los esfuerzos institucionales para mejorar y evaluar las múltiples actividades de las unidades administrativas responsables de la conducción y ejecución de las estrategias y acciones, así como de las unidades encargadas de otorgar la atención preventiva, médica y rehabilitatoria, tanto de la Secretaría de Salud como de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

El PROINSA 2013-2018 se vincula de manera directa con la visión del Gobierno del Distrito Federal señalada en su Programa General de Desarrollo y en las prioridades establecidas en los siguientes seis objetivos de su Programa Sectorial de Salud: 1. Reducir la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas; 2. Lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud; 3. Reducir la incidencia del cáncer de mama y cérvico-uterino; 4. Disminuir el consumo de drogas y sustancias adictivas y favorecer la atención y rehabilitación de la población afectada; 5. Reducir el sedentarismo físico en la población del Distrito Federal, y 6. Promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales.

Las líneas de acción vinculadas a cada uno de dichos objetivos, tienen como propósito consolidar la promoción y la protección de la salud, así como la prevención de las enfermedades, reduciendo el impacto negativo de las conductas y hábitos nocivos para la salud, con la meta de mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad, a través de la creación y fortalecimiento de redes de servicios, sustentadas en un modelo de atención de primer y segundo nivel diversificado, integral y resolutorio; así como la supresión de la barrera financiera para el acceso a los servicios y el fortalecimiento del control y el fomento sanitario, con la finalidad de reducir los riesgos que afectan la salud de la población.

El Programa se constituye en el instrumento fundamental de planeación de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, de utilidad para la definición, puesta en marcha y evaluación de las políticas públicas prioritarias, y mantiene y mejora el conjunto de estrategias que ya están en marcha con notables resultados positivos, así mismo identifica nuevas áreas de oportunidad para la aplicación de nuevas acciones y actividades. En él se agrupan las acciones de los programas de la institución, orientados al beneficio de la población, evitando la duplicidad de esfuerzos y de recursos, haciendo más eficiente la entrega de servicios a los usuarios, y al mismo tiempo permite avanzar en la construcción de una visión integral coordinada y fortalecida.

Los propósitos del PROINSA se fundamentan y articulan con el amplio marco normativo local, en especial con la Ley de Salud para el Distrito Federal, en la que se establecen las bases y modalidades para garantizar el acceso a los servicios de salud por parte de la población y las competencias en materia de salubridad general y local. También define al Sistema de

Salud del Distrito Federal, como el conjunto de unidades administrativas, órganos desconcentrados y descentralizados del Gobierno y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que prestan servicios de salud, así como a los mecanismos de coordinación de acciones que se suscriben con dependencias o entidades de la Administración Pública Federal. La conducción de dicho Sistema queda dentro del ámbito de responsabilidad de ésta Secretaría.

La Ley también señala que los habitantes de la Capital, con independencia de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquiera otra característica, tienen derecho a la protección a la salud, bajo criterios de universalidad y equidad. Situación que se atiende con la disposición de una amplia infraestructura para la atención y el acceso gratuito a los servicios médicos del gobierno. Este derecho se constituye en uno de los pilares de la política social que distingue al Distrito Federal y es un eje que articula la oferta de servicios gubernamentales en salud, eliminando los efectos de la barrera financiera para el acceso a los servicios públicos en la materia.

El Programa también incluye en sus estrategias y acciones las prioridades de atención que las diversas leyes del Distrito Federal han señalado en el ámbito de la salud, entre otras la de Protección a la Salud de los no Fumadores; la de Prevención y el Tratamiento de la Obesidad y los Trastornos Alimenticios; la de Salud Mental; la de Prevención y Atención Integral del VIH-SIDA; la de Voluntad Anticipada; la Ley para la Atención Integral del Cáncer de Mama del Distrito Federal; la Ley que Establece el Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que carecen de Seguridad Social Laboral y la Ley para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Distrito Federal.

El Programa reconoce la complejidad sanitaria de Distrito Federal y es un reflejo de las características de la urbe, considerada como el centro económico, político, social, científico y cultural del país. Es el centro del área conurbada más grande de la nación y alcanza una densidad de población residente muy alta y un flujo de visitantes y migrantes relevante. Esta complejidad también se manifiesta en su situación de salud que, siendo una de las mejores de la República Mexicana, requiere de importantes acciones preventivas y restaurativas para que sea posible alcanzar mejores condiciones sanitarias que permitan mantener y mejorar el nivel de vida de sus habitantes.

De la misma forma considera la existencia de grupos humanos menos favorecidos por el desarrollo de la Ciudad que se vienen atendiendo por el sector gubernamental a través de una política social incluyente, que ha logrado disminuir los efectos de la marginación en algunos grupos en situación de mayor vulnerabilidad, entre ellos destacan las mujeres; las niñas y los niños; las y los jóvenes; los pueblos y comunidades indígenas; las poblaciones callejeras; las personas adultas mayores; las personas con discapacidad; las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo, y las personas víctimas de trata y explotación sexual.

A esta complejidad se suma el panorama de las condiciones y daños a la salud del Distrito Federal que manifiestan cambios producidos en el perfil demográfico, en especial por el envejecimiento de su población, que sumado a la falta de actividad física, la nutrición inadecuada, la práctica de relaciones sexuales inseguras, así como el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, contribuyen al incremento progresivo de las enfermedades crónicas no transmisibles, del tipo de la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, las enfermedades osteomusculares y pulmonares obstructivas-crónicas, así como la adicción a drogas y alteraciones a la salud mental, entre otras. Además persisten diversas enfermedades de tipo transmisible que se observan con mayor frecuencia en los grupos poblacionales en situaciones de alta vulnerabilidad, como son la diarrea, enfermedades respiratorias, infecciones de transmisión sexual, además de otras enfermedades no transmisibles en general.

El PROINSA se estructura a partir del reconocimiento de la situación de salud en la entidad, realizado con la participación de las diferentes áreas del primer y segundo nivel de atención involucradas en el proceso; concentrando su enfoque a los factores de riesgo relevantes y en los problemas actuales o potenciales de salud en el corto, mediano y largo plazo.

En la elaboración del Programa se involucró a un grupo de expertos y actores representantes de las diferentes direcciones generales y de áreas del ámbito central, tanto del primer nivel de atención, como de los servicios médicos hospitalarios, bajo la conducción de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial. Para ello se realizaron múltiples sesiones de trabajo, lo que permitió consensar desde el diagnóstico situacional hasta la definición de las metas e indicadores a aplicar para el monitoreo y evaluación de la gestión y resultados de dicho Programa.

Siendo los resultados del Programa Institucional de Salud 2013-2018 responsabilidad directa de la Secretaría de Salud, no se omite reconocer la importancia que tiene el abordaje intersectorial de los determinantes sociales de la salud-enfermedad, por lo que procura promover y ejecutar acciones conjuntas con otras dependencias del gobierno local, así como con toda la sociedad para alcanzar sus metas. Por lo que considera imprescindible la intervención de otros actores para la construcción de un futuro que fortalezca la colaboración del sector público y privado para acercarse a la realidad deseada. Todo ello con el propósito de avanzar con estrategias y acciones eficaces orientadas a lograr intervenciones con mayor oportunidad y suficiencia, para alcanzar un impacto positivo en los indicadores de riesgos y daños a la salud a través de la intervención preventiva, curativa y de rehabilitación.

Para el logro de avances significativos en el marco de éste Programa Institucional de Salud 2013-2018, se exige el máximo esfuerzo de todos y cada uno de los profesionales de la salud y de las áreas administrativas de apoyo que crean las condiciones favorables para la ejecución de las estrategias y líneas de acción, sin duda dicho esfuerzo será recompensado al observar los cambios positivos logrados en beneficio de la población.

José Armando Ahued Ortega
Secretario de Salud

III.- MARCO NORMATIVO

- a) Estatuto de Gobierno del Distrito Federal.
- b) Ley de Planeación del Desarrollo del Distrito Federal.
- c) Ley de Salud del Distrito Federal.
- d) Ley de Presupuesto y Gasto Eficiente del Distrito Federal
- e) Acuerdo por el que se emite el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018.
- f) Acuerdo por el que se aprueban los Lineamientos para la Elaboración, Aprobación, y Seguimiento a los Programas Derivados del Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018.

IV.- INTRODUCCIÓN

El PROINSA 2013-2018 considera los logros alcanzados por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, los cuales tienen un enfoque de vigencia y construcción de derechos ciudadanos, así como el reconocimiento y apoyo en especial a los grupos en situación de alta vulnerabilidad. Del mismo modo se vincula con lo establecido por el Programa Sectorial de Salud, considerando la opinión de expertos en la prestación de servicios de salud de ésta Dependencia.

La SEDESA desarrolla estrategias y acciones que cuentan con reconocimiento en el ámbito nacional e internacional, siendo incluso algunas de ellas adoptadas por otras instituciones de salud. No obstante debe reconocerse que existen déficits sanitarios, necesidades en salud emergentes y rezagos que deben ser priorizados y atendidos en el corto, mediano y largo plazo.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 del Distrito Federal establece los objetivos, metas, indicadores y políticas públicas que sirvieron de base para la elaboración del Programa Institucional de Salud, mismo que responde a las necesidades de atención a la salud de la población del Distrito Federal, a las cuales las distintas áreas internas de la SEDESA y de los Servicios de Salud Pública del D.F. deberán apegarse en el desarrollo de los programas y actividades de su responsabilidad.

En el apartado a) Diagnóstico de Salud del presente documento, se señalan de manera sintética diversos aspectos, tanto cualitativos como cuantitativos de la situación en salud del país y de la Ciudad de México que dan origen a los planteamientos de política pública sanitaria, contenidos en los objetivos del Programa y en la propuesta de intervenciones institucionales.

En primer término se realiza una caracterización del perfil sociodemográfico del Distrito Federal, destacando aspectos como acceso a los servicios de salud, empleo, ocupación, pobreza, marginación, Índice de Pobreza y de Desarrollo Humano. En segundo término se presenta una perspectiva demográfica de la población residente en la entidad, señalando entre otros aspectos la cantidad de habitantes, su edad y proporción por sexo.

A continuación se revisan algunos aspectos relacionados con los daños a la salud en el marco del perfil epidemiológico nacional y local, los cuales por su magnitud y trascendencia constituyen problemas de salud pública. Se analizan los datos relativos a la Mortalidad y Morbilidad, con énfasis en las principales enfermedades crónico degenerativas como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial Sistémica y el Sobrepeso y la Obesidad; para continuar con una revisión general de datos sobre la relación entre la calidad del ambiente y la salud humana.

Así mismo, se incorporan datos de padecimientos que por su alta prevalencia e impacto para los servicios de salud resultan prioritarios como son, cáncer de mama, cáncer cervico uterino y de próstata, así como cáncer de piel que por el incremento en su frecuencia han tomado relevancia en los últimos años. Se abordan además aspectos relativos a la salud sexual y reproductiva, con énfasis en el embarazo adolescente, la motilidad materna, las infecciones de transmisión sexual y por VIH/SIDA, así como la Interrupción Legal del Embarazo. Por otro lado se tocan una serie de aspectos relacionados con la salud mental, las adicciones, principalmente el consumo del alcohol y el tabaco, así como aspectos asociados con la sanidad animal.

Éste panorama de los principales padecimientos en la entidad, permite priorizar las acciones en salud pública a desarrollar en el marco de los programas de la Institución, tomando en cuenta la infraestructura con la que se cuenta, la cual se distribuye en diversas unidades de primero y segundo nivel, así como unidades médicas móviles y de especialidad.

Por último se revisan algunas de las principales estrategias y programas de la SEDESA que contribuyen a garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes de la capital, dirigidos a la población como son, el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, la Atención Médica y entrega de Medicamentos a Domicilio, la Salud Bucal, el Programa de Medicina Integrativa, el Programa de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis, la Donación de Órganos y de Sangre, los Servicios de Cardiología Intervencionista, la Atención a Pacientes Quemados y la Prevención y Atención a la violencia de Género.

En el siguiente apartado, b) Área de Oportunidad 2. Salud, se retoma del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 el Eje 1. Equidad e Inclusión Social para el Desarrollo Humano, en especial su Área de Oportunidad 2. Salud, la cual adopta un enfoque de derechos, con el propósito de reducir la exclusión y la discriminación y aumentar la calidad de vida de las y los habitantes de la Ciudad de México. Para este fin se establecen los objetivos, metas institucionales, indicadores y políticas públicas, definiéndose los aspectos necesarios para evaluar las intervenciones a realizar a fin de alcanzar los objetivos de la Política Sanitaria, así como la disminución o solución de los problemas de salud que afectan a la población residente en el Distrito Federal. Enseguida establecen seis objetivos y para el logro de los mismos se definen 7 metas institucionales y 32 indicadores.

Para el desarrollo y evaluación del PROINSA, se parte de la coordinación y sinergia de los esfuerzos y aportaciones de las diferentes áreas de la SEDESA y de SSPDF, así como de cada una de las dependencias que participaron en el Programa Sectorial. De esta manera el Programa Institucional de Salud 2013-2018 se integró a través de un trabajo conjunto entre las diferentes áreas que conforman los servicios del primer y segundo nivel de atención de la SEDESA, identificando los principales desafíos que enfrenta la Ciudad de México en materia de salud, estableciendo prioridades y planteando los mecanismos a aplicar para evaluar los resultados buscados.

Para la integración del presente Programa se utilizó y sistematizó la información necesaria aportada por las diferentes áreas, estableciendo sus líneas base y metas correspondientes. El empleo de los conceptos, datos, índices y series de información de dichas áreas permitió contar con la información indispensable para la identificación de las acciones que les corresponden y al mismo tiempo mantener un enfoque integral.

Los resultados de este trabajo también permiten identificar los mecanismos requeridos para fortalecer las acciones que ya se vienen realizando y distinguir áreas de oportunidad. Lo anterior con el propósito de beneficiar a la población del D.F. con acciones específicas para dar respuesta a las demandas de atención a la salud.

Al final de este documento se presentan las Siglas y Acrónimos más utilizados en el texto.

V.- PROGRAMA INSTITUCIONAL DE SALUD

a) DIAGNÓSTICO DE SALUD

El proceso salud-enfermedad es un fenómeno complejo que depende de múltiples factores económicos, sociales y culturales que están más allá del ámbito sanitario local, en consecuencia las acciones dirigidas a la mejora de la salud de la población deben considerar los distintos factores y actores sociales involucrados. Desde una perspectiva amplia se trata por tanto de integrar la actuación de diversas áreas para dar respuesta al reto que supone abordar los múltiples determinantes que afectan a la salud de una colectividad y para trazar el rumbo de las políticas no sólo del sistema sanitario sino también de todos los agentes implicados, con la finalidad de aumentar el nivel de salud de la población.

En este contexto se integra el Programa Institucional de Salud 2013- 2018.

El desarrollo de la industrialización y modernización del país ha producido durante décadas importantes beneficios acompañados de una desigual distribución de ellos. En el ámbito del acceso a la salud se han identificado por lo menos cuatro grupos o tipos de población de acuerdo al papel que ocupan dentro del mercado laboral y económico, así como a la atención médica que reciben: la afiliada a algún régimen de seguridad social, la que no lo está, la que no tiene la capacidad económica para acceder al mercado privado, así como aquella que cuenta con recursos para adquirir bienes y servicios médicos privados. La responsabilidad y el impacto de las actividades sanitarias del sector público se manifiestan en diferentes grados en todos estos grupos de la población.

En la Ciudad de México, el 42.4% de la población residente no cuenta con derechohabiencia a los servicios de salud, lo que representa que 3.9 millones de personas carecen de acceso a los servicios de atención médica de la seguridad social o médico privada, cifra que constantemente se incrementa debido al aumento en las tasas de desempleo que se registran en el país y en la entidad con menor grado. Esta problemática obliga a la SEDESA a incrementar constantemente la oferta de servicios de atención médica de carácter general, atención médica especializada y atención médica hospitalaria y de urgencias, dirigida a la población carente de seguridad social.

La población económicamente activa en el D.F. corresponde a un 56.8%, de las cuales el 95.2% tenía alguna ocupación. Del 42.4% de la población que no participa en actividades económicas, el 38.7% eran estudiantes, el 44.0% personas dedicadas a los quehaceres del hogar, 11.3% jubilados y pensionados, el 1.8% personas con alguna limitación física o mental permanente, que les impide trabajar y 4.2% personas con alguna otra actividad.

Según datos de la Subsecretaría de Empleo y Productividad Laboral, plasmados en su Boletín de agosto de 2014, la tasa de desocupación en el D.F. es de 7.3, por arriba de la cifra nacional que se encuentra en 5.5. Así mismo, la tasa de informalidad nacional para el segundo trimestre de 2014 es de 57.8 contra 49.9 para el Distrito Federal.

Por otro lado el Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social en su Informe de Pobreza y Evaluación 2012 reportó que para el 2010 existían en el país alrededor de 52.1 millones de personas en pobreza (46.3%) y 12.8 millones en pobreza extrema (11.4%). El Distrito Federal se encuentra entre las 5 entidades con menos pobreza en el país, ocupando el lugar número 30 en porcentaje de pobreza (2, 525,800 personas) y el 31 en porcentaje de pobreza extrema (193, 400 personas). Las delegaciones con mayor porcentaje de pobreza fueron Milpa Alta, Tláhuac, Iztapalapa, Álvaro Obregón y Gustavo A. Madero. Las delegaciones con pobreza extrema fueron Milpa Alta, Xochimilco y Tlalpan.

Por otra parte la Oficina de Investigación en Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en México, reporta que hasta el 72.5% de los municipios en el país tenían en 2010 un Índice de Desarrollo Humano (IDH), con un nivel inferior al promedio mundial (0.690). Los componentes del IDH son educación, salud e ingreso. EL Distrito Federal tiene el municipio con el mayor IDH del país, que corresponde a la Delegación Benito Juárez (0.917).

De acuerdo al INEGI el Distrito Federal cuenta con 449 localidades de las cuales 6 se encuentran en un grado muy alto de marginación (53,530 habitantes), 281 localidades en alto índice de marginación (2, 099, 349), 73 en un nivel medio (1,650,115 habitantes), 58 en bajo (3,327,290 habitantes) y 31 en muy bajo índice de marginación (8,040,111).

En el D.F. existen alrededor de 122, 411 personas de 5 y más años que hablan alguna lengua indígena, lo que representa el 2% de la población de 5 años y más. La lengua indígena más hablada es el náhuatl con un 27.5%, seguida del mixteco con 10.8%.

Las proyecciones del CONAPO señalaban que para el 2013 el D.F. era la segunda entidad más poblada del país, con 8.9% de la población total, porcentaje que corresponde a 8'884,713 personas, de las cuales 4'640,415 eran mujeres y 4'244,298 hombres, es decir 52.22% y 47.78%, respectivamente. Se observa que el crecimiento de la población del Distrito Federal del período comprendido entre los años 1950 a 1980, promedió un incremento de 1'926,879 personas por cada 10 años, y de 1980 al 2010 no se tuvo un incremento significativo de la población. (Indicadores Demográficos 2010-2030 CONAPO)

En su último Censo de Población y Vivienda realizado en 2010, el INEGI reportó para el D.F que la mitad de la población tenía 31 años o menos. Las delegaciones con mayor número de habitantes eran Iztapalapa con 1'815,786 habitantes, Gustavo A. Madero con 1'185, 772 y Álvaro Obregón con 727, 034 habitantes.

Como factores que probablemente influyeron en el comportamiento del crecimiento poblacional, se pueden identificar a eventos como el sismo de septiembre de 1985 y la estrategia de descentralización de las dependencias federales y las grandes industrias de carácter internacional; no obstante existen muchos otros factores directos e indirectos que pudieron intervenir en este fenómeno, entre ellos los resultados de programas como el de Planificación Familiar y la incorporación paulatina de las mujeres a los espacios laborales, lo cual pudo incidir en la disminución de la tasa global de fecundidad y en la tasa bruta de natalidad en la Ciudad de México.

En la Tabla 1 se puede observar la evolución del número de habitantes en el D.F., la cual también se explica a partir de cambios en los niveles de fecundidad, el incremento en la esperanza de vida al nacer y la disminución de la mortalidad. Todos estos cambios inciden en la pirámide poblacional que a principios de los años 60 tenía una base amplia y que en los años 90 comenzó a hacerse más angosta, observándose un incremento en la proporción de jóvenes y adultos. La tendencia para los años por venir supone un cambio en la pirámide poblacional en el que la base se hace angosta por la disminución en el número de nacimientos y el vértice se ensancha debido al incremento en el número de habitantes mayores de 60 años.

AÑO	2000	2005	2010	2015	2020
Número de habitantes D. F.	8 ,641,061	8 ,944, 895	9, 084, 026	9, 216, 360	9 ,330, 833
2000: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Resultados Preliminares. México, 2000.					
2005-2020: CONAPO. Proyecciones de la Población de México 1995-2020. México, 1999.					

Como se ha señalado, la acelerada transición demográfica y epidemiológica que se vive en el Distrito Federal ha provocado que se incremente la cantidad de personas en los niveles altos de la pirámide por edades y la mayor parte con padecimientos crónico degenerativos, que implican una gran demanda de servicios y por lo general muy costosos.

Los múltiples desafíos que afronta la SEDESA para otorgar servicios a su población usuaria, han generado un proceso de cambio para adaptarse a las circunstancias de demanda y los costos de los servicios, es por ello que dentro de las estrategias de salud, se han establecido alternativas para atender las necesidades de la población, construyendo escenarios para la atención médica integral en la esfera, física, psicológica y de acceso a la salud, de forma preferencial a estos grupos de personas adultas mayores

El proceso de envejecimiento en el Distrito Federal es similar a observado en el comportamiento demográfico nacional, derivado de la disminución en la mortalidad y el incremento de la esperanza de vida al nacer. En los próximos 17 años se duplicará la relación de personas de 65 y más años de edad por cada 100 infantes entre 0 y 14 años (Índice de Envejecimiento). Es importante resaltar este hecho, debido a las implicaciones que tendrá para los sistemas de pensiones, jubilaciones y la salud en general, así como los recursos para hacer frente a las necesidades particulares de ésta población. (Estimaciones del INEGI basadas en CONAPO. Proyecciones de población 2010-2050).

El Instituto Nacional de Geriátría en su Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud 2013, basado en una encuesta de percepción, reporta que más de la mitad de los adultos mayores de 60 años conserva su salud y no tiene discapacidad alguna, el 20% se encuentra en alguna condición de fragilidad, y uno de cada 5 cursa con discapacidad por lo que son totalmente dependientes, es decir, necesitan un cuidador de tiempo completo. Así mismo hasta el 27% no acude a buscar atención formal por cuestiones económicas. Con respecto a los servicios de salud, 1 de cada 6 no tiene aseguramiento, la mitad acude al sector privado y 1 de cada 5 se atiende en farmacias.

La misma fuente señala que los hogares con adultos mayores consumen hasta 50% o más de los recursos en salud. Así mismo del total de la población que estuvo hospitalizada en 2012, la mitad correspondía a personas adultas mayores. Por último la ENSANUT 2012 reportó las principales causas de alteración funcional de éste grupo, integrándolas en tres rubros: En el primer grupo destacan las enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus, eventos Cerebro Vasculares, Cardiopatías e Hipertensión Arterial; en el segundo se identifican los Síndromes Geriátricos, como Caídas, Anorexia/Sarcopenia, Trastornos Neurosensoriales, Polimedicación, Dependencia y Depresión, y el último grupo está integrado por las Pluripatologías.

En el año 2013 la esperanza de vida en México fue de 75 años, mientras que en la población del Distrito Federal fue de 75.8 años como promedio general; 78.3 años para las mujeres y 73.5 años para hombres.

Dicho aumento de la esperanza de vida y la creciente exposición a los llamados riesgos emergentes, relacionados en su mayoría con estilos de vida poco saludables, han modificado la frecuencia y el orden de prioridad de las principales causas de muerte. Las defunciones generales registradas en el D.F., alcanzaron en el 2012 un total de 55,995, contra 602,354 que se presentaron en todo el país, lo que representa el 9.2% del total.

En la Tabla 2 se muestra un histórico de la tasa de mortalidad nacional, en ella se observa una disminución en la tasa Bruta de Mortalidad, que descendió de 11.5 por cada 1,000 habitantes en 1960, hasta 5.7 en el 2014. (Compendio Histórico. Estadísticas Vitales 1893-1993. México, 1993 Proyecciones de la poblacional 2010-2050).

INDICADOR	1960	1980	1990	1995	2000	2005	2013
Tasa bruta de mortalidad	11.5	6.5	5.6	5.2	5.1	5.2	5.7
1930-1980: SSA. Compendio Histórico. Estadísticas Vitales 1893-1993. México, 1993.							
1990, 1995: Poder Ejecutivo Federal. Primer Informe de Gobierno 1995. Anexo Estadístico. México. 1995.							
1996-2001: CONAPO. Proyecciones de la Población de México, 1995-2020. México, 1998.							

Respecto a la mortalidad en el Distrito Federal destaca la diferencia histórica que existe entre las principales causas de defunción. A principios de los años 50's los padecimientos infectocontagiosos eran los que más muertes causaban y la Diabetes Mellitus no aparecía dentro de las primeras 15 causas. Para 1990 las 5 primeras causas eran Enfermedades del Corazón, Tumores malignos, Diabetes Mellitus, Accidentes y Cirrosis y otras Enfermedades Crónicas del Hígado, destacando ya la Diabetes Mellitus como una de las primeras causas (INEGI/SSDF Dirección de Información en Salud).

Es a partir del año 2000 que los primeros lugares en orden descendente lo ocupan las Enfermedades del Corazón, la Diabetes Mellitus, los Tumores Malignos, la Enfermedad Cerebrovascular y las Enfermedades del hígado. Para el año 2010 no se presentaron cambios en los primeros lugares, destacando en el 9º lugar la Insuficiencia Renal, que según estimaciones de un estudio realizado por la UNAM, para el 2025 será la causa de 160 mil muertes, originada por la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial Sistémica (Estudio: Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México, UNAM, 2009). A continuación se presenta una tabla comparativa de las 15 primeras causas de mortalidad de 1970 a 2010 para el Distrito Federal.

Tabla 3 Causas de Mortalidad 1970-2010 Distrito Federal				
No.	1970	1990	2000	2010
1	Influenza y neumonía	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
2	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	Tumores malignos	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus
3	Ciertas causas de la morbilidad y la mortalidad perinatales	Diabetes Mellitus	Tumores Malignos	Tumores Malignos
4	Enfermedades del corazón	Accidentes	Enfermedad cerebrovascular	Enfermedad cerebrovascular
5	Cirrosis hepática	Cirrosis y otras Enfermedades Crónicas del hígado	Enfermedades del hígado	Enfermedades del hígado
6	Tumores malignos	Enfermedad cerebrovascular	Accidentes	Influenza y neumonía
7	Enfermedades cerebrovasculares	Ciertas afecciones del periodo perinatal	Ciertas afecciones del periodo perinatal	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
8	Infecciones respiratorias agudas	Influenza y neumonía	Influenza y neumonía	Accidentes
9	Accidentes	Homicidio lesiones causadas intencionalmente por otra persona	Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica	Insuficiencia Renal
Tabla 3 Causas de Mortalidad 1970-2010 Distrito Federal (Continuación)				
No.	1970	1990	2000	2010
10	Diabetes mellitus	Anomalías congénitas	Malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
11	Anomalías congénitas	Bronquitis crónica y las no especificadas enfisema y asma	Insuficiencia renal	Agresiones (homicidios)
12	Tuberculosis del aparato respiratorio	Enfermedades infecciosas intestinales	Agresiones y homicidios	Malformaciones congénitas deformidades y anomalías cromosómicas
13	Sarampión	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana	Bronquitis crónica y la no especificada y enfisema
14	Homicidio y Lesiones causadas intencionalmente por otras personas	Deficiencias en la nutrición	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana

15	Bronquitis, enfisema y asma	Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	Lesiones auto infligidas intencionales (suicidios)
INEGI/SSDF. Dirección de Información en Salud.				

Para 2011 la Secretaría de Salud reportó las 20 primeras causas de Enfermedades Transmisibles y las 20 no Transmisibles en el país (Tabla 4.).

Nº	Principales causas de Enfermedades Transmisibles	Principales causas de Enfermedades No Transmisibles
1	Infecciones respiratorias agudas	Úlceras, gastritis y duodenitis
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	Gingivitis y enfermedades periodontales
3	Infecciones de vías urinarias	Hipertensión Arterial
4	Otitis media aguda	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)
5	Conjuntivitis	Asma y estado asmático
6	Amebiasis Intestinal	Intoxicación por picadura de alacrán
7	Varicela	Quemaduras
8	Otras helmintiasis	Desnutrición leve
9	Candidiasis urogenital	Mordedura por perro
10	Neumonías y bronconeumonías	Accidentes de transporte en vehículos con motor
11	Paratifoidea y otras salmonelosis	Enfermedad isquémica del corazón
12	Tricomoniasis urogenital	Violencia intrafamiliar
13	Faringitis y amigdalitis estreptocócica	Intoxicación por ponzoña de animales

Nº	Principales causas de Enfermedades Transmisibles	Principales causas de Enfermedades No Transmisibles
14	Otras infecciones derivadas de protozoarios	Displasia cervical leve y moderada
15	Ascariasis	Intoxicación aguda por alcohol
16	Escabiosis	Enfermedades cerebrovasculares
17	Fiebre tifoidea	Peatón lesionado en accidentes de transporte
18	Intoxicación alimentaria bacteriana	Diabetes Mellitus insulino dependiente (Tipo I)
19	Virus del papiloma humano	Desnutrición moderada
20	Hepatitis aguda tipo A	Enfermedad alcohólica del hígado
Anuario de Información Epidemiológica de Morbilidad. SSA, 2011.		

Las 20 principales causas de morbilidad hospitalaria reportadas para el Distrito Federal en el 2013 fueron las siguientes:

1	Parto único espontáneo (Incluye interrupción legal del embarazo)	11	Influenza y neumonía
2	Causas obstétricas directas (excepto aborto)	12	Enfermedades del corazón
3	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	13	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
4	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	14	Tumores malignos
5	Aborto	15	Infecciones respiratorias agudas
6	Enfermedades del apéndice	16	Enfermedades infecciosas intestinales
7	Colelitiasis y colecistitis	17	Enfermedades del hígado
8	Diabetes mellitus	18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos a uso de otras sustancias psicoactivas.
9	Hernia de la cavidad abdominal	19	Atención para la anticoncepción
10	Insuficiencia Renal	20	Leiomioma uterino
SSDF/ Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH)			

Estos datos permiten a la Secretaría de Salud del Distrito Federal enfocar y priorizar sus esfuerzos a fin de fortalecer los programas orientados a los riesgos y daños a la salud que la población manifiesta.

Otro de los factores que inciden en la salud de población es la calidad del aire. En la “Guía de calidad del aire de la OMS relativa al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre”, se destaca que según una evaluación de la carga de la enfermedad debida a la contaminación del aire, más de 2 millones de muertes prematuras producida por la quema de combustibles sólidos, se podían atribuir cada año a los efectos de la contaminación del aire en espacios abiertos urbanos y en espacios cerrados. De esta forma más de la mitad de la carga de la enfermedad recae en las poblaciones de los países en desarrollo. Cada país establece las normas de calidad del aire con la finalidad de proteger la salud pública de sus ciudadanos, las cuales varían en función de los riesgos para la salud, la viabilidad tecnológica, aspectos económicos, políticos, etc.

En materia de calidad del ambiente, la contaminación del aire tiene distinto potencial para producir daños sobre la salud humana dependiendo del tipo de contaminante, de las propiedades físicas y químicas de sus componentes, así como la frecuencia, duración de la exposición y su concentración, entre otros factores. De manera genérica se establece que la capacidad de un contaminante para producir un efecto nocivo en la salud depende fundamentalmente de dos factores: 1) la magnitud de la exposición y 2) la vulnerabilidad de las personas. En consecuencia son afectados principalmente menores de edad y adultos mayores con posibles efectos en aparato respiratorio, cardiovascular, digestivo y piel entre otros. De la misma forma, personas que padecen alguna enfermedad son susceptibles a mayores daños. La OMS estima que en el mundo suman 1.3 millones las personas que mueren al año a causa de la contaminación atmosférica urbana.

En el Distrito Federal se ha mantenido una tendencia descendente de los niveles de contaminantes del aire, los cuales se encuentran regulados por las Normas Oficiales Mexicanas de salud ambiental. Contaminantes como el dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno, monóxido de carbono y plomo se han mantenido por debajo de los límites que establecen dichas normas. Sin embargo, el ozono y las partículas suspendidas continúan rebasando los límites de la norma y registrando las concentraciones máximas, lo que obliga a fortalecer los programas para garantizar la protección de la salud de la población.

El Distrito Federal, al igual que el resto del país, se caracteriza por el predominio cada vez mayor de las enfermedades crónico-degenerativas, constituyéndose en las décadas recientes en un problema de salud pública. Ello se puede observar en su prevalencia en la población del país de 20 y más años en el periodo 2000-2012, que mostró un incremento relevante de estas patologías de la siguiente manera: la Obesidad pasó de 63.8% a 73.8%; la Diabetes Mellitus Tipo 2 de 7.1% a 12.3%; la Hipertensión Arterial de 12.9% a 22% y la Hipercolesterolemia de 8.8% a 20.5%. (ENSA 2000 y ENSANUT 2012).

De la misma manera se pueden observar cambios importantes en la oferta de servicios de atención a la salud-enfermedad. En efecto entre los años 2000 y 2011, la atención de las enfermedades crónico-degenerativas en los hospitales del Gobierno del Distrito Federal casi se triplicó. En el año 2000 fueron atendidas 183 mil personas por enfermedades como diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, mientras que para 2011 la cifra aumentó a 516 mil personas. Ante este panorama la SEDESA viene diversificando constantemente su oferta de atención médica considerando en forma relevante la promoción de la salud y la medicina preventiva, realizando acciones como consejería, orientación médico-social, organización de grupos de promoción a la salud y de grupos informativos en las unidades de atención médica, escuelas y otros lugares de reunión y recreación donde se encuentran espacios de alta afluencia de pacientes y población en general.

De acuerdo a la ENSANUT 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población menor de 5 años fue de 9.7%, lo que representa 1'079,127 infantes; en la de 5 a 11 años fue de 34.4%, equivalente a 5'664,870 niños y niñas; en la población adolescente (12 a 19 años) de 35%, es decir, 6'325,131 individuos y en la población adulta (20 y más años) de 71.3% que significa 48.6 millones de personas, 69.37% en hombres y 73.01% en mujeres de este último grupo de edad. De la misma manera la mortalidad por 100 mil habitantes, se elevó de la siguiente forma: para Diabetes Mellitus de 74.1 en el año 2000 a 103.8 defunciones en el 2012; la mortalidad por enfermedad hipertensiva de 13.6 en 2000 a 17.9 defunciones hacia el 2012; la enfermedad isquémica del corazón, de 68 en el 2000 a 103 defunciones en el 2012, y la mortalidad por enfermedad cerebrovascular de 33 en el año 2000 a 34.4 defunciones en el 2012. La Diabetes Mellitus se ha ido posicionando como una de las principales causas de mortalidad general en los últimos 20 años, sin embargo también deben considerarse otros padecimientos crónico-degenerativos como las enfermedades isquémicas del corazón, la enfermedad cerebro vascular, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, las cuales también se encuentran entre las primeras causas de muerte en el período señalado. (Principales Causas de Mortalidad General 2000 a 2008, DGIS-SSA; ENSANUT 2012).

Por su parte la Publicación de Mortalidad 2012 de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, señala que las primeras cinco causas de defunción en la entidad para ese año, fueron las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades del hígado. No obstante de brindar servicio para las principales causas de enfermedad y muerte encuadradas dentro de las patologías crónico-degenerativas, la SEDESA también otorga atención a otra serie importante de padecimientos, como por ejemplo, afecciones originadas en el período perinatal, asociadas al proceso de embarazo y parto y a las infecciones respiratorias agudas.

Para el caso de las defunciones por infecciones respiratorias agudas en los menores de 5 años, la tasa de defunción por 100,000 menores de cinco años en el D.F. en el periodo de 2002 a 2014, disminuyó 12.42 puntos porcentuales, al pasar de 38.72 a 26.63, respectivamente. (Certificados de defunción e informes finales de mortalidad, sector salud. D.F. DVIE). Para el caso de la mortalidad por Enfermedades Diarreicas Agudas también en menores de 5 años, durante el mismo periodo, la tasa disminuyó 5.3 puntos porcentuales, lo cual pudiera estar reflejando los resultados de las acciones de los diversos programas dirigidos a la población infantil.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónico-degenerativas tienen factores de riesgo, comunes y modificables. Dichos factores explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades a todas las edades y en hombres y mujeres de todo el mundo. Entre ellos destacan una alimentación poco saludable, la inactividad física y el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas.

La problemática del sobrepeso y la obesidad representan problemas de salud pública que afectan a 7 de cada 10 hombres y mujeres de 20 años o más en el Distrito Federal; estas cifras son similares a las reportadas a nivel nacional. La distribución por sexo mostró una prevalencia mayor para los hombres en comparación con las mujeres, de 40.6% y 37.1%, respectivamente. Las prevalencias de sobrepeso y obesidad, así como de la obesidad abdominal han seguido una tendencia creciente en los últimos seis años, afectando a ambos sexos. Además, la obesidad es un factor de riesgo para el incremento de padecimientos como cardiopatías, diabetes mellitus, dislipidemias y trastornos osteoarticulares.

Numerosos informes, señalan que la prevalencia de obesidad en la población infantil y adolescente se ha incrementado notablemente en las últimas dos décadas, de tal manera que se ha convertido en un problema prioritario de salud pública con efectos negativos para la población que la padece, ya sea por su origen metabólico o psicológico o por sus efectos ortopédicos, entre otros. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, en el Distrito Federal 6.9% de los menores de cinco años de edad tuvieron sobrepeso, cifra que se ubicó por debajo del promedio nacional que fue de 9.7%. Los resultados de las mediciones de peso y talla mostraron que 35% de los niños de 5 a 11 años presentaron exceso de peso. En el caso de los adolescentes, 38.9% tuvieron exceso de peso, es decir, sobrepeso más obesidad.

Debido a esta creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad, en niños y adolescentes en los últimos años, el Programa de Salud Escolar de la SEDESA enfoca sus acciones a la identificación de niños y niñas con problemas nutricionales, sobrepeso y obesidad, así como a los problemas de bajo peso, bulimia y anorexia, frecuentes en la adolescencia. Para la SEDESA la atención integral de los niños identificados con algunos de estos problemas representa un área de oportunidad, debido a que ésta atención incluye la detección de enfermedades concomitantes y comorbilidades, así como del tratamiento médico y psicológico, asesoría nutricional y un régimen específico de actividad física para cada caso. En el año 2008, los costos atribuibles a la obesidad en México fueron de 42 mil millones de pesos, equivalente al 13% del gasto en salud y al 0.3% del PIB. De no atender este problema a nivel nacional, se prevé que los costos puedan alcanzar los 101 mil millones de pesos. Nuestro país ocupa el primer lugar mundial en niñas y niños con obesidad y sobrepeso y el segundo en adultos. Además, gasta 7% del presupuesto destinado a salud para atender la obesidad, sólo debajo de Estados Unidos de Norte América que invierte el 9%.

De acuerdo a la Secretaría de Salud federal y el INEGI, la población con obesidad y sobrepeso en 2010, se agrupó de la siguiente manera:

Tabla 6. Población mayor de 20 años con Obesidad y sobrepeso en 2010					
Grupo poblacional	México		%	Población con sobrepeso y obesidad en el Distrito Federal	% con respecto a la población con sobrepeso y obesidad en México
	Población total en México	Población con sobrepeso y obesidad			
Mujeres mayores de 20 años	39.5 millones	20.5 millones	51.8	2.3 millones	11.2
Hombre mayores de 20 años	32.8 millones	16.9 millones	51.2	1.8 millones	10.6
Fuente: Dirección de Promoción de la Salud					

Las consecuencias de este panorama se ven reflejadas en una mortalidad 12 veces mayor en población de 25 a 35 años, así como el 25% de las incapacidades laborales son causadas padecimientos relacionados con la obesidad, y tres de cada cuatro camas hospitalarias son ocupadas por pacientes con enfermedades asociadas con la obesidad.

A nivel mundial, la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en mortalidad. Según la OMS, alrededor del mundo, 6% de las defunciones son causadas por el sedentarismo. La inactividad física está asociada a enfermedades no transmisibles como la diabetes y cardiopatía isquémica. Por lo anterior, la activación física entre la población es un tema de primera importancia debido a los daños que ocasiona y a los gastos que implica para el sistema de salud.

La Encuesta Nacional de Juventud 2012 realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), señala que 39% de los jóvenes de entre 12 y 14 años nunca han hecho ejercicio, mientras que en el 41.8% de los jóvenes entre 15 y 19 años se observa nula actividad física. Para los rangos de edad de entre 20 y 24 y de 25 a 29, el porcentaje con dicho problema aumenta a un 53.1% y 63.5%, respectivamente. La misma encuesta reporta que los jóvenes de 12 a 29 años practican alguna actividad física con la siguiente frecuencia: Más de dos veces por semana 29.3%, máximo dos veces a la semana 20.9% y nunca 49.8%.

Para incidir en la modificación de factores que condicionan el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo, el Gobierno del Distrito Federal ha establecido diversas estrategias de fomento de la actividad física y de adopción de hábitos y conductas alimentarias sanas en la vida cotidiana de niñas, niños y jóvenes. La campaña "Muévete" de la Secretaría de Salud del D.F. se consolidó como una estrategia reconocida a nivel nacional e internacional, que se acompaña del fomento del deporte y el uso de la bicicleta, entre otras.

El impacto de las enfermedades crónico degenerativas también se observa en poblaciones específicas; por el ejemplo en personas privadas de su libertad. Actualmente la Secretaría de Salud del Distrito Federal tiene registro de 700 internos en los centros de reclusión de la Entidad con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 y 680 con Hipertensión Arterial Sistémica, en una población total de 40, 251 internos. Derivado del incremento de este tipo de padecimientos en esta población, es prioritario efectuar actividades de promoción y difusión sobre la manera de prevenir las enfermedades que se presentan con más frecuencia en los internos de dichos centros, en las cuales intervienen diversos factores como la calidad inadecuada de la alimentación que reciben, así como la inactividad física.

Las personas privadas de su libertad que cursan con alguna enfermedad, previo o posterior a su internamiento en los centros de reclusión del Distrito Federal, tienen como primera opción para su atención y tratamiento, los servicios de salud que se ofrecen dentro de la unidad médica de los mismos centros, las cuales son unidades médicas de primer nivel de atención. Para atención médica hospitalaria se cuenta con una unidad de segundo nivel, la Torre Médica Tepepan.

Uno de los grupos prioritarios de atención son las personas que presentan alguna discapacidad, considerando la atención a un daño específico de salud. En el Distrito Federal para el 2010, según datos del Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI, suman 483,045 las personas con discapacidad, de las cuales la primera causa de la limitación se refiere a enfermedad, que asciende al 38.97%, seguida de edad avanzada con un 23.62%. Dados los cambios demográficos antes reseñados la tendencia de esta población es a aumentar en el largo plazo.

En general se reconoce que los diferentes tipos de discapacidad guardan una estrecha relación con la edad, según los resultados del censo, 1.6% de las niñas y niños de 0 a 14 años tenían algún tipo de discapacidad; los resultados censales señalaron que en el año 2000, una de cada cinco personas con discapacidad la adquirió desde el nacimiento. Por ejemplo podemos citar a la hipoacusia en recién nacidos, la cual puede tener causas congénitas en la etapa gestacional o ser adquirida por traumatismo al momento de nacer, por sufrimiento fetal-hipoxia, ictericia, fracturas del peñasco del temporal, medicamentos ototóxicos y procesos infecciosos. (Discapacidad. Datos Censales INEGI. 2000). Al respecto la SEDESA ha instituido en su red de hospitales el Tamiz Auditivo Neonatal e Intervención Temprana, que consiste en una prueba inocua, gratuita, sencilla y rápida con la finalidad de detectar y atender tempranamente la hipoacusia o sordera en los recién nacidos, evitando con ello, su eventual progresión a una discapacidad del lenguaje, intelectual y finalmente problemas de adaptación social.

En México, la mortalidad por cáncer se ha incrementado a través del tiempo. En 2006 el Reporte Histopatológico de las Neoplasias Malignas (RHNM) presentó una tasa global de morbilidad por cáncer de 10 por cada 100,000 habitantes, con mayor incidencia en Nuevo León y Distrito Federal. Las causas de morbilidad por cáncer de diferente tipo y de ambos sexos se distribuye en orden de frecuencia de la siguiente forma: cáncer de piel no melanoma (14.68%), de mama (12.9%), del cérvix uterino (7.38%), de próstata (6.97%), linfomas (6.66%), de colon y recto (3.88%), de estómago (3.23%), de vejiga (2.11%), de tiroides (2.22%) y de riñón (1.86%).

Datos del INEGI para 2011, indican que de cada 100 egresos hospitalarios por tumores, 68 fueron por tumores malignos. La tasa de mortalidad hospitalaria más alta en la población menor de 20 años en 2011 se observa entre las personas de 15 a 19 años que ingresaron (4.2 de cada 100 hombres y 5.4 de cada 100 mujeres).

Como se ha señalado al inicio de este apartado, en las últimas décadas se registran cambios sustanciales en la estructura de la población que se manifiestan como una transición demográfica y epidemiológica. En el caso de las mujeres de 45 años o más de edad se presenta un aumento sensible en su número y con ello mayor riesgo de contraer cáncer cérvico-uterino. También se ha observado un incremento en los factores de riesgo para la incidencia de esta patología, entre ellos: transmisión de infecciones por el virus del papiloma humano, inicio temprano de relaciones sexuales y mayor número de parejas sexuales.

Por su magnitud y trascendencia, el cáncer de mama y el cáncer cérvico-uterino son problemas de salud pública prioritarios. Según datos del INEGI en 2011, de las personas de 20 años y más con ingreso hospitalario por cáncer, 22 de cada 100 hombres lo padecen en los órganos digestivos y 26 de cada 100 mujeres, en mama. En 2012, de las mujeres de 20 años y más, el cáncer de mama fue la segunda causa de muerte por tumores malignos (20.1 de cada 100 mil mujeres de esa edad), y casi el 47% de los casos de cáncer de mama se presentan en mujeres de entre 30 y 59 años de edad. Sin embargo, la tasa de mortalidad más alta se observa en las mujeres mayores de 60 años. Así mismo, el porcentaje más alto de prevalencia en cáncer cérvico-uterino se concentra en la población de 45 a 49 años, que representa 15.1% de las pacientes con tumores malignos. De acuerdo con cifras de la SEDESA, en 2012, los tumores malignos fueron la tercera causa de mortalidad general en mujeres, con tasas de 14.4 en cáncer de mama y 6.9 por cáncer cérvico uterino por cada 100 mil mujeres. Con el envejecimiento de la población y una mayor exposición a los factores de riesgo, este panorama tiende a cobrar mayor relevancia.

Como observamos una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población femenina en la Ciudad de México es el cáncer mamario. Por ello, la SEDESA, fortalece las acciones para la prevención y atención en unidades de salud de primer nivel, impulsando el Programa de Atención Integral de Cáncer de Mama, cuyo objetivo es beneficiar a las mujeres de 40 a 69 años y menores de 40 con factores de riesgo específicos, que residen en el Distrito Federal y que no sean derechohabientes de la seguridad social laboral, mediante el otorgamiento de intervenciones médicas integrales, oportunas y de calidad.

Por otro lado el cáncer de próstata es reconocido como el tumor maligno más frecuente en los hombres mayores de 50 años. Muestra de ello es que durante varios años ha sido una de las 15 primeras causas de mortalidad, mostrando un incremento en el D.F., colocándose en el 13er. lugar dentro de las causas de mortalidad hospitalaria masculina. Según datos de la Agenda Estadística 2012 de la SEDESA, el número de defunciones por cáncer de próstata en el Distrito Federal fue de 537, lo que representó una tasa de 12.6 por 100 mil habitantes. Por ello se han incrementado las acciones dirigidas a la detección de este padecimiento, realizando 64,781 detecciones en el periodo del 2008 al 2012. Así mismo el Programa de Prevención del Cáncer de Próstata, incorpora un abordaje estratégico en el campo de la prevención, debido al predominio de aspectos culturales arraigados en la población masculina del país.

Por otro lado, según datos del Instituto Nacional de Cancerología, en 2008 el cáncer de piel ocupó el primer lugar de consulta en hombres y el cuarto en mujeres. De acuerdo con esta misma fuente, el cáncer de piel tiene una mayor incidencia en la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey. En el 2013, se registraron en el D.F. 264 egresos hospitalarios por Melanoma (43.1% del total), de los cuales 138 fueron mujeres y 126 hombres.

A nivel nacional el cáncer de piel ocupa el segundo lugar en frecuencia entre adultos mayores de 65 años (Boletín Informativo de la Fundación Mexicana para la Dermatología. Abril de 2014). Se calcula que el 75% del daño a la piel se produce antes de los 18 años y que el incremento en la incidencia se debe al aumento en la utilización de camas de bronceado y la exposición al sol sin protección adecuada.

De acuerdo a estimaciones de la OMS el melanoma podría ocupar para el año 2020 uno de los primeros 20 lugares como causa de enfermedad entre todos los tipos de cáncer, lo cual plantea la necesidad de que la población reoriente sus estilos de vida hacia una menor exposición a los rayos solares en horas de mayor riesgo; esto entre otras medidas de salud pública que la SEDESA ya viene implementando. Así mismo y con la finalidad de fomentar en la población medidas preventivas e incrementar el diagnóstico oportuno, se inició la Campaña de Prevención de Cáncer de Piel, además se proporciona atención en el Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”, que brinda consultas especializadas en dermatología y oncología, así como otras enfermedades.

La mortalidad materna en México presenta características comunes, entre ellas como causa directa las asociadas a hemorragia y enfermedad hipertensiva del embarazo, que se vinculan entre otras, con la escasa educación de la población para solicitar el uso oportuno de los servicios médicos ante datos de alarma obstétrica; lo cual se agrava por la insuficiente accesibilidad a la atención ambulatoria y hospitalaria adecuada. No obstante la tasa de mortalidad materna muestra fluctuaciones para el periodo de 1990 a 1999. Del 2000 al 2012 a pesar de la disminución de la tasa de muerte materna observada, se encuentra todavía lejos de alcanzar la meta establecida por la ONU en los Objetivos del Milenio, por lo que la SEDESA asume el reto de fortalecer los programas de cobertura y atención de la salud materna.

En otro tema, el embarazo y la maternidad en adolescentes siguen siendo un problema que reclama atención integral. Según datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), cada año dan a luz 16 millones de adolescentes en el mundo. Los riesgos de un embarazo en la adolescencia están asociados con la presencia de desigualdad, pobreza e inequidad de género. Las probabilidades de que las adolescentes de entre 15 y 19 años mueran debido a complicaciones durante el embarazo o el parto, son dos veces mayores que las de una mujer de 20 a 30 años.

En México, las y los jóvenes inician su vida sexual entre los 15 y los 19 años, en promedio. En el año 2012, la SEDESA, estimó que 17.4% de los nacimientos totales correspondían a mujeres menores de 20 años, de los cuales 60 a 80% son embarazos no planeados. Los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la atención oportuna, destacando el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades preventivas. Los factores que dan origen a estas cifras son múltiples y revelan la necesidad de construir más y mejores estudios que permitan prevenir de manera adecuada los embarazos no deseados, particularmente a edad temprana.

Como hemos observado el embarazo en adolescentes es un problema con causas múltiples, donde el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, asociados al insuficiente uso de anticonceptivos es fundamental. La Encuesta Nacional de Juventud 2012 indica la razón por la cual los jóvenes no utilizaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual: Mi pareja no quiso 8%; No esperaba tener relaciones sexuales 51.1%; Yo no quería 10%; No conocía los métodos 8.1%; Me daba vergüenza conseguir los métodos 7.7%; Quería un embarazo 4%; No se siente igual 5.7%, Otro 4.4%. Por otro lado, los métodos que los jóvenes de entre 15 y 29 años consideran oportunos para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual son: Condón 98.5%; No tener relaciones sexuales 81.6%; Relaciones sólo con tu pareja 41.3% y Lavado vaginal 13.4%. Uno de los factores asociados a destacar en la prevención del embarazo no deseado es el nivel educativo de las mujeres jóvenes, donde se observa que a menor escolaridad mayor índice de embarazo.

La precaria utilización de métodos anticonceptivos también es posible asociarlo al nivel educativo, lo cual tiene como consecuencia un posible embarazo no deseado en mujeres de todas las edades. Esta situación en algunos casos puede tener como alternativa la interrupción legal del embarazo.

La OMS sugiere que de los 210 millones de embarazos anuales en el mundo, el 80% no son planeados, es decir 2 de cada 5 embarazos. De los no planeados, aproximadamente el 58% terminan interrumpiéndose, 19 millones de los cuales, se realizan en países donde la interrupción voluntaria del embarazo es ilegal. El número de mujeres que mueren anualmente a causa del aborto es de 68, 000, y aproximadamente el 17% de las muertes maternas, son debidas a ésta causa. En América Latina el 95% de los abortos son inseguros.

En el contexto del esfuerzo mundial para reducir la mortalidad materna, la persistencia del aborto inseguro es un reto crítico; las muertes causadas por el aborto representan el 13% de todas las muertes relacionadas con el embarazo. En la región de América Latina y el Caribe se tienen legislaciones más restrictivas con respecto al aborto; sin embargo, se estima que unos 4.1 millones ocurren cada año en esta región, casi todos de manera insegura. En México, las complicaciones derivadas del aborto inseguro son la quinta causa más importante de mortalidad materna (lo que representa de un 6 a un 8% de las muertes relacionadas con el embarazo)

En el Distrito Federal desde el año 2007 se despenalizó la interrupción del embarazo. Cifras reportadas por la SEDESA refieren que a partir de abril del 2007 y hasta el 31 de marzo del 2014 se han realizado 118,500 interrupciones ilegales, de los cuales 72.8% eran residentes del Distrito Federal. Dentro de las características más relevantes, el 70.5 % de las ILE's se realizó con medicamentos, el 52.2% de las usuarias eran solteras, el 20.7% tenía hasta 7 semanas de gestación, el 34% utilizaron el servicio de gratuidad, 39.2% tenía preparatoria, el 59.7% era de religión católica, y el 36.5% se dedica al hogar. Ante ello la SEDESA pone a disposición de las mujeres que así lo decidan, el Servicio de Interrupción Legal del Embarazo.

Otro tema de impacto en la salud pública lo constituye el VIH-SIDA, del cual se estima que a finales de 2012, un total de 40 mil personas vivían con VIH en el Distrito Federal. Este número representa 17.7% del total nacional que asciende 225,000 personas, lo que confiere a la Ciudad de México la prevalencia de VIH más alta del país con 0.79%, así mismo la tendencia reciente de infecciones por VIH muestra que más de 50% de las nuevas infecciones se producen entre las y los jóvenes de 10 a 24 años, con un incremento acelerado entre las mujeres, así mismo debe señalarse que se dispone de las más altas cifras de detección oportuna en el país, sin embargo se requiere fortalecer estas acciones.

Año	Defunciones	Tasa
1990	500	6
1991	657	7.8
1992	757	9
1993	804	9.5
1994	887	10.4
1995	983	11.5
1996	981	11.5
1997	889	10.3

1998	773	9
1999	689	8

Tabla 7 Tasa de mortalidad por VIH-SIDA en D.F. 1990 – 2012 (Continuación)		
2000	623	7.2
2001	609	7
2002	549	6.3
2003	553	6.3
2004	520	5.9
2005	512	5.8
2006	506	5.7
2007	542	6.1
2008	510	5.8
2009	502	5.7
2010	417	4.7
2011	401	4.5
2012	426	4.8
Secretaría de Salud del DF, 1990 - 2012		

* Tasa por 100 mil habitantes.

Un aspecto más de salud pública a atender son los trastornos mentales, los cuales no se presentan de igual manera ni en la misma magnitud entre mujeres y hombres. Se estima que la prevalencia de estos trastornos aumente por efecto de los factores de riesgo como la pobreza, la violencia, el abuso en el consumo de drogas y el envejecimiento de la población, entre otros. El Informe Género y Salud Mental de las Mujeres publicado por la OMS en el 2009, indica que los trastornos depresivos constituyen 41.9% de los casos de discapacidad entre las mujeres, siendo este porcentaje en los hombres de 29.3 %. Es decir, que 4 de cada 10 casos de discapacidad entre las mujeres se debe a este tipo de trastornos. De acuerdo al mismo organismo, las enfermedades mentales se asocian con una carga significativa de morbilidad y discapacidad. Entre los principales trastornos que se presentan en áreas de atención a mujeres, se encuentran los trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, intentos e ideas suicidas, violencia familiar, fobias, inseguridad, baja autoestima, duelos y adicciones.

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes en las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias los son más en los hombres.

La OMS estima que el 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. En el año 2012 estimaban que alrededor de 350 millones de personas padecían depresión en el mundo y que el número de camas psiquiátricas es de 0.4 por cada 10,000 habitantes para el periodo de 2005-2010. Un estudio realizado en México en 2013 (Evaluación del Sistema de Salud en México) estimaba que en América el promedio del gasto total en salud destinado a la salud mental, es de 1.53 % mientras que en México es de 2.0 % para el año 2009 y que el gasto de bolsillo de los pacientes era de 1% hasta 19% del salario mínimo diario, para antidepresivos y antipsicóticos respectivamente.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo recibió atención, así como uno de cada 10 con algún trastorno de ansiedad. El tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención puede ser desde 4 y hasta 20 años según el tipo de padecimiento. Así mismo, el 50% de las personas que buscaron atención especializada en salud mental, recibieron tratamiento adecuado.

El mismo estudio señala que la prevalencia de trastornos mentales en México es del 5 al 18% en la población general. La depresión fue el trastorno más frecuente (4.9% en hombres y 9.7% en mujeres). Se espera que 1 de cada 6 personas desarrolle eventualmente un trastorno mental que podría requerir atención especializada. Los trastornos afectivos en la Ciudad de México, incluyen 9% de la población adulta de entre 18 y 65 años con 7.8% de episodios depresivos mayores a razón de 2.5 mujeres por cada hombre.

En el Distrito Federal los trastornos mentales y del comportamiento se encuentran dentro de las primeras 20 causas de morbilidad hospitalaria entre los años 2001-2013. Es por ello que la Secretaría de Salud del Distrito Federal en el marco de su Programa de Salud Mental, promueve campañas como “Sana tu Mente, Sana tu Cuerpo” con la finalidad de promover, prevenir, orientar y brindar atención en cuanto a los trastornos mentales.

Por otro lado la dinámica de la capital de la República implica un comportamiento migratorio importante que se ha incrementado en los años recientes con la llegada, estancia y tránsito de población de dentro y fuera del País. Según la SEDEREC, en materia de inmigrantes, la Ciudad de México tiene una población extranjera residente con menor acceso a los servicios de salud. De acuerdo con datos del Censo de Población del INEGI 2010, alrededor de 40% de las personas nacidas en otro país no tiene acceso a servicios médicos públicos o privados, lo cual constituye un factor de riesgo para su salud y la de sus familias. Esta población es motivo de atención por razones de derechos humanos y de carácter sanitario.

El tema de las adicciones representa otro problema de salud pública debido a los altos índices de consumo mostrados en los diferentes estudios. Según reportes de la OMS el tabaco es causa de muerte de hasta la mitad de sus consumidores, cada año 6 millones de personas en el mundo mueren por esta razón, de los cuales 5 millones son fumadores y 600, 000 son no fumadores expuestos al humo del tabaco (fumadores pasivos). En México el INEGI reportaba que para el 2011, 29 de cada 100 muertes tenían relación con el tabaquismo y que la población adulta (18-65 años) gasta en promedio 400 pesos mensuales en tabaco y los adolescentes (12-17 años) invierten poco más de 300 pesos. En el ámbito regional, la prevalencia más alta de consumo de tabaco se observa en la Ciudad de México (30.8%).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-2011) realizada en población de 12 a 65 años, en la Ciudad de México, el consumo de sustancias adictivas en el último mes, presenta los siguientes resultados: alcohol 32%, tabaco 31%, inhalables 1.2 %, drogas ilegales 7.9% y drogas médicas 1.50%.

Estos datos colocan al Distrito Federal con un consumo cercano a la media nacional en alcohol, en tanto en tabaco somos la primera entidad en número de personas fumadoras, y para sustancias en las que se desvía su uso, inhalables y drogas médicas, así como de drogas ilegales estamos por arriba del promedio nacional.

En población adolescente, datos de la Encuesta de Estudiantes 2012, señalan una disminución del consumo de alcohol y tabaco pero aumento en el consumo de drogas ilegales con respecto al periodo anterior (2009); la edad promedio de inicio se ha reacomodado por sustancia, por ejemplo el tabaco, el cual era considerado como de las sustancias de inicio a edad temprana, ha sido desplazado por drogas como los inhalables y los estimulantes, el alcohol se mantiene como la sustancia de inicio. Se estima que cuatro de cada diez estudiantes consumió alcohol en el último mes previo a la encuesta y prácticamente dos de cada diez presentaron abuso, más de cinco copas estándar por ocasión para hombres y cuatro para mujeres. El consumo reportado entre el nivel de secundaria a bachillerato crece en más de 100% para cualquier droga (incluido alcohol y tabaco), además las diferencias entre hombres y mujeres tienden a desaparecer, lo que refleja la necesidad de desarrollar estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento especializado para atender prioritariamente a ésta población.

Así, las drogas legales como el alcohol y el tabaco tienen una alta prevalencia, la cual es menor para drogas ilegales, entre las cuales, las más consumidas son la marihuana, metanfetaminas y cocaína; un dato preocupante es que el inicio de consumo se presenta a edades cada vez más tempranas. Estos son factores que aumentan la probabilidad de sufrir consecuencias, como un mayor tiempo de exposición a drogas, dificultad para abandonar su consumo, problemas de salud que son causas de discapacidad y defunción como cáncer, enfisema pulmonar, infartos cardíacos, accidentes vasculares cerebrales, dificultad para el control de hipertensión arterial y diabetes mellitus, cirrosis, vulnerabilidad a Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual, así como problemas sociales, tal es el caso de los accidentes, delincuencia, disfunción familiar y social, ausentismo, deserción escolar y laboral.

Desde la promulgación de la “Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores” en el Distrito Federal, la SEDESA ha implementado una serie de estrategias en el marco del programa específico, con la finalidad de preservar la salud de los no fumadores y fomentar cambios en el hábito tabáquico, con estrategias como la denominada “Ambiente 100% Libre de Humo de Tabaco” y programas de atención integral para brindar orientación a la población en general, fomentando acciones de detección temprana de los fumadores, y una variedad de servicios que se brindan en clínicas de Tabaquismo ubicadas en las Unidades de Especialidad Médica-Centros de Atención Primaria en Adicciones. (UNEME-CAPA).

Otro tema de interés es el inadecuado manejo de los animales que ha ocasionado un abandono y descuido de mascotas por parte de dueñas y dueños irresponsables, derivando en problemas asociados a la salud pública como las mordeduras, diseminación de excretas en el aire y enfermedades gastrointestinales por contaminación fecal de los alimentos. Debido a lo anterior es necesario promover en la población una cultura cívica de protección, responsabilidad, respeto y trato digno a los animales, mediante actividades llevadas a cabo en coordinación con las autoridades competentes, instituciones académicas y organizaciones de la Sociedad Civil.

El desconocimiento de los programas para el control sanitario en clínicas veterinarias y establecimientos comerciales, ha provocado que existan condiciones poco favorables para los animales alojados en ellos y para los vecinos de esas áreas. Por ello actualmente se realizan las acciones necesarias para la publicación de los lineamientos sanitarios para la operación de las Clínicas Veterinarias y Centros de Atención Canina, debido a que existen algunos problemas relacionados con la falta de higiene y hacinamiento, lo que genera que el estado de bienestar de los animales se deteriore, y motive una solicitud de intervención de la autoridad sanitaria.

Ante el amplio panorama identificado en el Diagnóstico de Salud del Distrito Federal y para estar en condiciones de responder a los desafíos que plantea la prevención y atención de la salud de la población, la SEDESA impulsa la cultura de la prevención y promoción del autocuidado de la salud, a través de estrategias de información, educación, comunicación y participación social y comunitaria, entre otras. Dicha cultura se orienta a generar de manera colateral entre los ciudadanos, la corresponsabilidad en el cuidado de su salud, optando por prácticas más favorables para conservarla, tomando la iniciativa y actuando en busca del bienestar deseado, contribuyendo a las acciones preventivas, diagnósticas y de tratamiento de las principales enfermedades que las afectan, y que están contenidas en las acciones desarrolladas en beneficio de la población.

A pesar de que no hay una estricta relación directa entre el desarrollo económico de un país y el nivel de salud del mismo, los indicadores económicos muestran un panorama general que permite la comparación entre países, lo anterior debido a que se trata de un componente fundamental del desarrollo y bienestar social. (OMS, 2014)

En su reporte de Indicadores de Salud para el 2014 (World Development Indicators: Health systems), la OMS señala que México destina el 6.1% del PIB a salud, destacando la existencia de 2.1 médicos y 2.5 enfermeras por cada 1,000 habitantes. Así mismo, según la Agenda Estadística 2012 de la SEDESA en el Distrito Federal, la cifra era de 0.94 y 1.23, para médicos y enfermeras por cada 1,000 habitantes, respectivamente. Siendo uno de los más altos del País.

Para la prevención y atención de los problemas de salud de la población del D.F. se dispone de una infraestructura especializada. La SEDESA cuenta con 391 unidades de primer nivel de atención, entre ellas 206 Centros de Salud, 15 Clínicas de Especialidades, 25 Medibuses, 1 Unidad Móvil Dental, 10 Caravanas, Servicios Médicos en 74 Agencias del Ministerio Público, 2 Unidades Médico Legales en Reclusorios, 6 Comunidades para Adolescentes, 32 Unidades de Atención Primaria para Adicciones, 7 Unidades Médicas Especializadas en Enfermedades Crónico Degenerativas, un Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, un Centro Especializado en Medicina Integrativa, 12 Unidades de Salud de Detección Oportuna en estaciones del Sistema de Transporte Colectivo, Metro y 2 más en la Central de Abasto; así mismo en el segundo nivel de atención cuenta con 38 unidades, distribuidas en 1 Hospital de Especialidades, 12 Hospitales Generales, 8 Hospitales Materno Infantiles, 10 Hospitales Pediátricos, 2 Clínicas Hospital de Especialidades Toxicológicas y 5 Unidades Médicas en Reclusorios.

Esta capacidad instalada se ha venido incrementando en promedio 10.3% en las camas censables entre los años 2006 al 2013 y del 15.8% de las camas no censables en el mismo periodo. Además aumentó su capacidad resolutoria ya que los nuevos hospitales cuentan con más equipo y con tecnología de punta. Así mismo se les dio mantenimiento mayor a hospitales con varios años de servicio, incluyendo remodelaciones y ampliaciones con el propósito de actualizarlos,

incorporando equipamiento. Destacan el Hospital General Dr. Enrique Cabrera que inició operaciones en el año 2007 en la Delegación Álvaro Obregón, así como los hospitales nuevos, que fueron ubicados en lugares de difícil acceso. Entre ellos el Hospital General del Ajusco Medio en la Delegación Tlalpan; el Hospital General de Tláhuac, en la misma delegación y el Hospital Materno Infantil Emiliano Zapata, en la Delegación Iztapalapa.

Por ello la SEDESA tiene como reto continuar fortaleciendo la infraestructura, promoviendo el incremento de los recursos financieros con las instancias correspondientes para acercarse a los estándares que establecen los indicadores socioeconómicos que plantea la OMS/OPS; entre ellos el gasto en salud, como porcentaje del producto interno bruto, y el gasto en salud destinado a instituciones del sector. (Evolución del gasto en salud. Centro de estudios de Finanzas Públicas, Cámara de Diputados. H Congreso de la Unión).

No obstante los esfuerzos realizados por la administración pública local, en la actualidad prevalecen dificultades en el acceso a los servicios de salud, por lo que se debe continuar fortaleciendo la atención médica con criterios de universalidad, equidad y sin discriminación hacia las personas en situación de vulnerabilidad, así como brindar información suficiente de los procedimientos y requisitos para el acceso a los servicios, y para la detección y atención oportuna de las diversas enfermedades.

De esta manera el PROINSA se orienta a generar estrategias que atiendan de manera prioritaria los problemas sanitarios incluidos en los Programa General de Desarrollo y el Sectorial de Salud, además del amplio conjunto de actividades de la SEDESA, dirigidas a la atención de una gran variedad de problemas sanitarios.

Entre otras acciones, servicios o actividades que destacan, se encuentra el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, a través del cual la SEDESA acerca a los capitalinos servicios de salud con un enfoque de equidad social, dicho programa incorpora una serie de estrategias como la Atención Médica y Entrega de Medicamentos a Domicilio, dirigida a aquellos ciudadanos que viven en zonas de muy alta marginación y cuyo beneficio llega a una cantidad importante de habitantes del D.F., así como adultos mayores, embarazadas y personas con alguna discapacidad.

En materia de Salud Bucal, la SEDESA desarrolla acciones preventivas y correctivas en las unidades del 1° y 2° nivel, destacando las de tipo preventivo. Lo anterior debido a que las enfermedades de la cavidad oral como la gingivitis y la enfermedad periodontal son la segunda causa más frecuente de morbilidad en México, tanto en la población de hombres como de mujeres y prácticamente en todos los ciclos de la vida de las personas, con predominio en el grupo de edad de 25 a 44 años. El Distrito Federal es la entidad con mayor frecuencia de esta enfermedad por motivo de consulta, así mismo se observa tendencia al incremento de la cifras de morbilidad. En el año 2013, la SEDESA otorgó 5'102,068 atenciones en consultas externa; de este total, 569,849 fueron odontológicas, lo que representa el 11.16%. Debido a ello uno de los programas a los que se les ha dado especial relevancia es el de Salud Bucal. (SUIVE/ DGE / SS. 2011)

Uno más de los programa prioritarios de la SEDESA que permiten dar cumplimiento a las necesidades de salud de la población a través de tratamientos médicos alternativos aceptados, con calidad y que satisfagan las expectativas de los usuarios, es el Programa de Medicina Integrativa (PMI) el cual incorpora las modalidades terapéuticas de fitoterapia clínica y herbolaria, homeopatía y acupuntura; involucra a los usuarios de forma participativa y dialógica en los procesos de atención; parte de los postulados de individualización diagnóstica y diversificación terapéutica y reconoce la adscripción cultural, clase social y condición de género de los usuarios y usuarias.

Como ya se señaló, derivado del aumento en la frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica, se ha observado incremento en una de sus complicaciones más costosas, la Enfermedad Renal Crónica, que en su fase terminal requiere de terapia de reemplazo renal como Diálisis Peritoneal o Hemodiálisis. Un estudio realizado por la Facultad de Medicina de la UNAM estima que para el año 2025 los costos serán de \$173,352 pesos por año por persona, para hemodiálisis y \$67,315 pesos por año por persona, para diálisis peritoneal. La Insuficiencia renal se encuentra dentro de las primeras causas de mortalidad en el país, se estima que en México podrían existir entre 98, 600 y 136,500 pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Por ello la SEDESA desarrolla el programa de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis a través del cual se otorga tratamiento sustitutivo a pacientes portadores de insuficiencia renal, la cual se practica en hospitales o en el domicilio de los pacientes.

La donación de órganos en México y en el Distrito Federal es totalmente gratuita y está regida por principios de gratuidad, altruismo, solidaridad, confidencialidad e información. Al mes de septiembre de 2013, el Centro Nacional de Trasplantes

reporta 18, 801 personas que estaban en espera de un trasplante, de los cuales 11,072 esperan recibir un trasplante de riñón, 7,273 un trasplante de córnea, y 395 un trasplante de hígado, entre otros. El Distrito Federal ocupa el primer lugar en número de trasplantes, a continuación se presenta una tabla comparativa de los trasplantes realizados en el país y en la entidad (Tabla 8).

Tabla 8. Número de pacientes trasplantados en México y en el D.F. y porcentaje de trasplantes por institución. 2013				
		Córnea	Riñón	Hígado
Total de trasplantes realizados en México	----- ----	3025	2707	149
Trasplantes realizados en el D.F.	----- ----	1245	717	75
Porcentaje de trasplantes realizados por Institución	Pública	21%	27%	45%
	Seguridad Social	24%	58%	27%
	Privada	55%	15%	28%
Centro Nacional de Trasplantes. Estado actual de la Donación y Trasplantes en México. Anual 2013.				

Al respecto la SEDESA, reafirma su compromiso con la población para fomentar la donación de órganos a través de campañas informativas donde se distribuyen tarjetas de “Donación Voluntaria de Órganos y Tejidos” a los asistentes en unidades hospitalarias y eventos masivos, fomentando la cultura de la donación.

En México se realizan un promedio 1, 700, 000 donaciones anuales de sangre, que corresponden solamente al 1.5% de la población total del país, no obstante que de acuerdo a indicadores internacionales el número de donadores que debería registrar correspondería al 5% del total de la población, a nivel nacional la donación de reposición ocupa el 97%, es decir donaciones cuando un familiar se encuentra hospitalizado y sólo el 3% corresponde a donación voluntaria y/o altruista. En 2011 el sector de salud del Distrito Federal contaba con 444 establecimientos de sangre distribuidos en diversas instituciones, que contribuyen a poco más del 52 % de la captación nacional, lo que indica que el mayor número de donadores a nivel nacional son del D.F. Ante este panorama la SEDESA cuenta con el Servicio de Banco de Sangre promoviendo campañas permanentes de donación altruista.

Según datos de la Agenda Estadística de la SEDESA, de 1990 al 2010 en el D.F. las primeras causas de muerte fueron las enfermedades del corazón. De ahí la importancia de la atención no sólo como causas de muerte, sino también como causas de enfermedad, lo que implica altos costos por atención hospitalaria y un alto costo social y económico por motivos de incapacidad laboral y limitada calidad de vida.

A fin de contribuir al tratamiento de estos padecimientos, la SEDESA cuenta con acciones específicas en el marco de los servicios de Cardiología Intervencionista que proporciona atención a pacientes con un padecimiento cardiovascular susceptible de tratamiento quirúrgico. Actualmente el Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez cuenta con un área de cardio neumología y de terapia intensiva e intermedia para la atención de adultos, por lo que es importante fortalecer estos servicios, así como continuar las acciones en los programas que inciden en la disminución de los factores de riesgo que tienen mayor prevalencia y que se encuentran asociados a la enfermedad cardíaca.

Otra de las acciones de alta prioridad para esta Secretaría lo constituye la Atención a Pacientes Quemados. Según notificaciones de los casos nuevos de enfermedades reportados en el SUIVE durante el año 2013, en la Ciudad de México se presenta el mayor número de casos de todo el país. La Secretaría de Salud ocupa el segundo lugar por el número de reportes

de quemados, después del IMSS. Las repercusiones físicas, psicológicas y sociales para los pacientes afectados por quemaduras y las secuelas de las mismas es también motivo de altos costos económicos para la persona y la institución, debido a la dificultad de acceso a un tratamiento integral en un solo sitio.

La SEDESA cuenta con unidades de atención médica especializadas para brindar atención integral a pacientes con quemaduras de 2° y 3° grado, para el caso de adultos el Hospital General Dr. Rubén Leñero y para niños los hospitales pediátricos Tacubaya y Xochimilco, los cuales también cuentan con el servicio de cirugía plástica, banco de piel y terapia de rehabilitación. Así mismo, se requiere fortalecer los programas de prevención de accidentes en el hogar, la escuela y la vía pública que ya viene desarrollando la institución.

Por último, la ONU define a la violencia contra las mujeres como todo acto de violencia de género que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. La violencia infligida por la pareja es una de las formas más comunes de violencia contra la mujer e incluye maltrato psicológico, físico, sexual o emocional. La OMS reportó que el porcentaje de mujeres que había sufrido violencia física alguna vez oscilaba entre el 13% y el 61% y que del 20% al 75% habían sufrido uno o más actos de maltrato emocional por su pareja.

Para el D.F. se ha calculado en mujeres de 15 años y más a lo largo de la relación con su última pareja una prevalencia de violencia emocional del 49.3%, del 23.9% de violencia económica, 13.3% de violencia física y 6.9% de violencia sexual. Ante este panorama la SEDESA prevé el fortalecimiento del Programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género en todas sus unidades de atención médica.

Los múltiples desafíos que afronta la SEDESA para otorgar servicios a su población usuaria, han generado un proceso de cambio para adaptarse a las circunstancias de demanda y los costos de los servicios, es por ello que dentro de las estrategias de salud, se han establecido alternativas para atender las necesidades de la población, construyendo escenarios para la atención médica integral en la esfera, física, psicológica y de acceso a la salud.

b) ÁREA DE OPORTUNIDAD 2. Salud

Existe un aumento en los daños a la salud asociados a los padecimientos crónico-degenerativos (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, obesidad y sobrepeso), respiratorios, cáncer de mama, infecciones de transmisión sexual y adicciones, entre otros. Algunos de estos padecimientos se acentúan en las personas por su condición de vulnerabilidad.

OBJETIVOS, METAS, INDICADORES Y POLÍTICAS PÚBLICAS

OBJETIVO 1

Reducir la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas.

META 1

Mejorar la calidad de los servicios de salud para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas.

META INSTITUCIONAL CUANTIFICADA 1

Contribuir a incrementar y fortalecer la calidad de los servicios de salud dirigidos a mujeres, hombres y grupos en situación de vulnerabilidad para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas, a través de 1'300,000 detecciones, atenciones y canalizaciones a la población; 200 acciones de promoción y distribución de 8,000,000 de materiales de difusión; colaboración interinstitucional e intersectorial, basada en el establecimiento de 6 convenios; creación de un laboratorio de riesgos sanitarios; instalación y seguimiento de 16 comités delegacionales de salud, así como 300,000 contactos de educación continua, 53,000 recursos humanos formados y 1,900 protocolos de investigación.

INDICADORES

Indicador	Fórmula	Objetivo del Indicador	Unidad de Medida	Línea Base	Meta del Indicador	Periodicidad	Fecha Final	Área Responsable	Tipo de Indicador
Cumplimiento de las detecciones, atenciones y canalizaciones de enfermedades crónico-degenerativas	$(\text{Número de detecciones, atenciones y canalizaciones de enfermedades crónico-degenerativas realizadas al periodo} / \text{Número de detecciones, atenciones y canalizaciones de enfermedades crónico-degenerativas programadas}) * 100$	Identificar el porcentaje de acciones realizadas para la detección, atención y canalización relacionadas con las enfermedades crónico-degenerativas a fin de fortalecer las estrategias para su otorgamiento	%	16% año 2012 (208000 / 1300000) *100	100% (1300000 / 1300000)* 100	Anual	2018	SSMI DSMLR DESS DGSMU DAM	Resultado

Indicador	Fórmula	Objetivo del Indicador	Unidad de Medida	Línea Base	Meta del Indicador	Periodicidad	Fecha Final	Área Responsable	Tipo de Indicador
Cumplimiento de acciones de promoción para la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas	$(\text{Número de acciones de promoción para la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas realizadas al periodo} / \text{Número de acciones de promoción para la prevención})$	Contabilizar el porcentaje de acciones realizadas de promoción para la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas, a fin de evaluar	%	16% año 2012 (32 / 200)*100	100% (200 / 200)*100	Anual	2018	DESS DPS	Resultado

	de las enfermedades crónico-degenerativas programadas) * 100	las estrategias para su desarrollo							
Cumplimiento de la entrega de materiales de difusión para la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas	(Número de materiales de difusión para la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas entregados al periodo / Número de materiales de difusión para la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas programados para entregar) * 100	Identificar el porcentaje de alcance de la meta de materiales de difusión para la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas entregados, con el propósito de optimizar el uso de los recursos institucionales	%	16% año 2012 (1280000 / 8000000) *100	100% (8000000 / 8000000)* 100	Anual	2018	DESS DPS	Resultado
Indicador	Fórmula	Objetivo del Indicador	Unidad de Medida	Línea Base	Meta del Indicador	Periodicidad	Fecha Final	Área Responsable	Tipo de Indicador
Cumplimiento de la suscripción de convenios para la atención de las enferme-	(Número de convenios para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas suscritos al periodo / Número de	Identificar el porcentaje de logro en la suscripción de convenios para la atención de las	%	17% año 2012 (1 / 6)*100	100% (6 / 6)*100	Cuatri-anual	2018	DJ SSMI DGPCS DESS DVIE DPS APS	Gestión

dades crónico-degenerativas	convenios para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas programados a suscribir) * 100	enfermedades crónico-degenerativas en comparación con el número de convenios propuestos para fortalecer las acciones concertadas							
Cumplimiento a la creación de un laboratorio de riesgos sanitarios	(Número de laboratorios de riesgos sanitarios creados al periodo / Número de laboratorios de riesgos sanitarios funcionando) * 100	Identificar el porcentaje de riesgos sanitarios que enfrenta la población del D.F., con la finalidad de fortalecer las estrategias de prevención y atención de los mismos	%	0% año 2012 (0 / 1) *100	100% (1 / 1)*100	Anual	2018	APS	Resultado
Indicador	Fórmula	Objetivo del Indicador	Unidad de Medida	Línea Base	Meta del Indicador	Periodicidad	Fecha Final	Área Responsable	Tipo de Indicador
Cumplimiento de instalación de comités	(Número de comités delegacionales instalados al periodo /	Identificar el porcentaje alcanzado en la meta de comités	%	19% año 2012 (3 / 16)*100	100% (16 / 16)*100	Anual	2018	DESS DPS	Resultado

delegacionales	Número de comités delegacionales programados)*100	delegacionales instalados, a fin de fortalecer la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas en los ámbitos territoriales del Distrito Federal							
Cumplimiento de contactos de educación continua al personal de salud para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas	(Número de contactos de educación continua al personal de salud para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas realizados al periodo/ Número de contactos de educación continua al personal de salud para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas programados) *100	Determinar el porcentaje de contactos de educación continua al personal de salud para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas realizados que sirvan de base para disponer de personal actualizado para mejorar la atención a la salud a los habitantes del D.F.	%	17% año 2012 (51000 / 300000)* 100	100% (300000 / 300000)* 100	Anual	2018	DGPCS DEI	Resultado
Indicador	Fórmula	Objetivo del Indicador	Unidad de Medida	Línea Base	Meta del Indicador	Periodicidad	Fecha Final	Área Responsable	Tipo de Indicador

Cumplimiento de la formación de recursos humanos para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas	(Número de recursos humanos formados para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas al periodo / Número de recursos humanos programados a formar para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas) *100	Identificar el porcentaje de la meta alcanzada de recursos humanos formados para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas, a fin de disponer de personal suficiente y adecuado para otorgar atención médica de calidad	%	17% año 2012 (9010 / 53000)* 100	100% (53000 / 53000)* 100	Anual	2018	DGPCS DEI	Resultado
Cumplimiento en el registro de protocolos de investigación para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas	(Número de protocolos de investigación para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas registrados al periodo / Número de protocolos de investigación para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas programados a registrar) * 100	Establecer el porcentaje de la meta alcanzada de protocolos de investigación para la atención de las enfermedades crónico-degenerativas registrados, con el propósito de contar con información científica que permita mejorar la calidad de la atención	%	16% año 2012 (304 / 1900)* 100	100% (1900 / 1900)*100	Anual	2018	DGPCS DEI	Resultado

POLÍTICAS PÚBLICAS

- i) La Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, la Dirección de Servicios Médico Legales y en Reclusorios, la Dirección de Medicamentos Insumos y Tecnología, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, la Dirección de Atención Médica, la Dirección de Promoción de la Salud, la Dirección de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica y la Agencia de Protección Sanitaria del GDF, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, realizarán un proceso permanente de mejora y fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud para la atención de enfermedades crónico-degenerativas dirigido a mujeres, hombres y grupos en situación de vulnerabilidad, a través del impulso de acciones anticipatorias, promocionales, preventivas y restaurativas establecidas en los programas de prevención, detección y atención.
- ii) La Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, la Dirección de Promoción de la Salud y la Agencia de Protección Sanitaria del GDF en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, instrumentarán estrategias de promoción de la salud, promoverán el aumento en el número de atenciones y difundirán las acciones en materia de salud; a fin de acercar la atención de las enfermedades crónico-degenerativas a las adultas y los adultos mayores, grupos étnicos y mujeres.
- iii) La Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, la Dirección Jurídica, la Dirección de Medicamentos Insumos y Tecnología, la Dirección de Educación e Investigación, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, la Dirección de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica, la Dirección de Promoción de la Salud y la Agencia de Protección Sanitaria del GDF, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados y en el ámbito de sus respectivas competencias, suscribirán convenios de colaboración y promoverán la investigación y utilización de nuevas tecnologías para mejorar la calidad de los servicios de salud.

OBJETIVO 2

Lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud.

META 1

Ampliar la cobertura de la atención a la salud con calidad.

META INSTITUCIONAL CUANTIFICADA 1

Contribuir a ampliar la cobertura de los servicios de atención médica para garantizar el derecho a la salud, independientemente de la situación económica, laboral o legal de las personas; con énfasis en la población de zonas de bajo índice de desarrollo social, articulando una respuesta integral y funcional con la participación de todas las áreas de la SEDESA y de Servicios de Salud Pública del Distrito Federal; a través de 3,000 acciones de promoción de la salud, 45,000,000 de atenciones a la salud, 20,000 visitas de verificación sanitaria y 500,000 acciones para lograr el ejercicio pleno y universal del derecho a la salud, mediante acciones de formación, capacitación y educación continua, implementación de un Sistema de Administración Médica e Información Hospitalaria con Expediente Clínico Electrónico, así como el fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizando el acceso y la calidad de la atención a la salud.

INDICADORES

Indicador	Fórmula	Objetivo del Indicador	Unidad de Medida	Línea Base	Meta del Indicador	Periodicidad	Fecha Final	Área Responsable	Tipo de Indicador
Cumplimiento de acciones de promoción de la salud para ampliar la cobertura de atención a la salud	$(\text{Número de acciones de promoción de la salud para ampliar la cobertura de atención a la salud realizadas al periodo} / \text{Número de acciones de promoción de la salud para ampliar la cobertura de atención a la salud programadas}) * 100$	Determinar el porcentaje de acciones realizadas de promoción de la salud para ampliar la cobertura de atención a la salud, con la finalidad de evaluar las estrategias para su desarrollo	%	20% año 2012 (600 / 3000)* 100	100% (3000 / 3000)* 100	Anual	2018	DESS DPS	Resultado
Cumplimiento de acciones de atención para ampliar la cobertura de atención a la salud	$(\text{Número de acciones de atención para ampliar la cobertura de atención a la salud realizadas al periodo} / \text{Número de acciones de atención para ampliar la cobertura de atención a la salud programadas}) * 100$	Identificar el porcentaje de acciones de atención realizadas para ampliar la cobertura de atención a la salud, a fin de fortalecer las estrategias para su otorgamiento	%	17% año 2012 (7650000 / 45000000) * 100	100% (45000000 / 45000000) * 100	Anual	2018	SSMI DSMLR DESS DAM DGSMU	Resultado

Cumplimiento de visitas de verificación sanitaria para ampliar la cobertura de atención a la salud	(Número de visitas de verificación sanitaria para ampliar la cobertura de atención a la salud realizadas al periodo / Número de visitas de verificación sanitaria para ampliar la cobertura de atención a la salud programadas) * 100	Contabilizar el porcentaje de visitas de verificación sanitaria para ampliar la cobertura de atención a la salud realizadas, a fin de ofrecer servicios de calidad a la población	%	15% año 2012 (3000 / 20000)* 100	100% (20000 / 20000) *100	Anual	2018	APS	Resultado
Cumplimiento de acciones de formación y capacitación del personal para ampliar la cobertura de atención a la salud	(No. de acciones de formación y capacitación del personal para ampliar la cobertura de atención a la salud realizadas al periodo / Número de acciones de formación y capacitación del personal para ampliar la cobertura de atención a la salud programadas) *100	Identificar el porcentaje de acciones realizadas de formación y capacitación del personal para ampliar la cobertura de atención a la salud, a fin de disponer de personal suficiente y adecuado para otorgar atención médica de calidad	%	17% año 2012 (85000 / 500000)* 100	100% (500000 / 500000) *100	Anual	2018	DGPCS DEI	Resultado

Cumplimiento de la implementación de Sistemas de Administración Médica e Información Hospitalaria con Expediente Clínico Electrónico para ampliar la cobertura de la atención a la salud	(Acciones para la implementación del Sistema de Administración Médica e Información Hospitalaria con Expediente Clínico Electrónico para ampliar la cobertura de la atención a la salud al periodo / Acciones programadas para la implementación del Sistema de Administración Médica e Información Hospitalaria con Expediente Clínico Electrónico para ampliar la cobertura de la atención a la salud)*100	Contabilizar el porcentaje de acciones realizadas para la implementación del Sistema de Administración Médica e Información Hospitalaria con Expediente Clínico Electrónico orientado a ampliar la cobertura de la atención a la salud, con la finalidad de fortalecer los procesos de atención médica	%	0% año 2012 (0 / 1)* 100	100% (1 / 1)*100	Anual	2018	DGPCS DSIC	Gestión
--	--	--	---	-----------------------------------	---------------------	-------	------	---------------	---------

POLÍTICAS PÚBLICAS

- i) La Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, la Dirección de Servicios Médico Legales en Reclusorios, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud y la Agencia de Protección Sanitaria del GDF, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, realizarán en sus respectivos ámbitos de competencia, acciones dirigidas a mujeres, hombres y grupos en situación de vulnerabilidad, a fin de ampliar la cobertura de la atención a la salud con calidad, garantizando a las personas el derecho a la protección de su salud, independientemente de su situación económica y/o laboral, ofreciendo los servicios por niveles de complejidad y asegurando la efectividad de la atención.

- ii) La Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, la Dirección de Servicios Médico Legales en Reclusorios, la Dirección de Educación e Investigación y la Agencia de Protección Sanitaria del GDF, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, en sus respectivos ámbitos de competencia, ampliarán la cobertura de la atención a la salud, mediante la instrumentación de estrategias de promoción de la salud y el aumento en el número de atenciones; interviniendo en el daño específico a la salud mediante una respuesta integral, completa y funcional en los aspectos organizativos, técnicos y de conocimiento, así como a través de la referencia y contra referencia oportuna, hasta verificar que se haya conseguido la atención adecuada.

META 2

Mejorar la atención médica a las personas en situación de vulnerabilidad, así como la atención médica en los servicios de salud sexual y salud reproductiva de las personas y poblaciones altamente discriminadas.

META INSTITUCIONAL CUANTIFICADA 2

Contribuir a fortalecer las acciones de salud integral en materia de prevención y atención médica de la salud sexual y reproductiva a la población infantil, adolescente, mujeres, adultas y adultos mayores, comunidades indígenas y de los pueblos originarios del Distrito Federal, incluyendo aquellas personas y grupos en situación de vulnerabilidad, altamente discriminadas y en reclusión, a través de 96,000,000 de acciones de promoción de la salud, 17,000,000 de atenciones a la salud y 14,900 acciones de difusión, con énfasis en la prevención del embarazo no planeado, ILE, ITS, VIH/SIDA y salud mental.

INDICADORES

Indicador	Fórmula	Objetivo del Indicador	Unidad de Medida	Línea Base	Meta del Indicador	Periodicidad	Fecha Final	Área Responsable	Tipo de Indicador
Cumplimiento de acciones de promoción de la salud para fortalecer la prevención y atención médica de la salud sexual y reproductiva	(Número de acciones de promoción de la salud para fortalecer la prevención y atención médica de la salud sexual y reproductiva realizadas al periodo / Número de acciones de promoción de la salud para fortalecer la prevención y atención médica de la salud sexual	Identificar el porcentaje de acciones de promoción de la salud realizadas para fortalecer la prevención y atención médica de la salud sexual y reproductiva	%	17% año 2012 (1632000 / 9600000)*100	100% (96000000 / 96000000)*100	Anual	2018	DESS DPS	Resultado

	y reproductiva programadas) * 100								
Cumplimiento de atenciones a la salud para fortalecer la salud para fortalecer la prevención y atención médica de la salud sexual y reproductiva	(Número de atenciones a la salud para fortalecer la prevención y atención médica de la salud sexual y reproductiva realizadas al periodo / Número de atenciones a la salud para fortalecer la prevención y atención médica de la salud sexual y reproductiva programadas) * 100	Establecer el porcentaje de atenciones a la salud realizadas para fortalecer la prevención y atención médica de la salud sexual y reproductiva, con la finalidad de mejorar las estrategias para su otorgamiento	%	16% año 2012 (2720000 / 1700000) * 100	100% (17000000 / 17000000) * 100	Anual	2018	SSMI DGSMU DESS DAM	Resultado
Cumplimiento de acciones de difusión para fortalecer la prevención y atención médica de la salud sexual y reproductiva	(Número de acciones de difusión para fortalecer la prevención y atención médica de la salud sexual y reproductiva realizadas al periodo / Número de acciones de difusión para fortalecer la prevención y atención médica de la salud sexual	Identificar el porcentaje de la meta alcanzada en acciones de difusión realizadas para fortalecer la prevención y atención médica de la salud sexual y reproductiva, con el propósito	%	16% año 2012 (2384 / 14900) * 100	100% (14900 / 14900) * 100	Anual	2018	DESS DPS DGSMU DAM	Resultado

	y reproductiva programadas) * 100	de contribuir al mejoramiento de la salud de la población							
--	-----------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--

POLÍTICAS PÚBLICAS

- i) La Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, la Dirección de Promoción de la Salud y la Dirección de Atención Médica en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, realizarán en sus respectivos ámbitos de competencia, acciones de promoción, atención a la salud y de difusión, a toda la población, para la prevención del embarazo no deseado, además de ILE, ITS, VIH/SIDA y salud mental.
- ii) La Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud y la Dirección de Promoción de la Salud, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, fortalecerán las acciones para disminuir embarazos no planeados en adolescentes.
- iii) Las Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, la Dirección de Promoción de la Salud y la Dirección de Atención Médica, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, impulsarán en sus respectivos ámbitos de competencia, programas orientados a mejorar la atención médica, dirigida a las personas en situación de vulnerabilidad, así como la atención médica en los servicios de salud sexual y salud reproductiva con énfasis en las personas y poblaciones altamente discriminadas, a través del diseño y realización de acciones de prevención, diagnóstico y atención integral.
- iv) La Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud y la Dirección de Atención Médica, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, realizarán en sus respectivos ámbitos de competencia, campañas de difusión de los servicios de Interrupción Legal del Embarazo, además diseñarán y realizarán acciones de atención y prevención de la salud mental de las mujeres.

OBJETIVO 3

Reducir la incidencia del cáncer de mama y cérvico-uterino.

META 1

Mejorar los servicios médicos para la atención del cáncer de mama y cérvico-uterino y promover su detección oportuna.

META INSTITUCIONAL CUANTIFICADA 1

Contribuir a fomentar una cultura de autocuidado para la detección oportuna del cáncer de mama y cérvico-uterino en las mujeres, con acciones afirmativas de orientación, atención, difusión y capacitación, así como reforzar la prevención específica, atención médica y desarrollo de infraestructura de los servicios que ofrecen las instituciones integrantes del Sistema de Salud del Distrito Federal, incluyendo población lésbica y mujeres con VIH; mediante 1,400 de acciones de promoción, 2,000,000 atenciones a la salud y 100,000 acciones de difusión orientadas al fomento del autocuidado y a la disminución de factores de riesgo, articuladas mediante un modelo de detección de cáncer de mama dirigido a mujeres.

INDICADORES

Indicador	Fórmula	Objetivo del Indicador	Unidad de Medida	Línea Base	Meta del Indicador	Periodicidad	Fecha Final	Área Responsable	Tipo de Indicador
Cumplimiento de acciones de promoción para la atención del cáncer de mama y cérvico-uterino	(Número de acciones de promoción para la atención del cáncer de mama y cérvico-uterino realizadas al periodo / Número de acciones de promoción para la atención del cáncer de mama y cérvico-uterino programadas) * 100	Contabilizar el porcentaje de acciones de promoción realizadas para la atención del cáncer de mama y cérvico-uterino, con la finalidad de evaluar las estrategias para su desarrollo	%	16% año 2012 (224 / 1400)* 100	100% (1400 / 1400)*100	Anual	2018	DESS DPS DGSMU	Resultado
Cumplimiento de atenciones a la salud relacionadas con cáncer de mama y cérvico-uterino	(Número de atenciones a la salud relacionadas con cáncer de mama y cérvico-uterino realizadas al periodo / Número de atenciones a la salud relacionadas con cáncer de mama y cérvico-uterino programadas) * 100	Determinar el porcentaje de atenciones a la salud relacionadas con cáncer de mama y cérvico-uterino realizadas, con la finalidad de fortalecer las estrategias para su otorgamiento	%	16% año 2012 (320000 / 2000000) *100	100% (2000000 / 2000000)* 100	Anual	2018	SSMI DGSMU DESS DAM	Resultado

Cumplimiento de acciones de difusión relacionadas con cáncer de mama y cérvico uterino	(Número de acciones de difusión relacionadas con cáncer de mama y cérvico uterino realizadas al periodo / Número de acciones de difusión relacionadas con cáncer de mama y cérvico uterino programadas) * 100	Identificar el porcentaje de acciones de difusión relacionadas con cáncer de mama y cérvico uterino realizadas, con el propósito de optimizar el uso de los recursos institucionales	%	16% año 2012 (16000 / 100000)* 100	100% (100000 / 100000) *100	Anual	2018	DESS DPS DGSMU	Gestión
Cumplimiento de acciones para la implementación del modelo para la detección del cáncer de mama	(Número de acciones para la implementación del modelo para la detección del cáncer de mama al periodo / Número de acciones programadas para la implementación del modelo para la detección del cáncer de mama) * 100	Determinar el porcentaje de acciones para la implementación del modelo para la detección del cáncer de mama, con la finalidad de fortalecer los procesos de atención médica	%	0% año 2012 (0 / 1) *100	100% (1 / 1)*100	Anual	2018	SSMI DGSMU	Gestión

POLÍTICAS PÚBLICAS

- i) La Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, la Dirección de Promoción de la Salud y la Dirección de Atención Médica, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán acciones de promoción, atenciones a la salud y acciones de difusión, orientadas a mejorar los servicios médicos para la atención del cáncer de mama y cérvico-uterino.

- ii) La Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud y la Dirección de Atención Médica, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán acciones para fortalecer la infraestructura física, equipo y personal para la detección y atención del cáncer de mama, destacando el desarrollo de campañas educativas para disminuir los factores de riesgo del cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino, incluyendo las necesidades específicas de la población lésbica y las mujeres con VIH.
- iii) La Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos y la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, en sus respectivos ámbitos de competencia, diseñarán y aplicarán un modelo de detección de cáncer de mama, dirigido a las mujeres en situación de vulnerabilidad, basado en las mejores prácticas conocidas y que permita el incremento de la cobertura.
- iv) La Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, la Dirección de Promoción de la Salud y la Dirección de Atención Médica, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, promoverán la detección oportuna del cáncer de mama y cérvico-uterino, a través de campañas y difusión de material informativo, impulsando la práctica de la autodetección oportuna de lesiones mamarias, con énfasis en todas las mujeres de 25 a 69 años de edad.

OBJETIVO 4

Disminuir el consumo de drogas y sustancias adictivas y favorecer la atención y rehabilitación de la población afectada.

META 1

Disminuir el consumo de drogas y otras sustancias adictivas.

META INSTITUCIONAL CUANTIFICADA 1

Contribuir a la disminución del consumo de drogas a través del fortalecimiento de estrategias sectoriales, interinstitucionales y de colaboración con organizaciones comunitarias y de la sociedad civil, dirigidas al fomento de actividades ocupacionales y recreativas, mediante la realización de 200 acciones de promoción, incluyendo campañas masivas de difusión de los daños a la salud asociados al consumo, 40,000 atenciones y tamizajes en la materia, 6,000 visitas de fomento sanitario a establecimientos mercantiles y 300,000 acciones de mejora de los servicios a partir de actividades de formación y educación continua del personal.

INDICADORES

Indicador	Fórmula	Objetivo del Indicador	Unidad de Medida	Línea Base	Meta del Indicador	Periodicidad	Fecha Final	Área Responsable	Tipo de Indicador
Cumplimiento de acciones de promoción para disminuir el consumo de drogas	$(\text{Número de acciones de promoción para disminuir el consumo de drogas realizadas al periodo} / \text{Número de acciones de promoción para disminuir el consumo de drogas programadas}) * 100$	Identificar el porcentaje de acciones de promoción realizadas para disminuir el consumo de drogas, a fin de evaluar las estrategias para su desarrollo	%	16% año 2012 (32 / 200)*100	100% (200 / 200)*100	Anual	2018	DESS DPS DGVE	Resultado

Cumplimiento de atenciones y tamizajes para disminuir el consumo de drogas	(Número de atenciones y tamizajes para disminuir el consumo de drogas realizadas al periodo/ Número de atenciones y tamizajes para disminuir el consumo de drogas programadas) * 100	Identificar el porcentaje de atenciones y tamizajes realizados para disminuir el consumo de drogas, con la finalidad de fortalecer las estrategias para su otorgamiento	%	16% año 2012 (6400 / 40000) *100	100% (40000 / 40000) *100	Anual	2018	DGVE DESS DAM	Resultado
Cumplimiento a las visitas de fomento sanitario a establecimientos mercantiles	(Número de visitas realizadas de fomento sanitario a establecimientos mercantiles al periodo / Número de visitas programadas de fomento sanitario a establecimientos mercantiles) *100	Contabilizar el porcentaje de visitas de fomento sanitario a establecimientos mercantiles efectuadas, a fin de ofrecer servicios de calidad a la población	%	15% año 2012 (900 / 6000) *100	100% (6000 / 6000)*100	Anual	2018	APS	Resultado
Cumplimiento de acciones de mejora de los servicios para	(Número de acciones de mejora de los servicios para disminuir el consumo de drogas al periodo/	Identificar el porcentaje de la meta alcanzada por las acciones de mejora de los	%	16% año 2012 (48000 / 300000)* 100	100% (300000 / 300000) *100	Anual	2018	DGVE DESS SSMI	Gestión

disminuir el consumo de drogas	Número de acciones programadas de mejora de los servicios para disminuir el consumo de drogas) * 100	servicios para disminuir el consumo de drogas, con el propósito de ofrecer servicios de calidad a la población							
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

POLÍTICAS PÚBLICAS

- i) La Dirección General de Vinculación y Enlace, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud y la Dirección de Promoción de la Salud, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, en sus respectivos ámbitos de competencia, contribuirá a la realización de campañas masivas de difusión sobre los daños a la salud asociados al consumo de sustancias adictivas, así mismo promoverá las actividades ocupacionales y recreativas de la población, como factor protector contra las adicciones.
- ii) La Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, la Dirección General de Vinculación y Enlace, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud y la Agencia de Protección Sanitaria, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, fortalecerán en sus respectivos ámbitos de competencia, los procesos de atención y tamizaje, así como las acciones de mejora de los servicios a partir de actividades de formación y educación continua del personal.
- iii) La Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos, la Dirección General de Vinculación y Enlace, la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud y la Dirección de Promoción de la Salud, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, contribuirá al fortalecimiento de las acciones interinstitucionales y con las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil para la detección y atención oportuna de niños, niñas, adolescentes y jóvenes con uso experimental de drogas, para su canalización al sistema de salud local.

OBJETIVO 5

Reducir el sedentarismo físico en la población del Distrito Federal.

META 1

Aumentar el tiempo que destinan las y los habitantes del Distrito Federal, especialmente las niñas, niños y adolescentes, a las actividades físicas, recreativas y deportivas.

META INSTITUCIONAL CUANTIFICADA 1

Contribuir a aumentar el tiempo que destinan los habitantes del Distrito Federal, en especial las niñas, niños, adolescentes y jóvenes, a las actividades físicas, recreativas y deportivas, mediante la realización de 600,000 acciones de promoción para informar sobre su importancia para la salud y 700,000 referencias de escolares con problemas de salud de las escuelas atendidas.

INDICADORES

Indicador	Fórmula	Objetivo del Indicador	Unidad de Medida	Línea Base	Meta del Indicador	Periodicidad	Fecha Final	Área Responsable	Tipo de Indicador
Cumplimiento de las acciones de promoción para reducir el sedentarismo físico en la población	(Número de acciones de promoción para reducir el sedentarismo físico en la población realizadas al periodo / Número de acciones de promoción para reducir el sedentarismo físico en la población programadas) *100	Determinar el porcentaje de acciones de promoción efectuadas para reducir el sedentarismo físico en la población, a fin de evaluar las estrategias para su desarrollo	%	16% año 2012 (96000 / 600000)* 100	100% (600000 / 600000)* 100	Anual	2018	DESS DPS	Resultado
Cumplimiento de las acciones para la referencia de escolares con problemas de salud para reducir el sedentarismo físico en la población	(Número de referencias realizadas de escolares con problemas de salud para reducir el sedentarismo físico en la población al periodo / Número de referencias programadas de escolares con problemas de salud para reducir el sedentarismo físico en la población) *100	Identificar el porcentaje de referencias realizadas de escolares con problemas de salud para reducir el sedentarismo físico en la población, a fin de fortalecer las estrategias de prevención y atención	%	16% año 2012 (112000 / 700000)* 100	100% (700000 / 700000) *100	Anual	2018	DESS DPS	Resultado

POLÍTICAS PÚBLICAS

- i) La Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud y la Dirección de Promoción de la Salud, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, realizarán acciones de promoción y difusión a fin de informar a la población sobre la importancia para la salud de la práctica de las actividades físicas, recreativas y deportivas, así como el conocimiento de sus beneficios.
- ii) La Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud y la Dirección de Promoción de la Salud, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, contribuirán a promover el uso de la bicicleta y la caminata para acceder a sitios cercanos a las viviendas, escuelas o centros de trabajo. De la misma manera realizará referencias de escolares con problemas de salud identificados en las escuelas.

OBJETIVO 6

Promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales.

META 1

Establecer programas y promover acciones para la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales.

META INSTITUCIONAL CUANTIFICADA 1

Contribuir a establecer programas y promover acciones interinstitucionales con las delegaciones políticas, organizaciones comunitarias y de la sociedad civil, para la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales, a través de la realización de 12 acciones de promoción dirigidas a la población en general y al personal encargado de su atención, aplicación de 7,000,000 de dosis de vacunas a perros y gatos, 300,000 esterilizaciones, 1'000,000 de acciones de difusión y 1,000 acciones de mejora de los servicios, enfatizando el trato responsable, digno y respetuoso, así como el cuidado y manejo veterinario adecuado de los animales.

INDICADORES

Indicador	Fórmula	Objetivo del Indicador	Unidad de Medida	Línea Base	Meta del Indicador	Periodicidad	Fecha Final	Área Responsable	Tipo de Indicador
Cumplimiento de las acciones de promoción para la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales	$(\text{Número de acciones de promoción para la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales realizadas al periodo} / \text{Número de acciones de promoción para la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales programadas}) * 100$	Determinar el porcentaje de acciones de promoción realizadas para la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales, a fin de evaluar las estrategias para su desarrollo	%	17% año 2012 $(2 / 12) * 100$	100% $(12 / 12) * 100$	Anual	2018	DESS DVIE APS	Gestión

Cumplimiento de la aplicación de dosis de vacunas a perros y gatos para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales	(Dosis de vacunas a perros y gatos para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales aplicadas al periodo / Dosis de vacunas a perros y gatos programadas para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales) *100	Contabilizar el porcentaje de las dosis de vacunas a perros y gatos aplicadas para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales, con la finalidad de fortalecer las estrategias para su realización	%	17% año 2012 (1190000 / 7000000) *100	100% (7000000 / 7000000)* 100	Anual	2018	DESS DVIE	Resultado
Cumplimiento en el número de esterilizaciones para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales	(Número de esterilizaciones realizadas para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales al periodo / Número de esterilizaciones programadas para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales) *100	Determinar el porcentaje de esterilizaciones efectuadas para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales, con la finalidad de fortalecer las estrategias para su realización	%	16% (48000 / 300000) *100	100% (300000 / 300000) *100	Anual	2018	DESS DVIE	Resultado

<p>Cumplimiento de las acciones de difusión para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales</p>	<p>(Número de acciones de difusión realizadas para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales al periodo / Número de acciones de difusión programadas para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales) *100</p>	<p>Identificar el porcentaje de acciones de difusión realizadas para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales, con el propósito de optimizar el uso de los recursos institucionales</p>	<p>%</p>	<p>16% año 2012 (160000 / 1000000) *100</p>	<p>100% (1000000 / 1000000)* 100</p>	<p>Anual</p>	<p>2018</p>	<p>DESS DVIE APS</p>	<p>Gestión</p>
<p>Cumplimiento de las acciones de mejora de los servicios para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales</p>	<p>(Número de acciones de mejora de los servicios realizadas para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales al periodo / Número de acciones de mejora de los servicios programadas para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales) *100</p>	<p>Identificar el porcentaje de acciones de mejora de los servicios realizadas para promover la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales, con el propósito de optimizar el uso de los recursos institucionales</p>	<p>%</p>	<p>16% año 2012 (160 / 1000)* 100</p>	<p>100% (1000 / 1000)*100</p>	<p>Anual</p>	<p>2018</p>	<p>DESS DVIE APS</p>	<p>Gestión</p>

POLÍTICAS PÚBLICAS

- i) La Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, la Dirección de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica y la Agencia de Protección Sanitaria del GDF, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, realizarán acciones de promoción y difusión dirigidas a la población en general y al personal encargado de la correcta atención y bienestar de los animales, así mismo en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán vacunas a perros y gatos, efectuarán esterilizaciones, darán seguimiento a los lineamientos sanitarios para regular la operación de las clínicas veterinarias delegacionales y los Centros de Atención Canina, fomentarán la adopción de animales y la realizarán campañas de vacunación antirrábica y de esterilización de perros y gatos.
- ii) La Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud, la Dirección de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica y la Agencia de Protección Sanitaria del GDF, en coordinación con los entes de la Administración Pública del D.F. relacionados, efectuarán en el ámbito de sus respectivas competencias, acciones conjuntas para el mejoramiento de los servicios, promoviendo la sanidad, correcta atención y bienestar de los animales, así como su manejo ético y responsable. De la misma manera proporcionarán información a la población sobre las ventajas de la aplicación de un cuadro básico de medicina veterinaria preventiva calendarizada.

VI.- SIGLAS Y ACRÓNIMOS

CONAPO: Consejo Nacional de Población

ENA: Encuesta Nacional de Adicciones

ENSA: Encuesta Nacional de Salud

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

GDF: Gobierno del Distrito Federal

IDH: Índice de Desarrollo Humano

ILE: Interrupción Legal del Embarazo

IMJUVE: Instituto Mexicano de la Juventud

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

PGDDF: Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2013-2018.

PIB: Producto Interno Bruto

PROINSA: Programa Institucional de Salud 2013-2018 del Distrito Federal

RHNM: Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas

SEDEREC: Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades.

SEDESA: Secretaría de Salud del D.F.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SSPDF: Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana
