

coneval

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Evaluación integral del desempeño
de los programas federales de
promoción y prevención en salud

2014-2015

DIRECTORIO

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL

INTEGRANTES DE LA COMISIÓN EJECUTIVA*

María del Rosario Cárdenas Elizalde
Universidad Autónoma Metropolitana

Fernando Alberto Cortés Cáceres
El Colegio de México

Agustín Escobar Latapí
Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social-Occidente

Salomón Nahmad Sittón
Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur

John Scott Andretta
Centro de Investigación y Docencia Económicas

Graciela María Teruel Belismelis
Universidad Iberoamericana

Secretaría Ejecutiva

Gonzalo Hernández Licona
Secretario Ejecutivo

Thania Paola de la Garza Navarrete
Directora General Adjunta de Evaluación

Édgar A. Martínez Mendoza
Director General Adjunto de Coordinación

Ricardo C. Aparicio Jiménez
Director General Adjunto de Análisis de la Pobreza

Daniel Gutiérrez Cruz
Director General Adjunto de Administración

* <http://coneval.org.mx/quienessomos/InvestigadoresAcademicos/Paginas/Investigadores-academicos.aspx>

Colaboradores

Equipo técnico

María del Rosario Cárdenas Elizalde
Thania Paola de la Garza Navarrete
Liv Lafontaine Navarro
Alice Zahí Martínez Treviño
Alejandra Correa Herrejón

Agradecimientos

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social agradece la colaboración en la revisión de este documento de la Dirección General de Evaluación de Desempeño de la Secretaría de Salud en la revisión de este documento.

Contenido

Contenido	4
Glosario	5
Introducción.....	10
Capítulo 1. Análisis general de la problemática.....	12
Capítulo 2. Análisis de la pertinencia de los programas del grupo como instrumento para resolver la problemática	27
Capítulo 3. Principales logros y fortalezas de los programas en su conjunto.....	36
Capítulo 4. Retos generales del grupo evaluado.....	37
Capítulo 5. Buenas prácticas.....	41
Capítulo 6. Reflexión final y recomendaciones.....	46
Referencias bibliográficas	49
Anexo	60

Glosario

- Complementariedad** Dos o más programas son complementarios cuando atienden a la misma población, pero los apoyos son diferentes; o bien, cuando sus componentes son similares o iguales, pero atienden a una población distinta.
- Coincidencia** Hay coincidencias entre dos o más programas cuando sus objetivos son similares; o bien, cuando sus componentes son similares o iguales, y atienden a la misma población.
- Diabetes** Enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo (se manifiesta y controla de manera diferente entre individuos), con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.
- Diabetes mellitus Tipo 2** Tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y, en forma concomitante, una deficiencia en su producción, que puede ser absoluta o relativa.
- Enfermedades crónicas no transmisibles** Enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos periodos de incubación o latencia, largos periodos subclínicos, prolongado curso clínico, frecuencia episódica, sin tratamiento específico ni resolución espontánea en el tiempo.
- Esperanza de vida al nacer** Promedio de años que se espera viva una persona nacida en el periodo para el cual se calcula el indicador si se mantienen las condiciones de mortalidad prevalecientes al momento de su estimación.

Evaluación	Análisis sistemático e imparcial de una intervención pública cuya finalidad es determinar la pertinencia y el logro de sus objetivos y metas, así como la eficiencia, eficacia, calidad, resultados, impacto y sostenibilidad.
Línea de Bienestar	Equivale al valor total de la canasta alimentaria y de la canasta no alimentaria por persona al mes.
Línea de bienestar mínimo	Equivale al valor de la canasta alimentaria por persona al mes.
Matriz de Indicadores para Resultados (Matriz de Marco Lógico)	Resumen de un programa en una estructura de una matriz de cuatro filas por cuatro columnas mediante la cual se describe el fin, el propósito, los componentes y las actividades, así como los indicadores, los medios de verificación y supuestos para cada uno de los objetivos.
Monitoreo	Proceso continuo que usa la recolección sistemática de información, como indicadores, estudios, diagnósticos, entre otros, para orientar a los servidores públicos acerca de los avances en el logro de objetivos de una intervención pública respecto a los resultados esperados.
Morbilidad	Conjunto de casos registrados de una enfermedad en una población en un lugar y tiempo determinados. Puede expresarse en números absolutos (total de casos), o bien, relativizarse en función del tamaño de la población (tasas).
Mortalidad	Defunciones ocurridas en una población en un momento y lugar determinados. Puede expresarse por una o varias causas específicas, o bien, para el total observado. Asimismo, reportarse en números absolutos (total de defunciones) o relativizarse en función del tamaño de la población (tasas).

- Mortalidad materna** Muerte de una mujer debida a una complicación surgida durante el embarazo, parto o puerperio (42 días posparto), pero no por causas accidentales o incidentales (OMS, 2012).
- Obesidad** Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor de 30 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor de 25 kg/m². En la población menor de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentil 95 en adelante de las tablas de IMC para edad y sexo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Peso corporal, de acuerdo con el IMC, se clasifica de la siguiente manera: IMC >18 y 25 y 27 obesidad (OMS).
- Padrón de beneficiarios** Relación oficial de beneficiarios atendidos por los programas federales de desarrollo social cuya inclusión responde a que presentan las características socioeconómicas o demográficas establecidas por el programa en su normativa.
- Población atendida** Población beneficiada por un programa en un ejercicio fiscal.
- Población objetivo** Población que un programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normativa.
- Población potencial** Población total que presenta la necesidad o problema que justifica la existencia de un programa y que, por lo tanto, pudiera ser elegible para su atención.
- Pobreza** Una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene al menos una carencia social (en los seis indicadores: rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios

básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias. Esta definición se deriva de la Ley General de Desarrollo Social, la cual reconoce que existen varias dimensiones o factores sociales, además de los económicos, que determinan la pobreza.

Programa social

Programas presupuestarios de modalidad S (reglas de operación) o U (otros programas de subsidios).

Recomendaciones

Sugerencias emitidas por el equipo evaluador derivadas de los hallazgos, debilidades, oportunidades y amenazas identificados en evaluaciones externas, cuyo propósito es contribuir a la mejora del programa.

**Reglas de
operación**

Conjunto de disposiciones que precisan la forma de operar un programa con el propósito de lograr los niveles esperados de eficacia, eficiencia, equidad y transparencia.

Retos

Aspectos del diseño, implementación, gestión y resultados que las entidades y dependencias pueden mejorar debido a que son considerados áreas de oportunidad.

Sobrepeso

Estado caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor de 25 kg/m² y menor de 29.9 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor de 23 kg/m² y menor de 25 kg/m². En la población menor de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentil 85 y por debajo de la 95 de las tablas de edad y sexo de la Organización Mundial de la Salud (Ley General para Prevenir y Atender el Sobrepeso y la Obesidad, 7 de abril de 2015).

**Transición
epidemiológica**

Descripción de los cambios en el patrón de causas de muerte en el largo plazo, el cual pasa de un predominio de enfermedades transmisibles a uno con franca preponderancia de las patologías no transmisibles (crónico-degenerativas y creadas por el hombre).

**Vigilancia
epidemiológica**

Proceso continuo y sistemático de recolección y sistematización de información acerca de condiciones específicas que afectan el estado de salud, las cuales son de notificación obligatoria en el país. Estos datos permiten conocer la tendencia y evolución de esas condiciones, identificar la incidencia por regiones geográficas o grupos de población, así como por instituciones del sector salud.

Introducción

Con el propósito de contribuir a mejorar el diseño de políticas públicas, al ofrecer una visión del contexto y las interacciones entre diversos programas sociales federales, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) realiza las evaluaciones integrales sobre veinte temáticas sociales. La evaluación integral facilita una valoración general del desempeño de los programas que conforman la temática al interpretar los resultados en un contexto más amplio.

Este documento presenta la Evaluación integral del desempeño de los programas federales de promoción y prevención en salud en 2014-2015, elaborada con base en las evaluaciones específicas de desempeño (EED) 2014-2015¹ y otras fuentes externas de información pertinente.

La evaluación está organizada en seis capítulos:

- Análisis general de la problemática que atiende el grupo temático. De manera sucinta, se describe el conjunto de problemas que los programas considerados buscan resolver o contribuir a ello.
- Análisis de la pertinencia de los programas del grupo como instrumento para resolver la problemática. Se estudia la conveniencia de los programas respecto a la problemática que buscan contribuir a solucionar y se identifica su vinculación y algunos de sus principales efectos o externalidades.

¹ La EED 2014-2015 evalúa el ejercicio fiscal 2014, y considera los avances del programa en la primera mitad de 2015. Las recomendaciones formuladas a partir de estas evaluaciones pueden estar en proceso de atención o haber sido atendidas por las dependencias a su cargo. Conforme al numeral 22 del Mecanismo para el seguimiento de los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la administración pública federal, las dependencias deben publicar en sus páginas de internet los avances en la materia.

Por otro lado, junto con los informes de la EED, se publica la "Opinión de la dependencia", documento que elabora la dependencia responsable del programa evaluado en el que se emiten observaciones sobre la evaluación y su proceso. Ambos documentos están disponibles en la página electrónica del CONEVAL en la liga: <http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/InformeEvaluacion.aspx>

- Logros y fortalezas principales de los programas en su conjunto. Se valoran los resultados de los programas con una visión integral y se incluyen sus avances en términos de la problemática que intentan solventar.
- Retos generales del grupo evaluado. Se identifican áreas de oportunidad de los programas con una visión integral, derivadas de evaluaciones externas que sean factibles en función de atender la problemática.
- Buenas prácticas externas. Se señalan las buenas prácticas en cuanto al diseño, operación o evaluación de programas similares desarrollados en México u otros países, y se destacan las que puedan mejorar el desempeño de los programas y la atención a la problemática.
- Reflexión final y recomendaciones. Se hace un análisis general de la situación en que se encuentra la política nacional en el tema a partir del análisis aplicado al conjunto del programa y, con base en ello, se realizan y se formulan algunas recomendaciones en materia de política social.

Los tres programas analizados están a cargo de la Secretaría de Salud (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Programas federales de promoción y prevención en salud, México, 2014-2015

Modalidad	Programa	Acrónimo	Dependencia	Estatus programático 2016
U007	Reducción de la mortalidad materna*	ND	Salud	P020 Salud materna, sexual y reproductiva***
U008	Prevención contra la obesidad**	ND	Salud	Sin cambios
U009	Vigilancia epidemiológica	ND	Salud	Sin cambios

Fuente: Elaboración propia con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social (2014a).

* En 2015, el programa cambió de nombre al de Reducción de la mortalidad materna y calidad en la atención obstétrica.

** En 2015, el programa cambió de nombre a Prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes.

*** En 2016 se fusionan los programas U007 Reducción de la mortalidad materna y calidad en la atención obstétrica y P017 Atención de la salud reproductiva y la igualdad de género en salud.

ND: No definido.

Capítulo 1. Análisis general de la problemática

El estado de salud de la población mexicana, en comparación con las cifras promedio de los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), aún presenta retos. En México, la esperanza de vida al nacer² es menor en cinco años al promedio de la OCDE; la diferencia se reduce en cuanto a la esperanza de vida a los 65 años,³ aunque sigue siendo menor. Además, las cifras de mortalidad neonatal, infantil, materna y por cáncer cérvico-uterino son significativamente superiores en México también en comparación con el promedio de la OCDE (2016) (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Indicadores del estado de salud de la población para el conjunto de países que integran la OCDE y para México, 2015

Indicador	OCDE*	México
Esperanza de vida al nacer (años)	80.1	75.0
Mujeres	82.8	77.7
Hombres	77.3	72.3
Esperanza de vida a los 65 años	19.3	17.7
Mujeres	20.9	18.6
Hombres	17.6	16.8
Bajo peso al nacer ^{a/}	6.8	5.7
Mortalidad neonatal ^{b/}	2.8	8.0
Mortalidad infantil ^{b/}	4.1	12.5
Mortalidad materna ^{c/}	7.3	38.9
Mortalidad por cáncer cérvico-uterino ^{d/}	3.7	23.3
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte ^{e/}	7.7	39.1

Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE (2016).

*Estimado con datos de 2011 o del último año disponible para cada país. a/ porcentaje del total de nacidos vivos (datos de 2014); b/ por cada 1,000 nacidos vivos (datos de 2014); c/ por cada 100,000 nacidos vivos (datos de 2014); d/ por cada 100,000 mujeres (datos de 2012); e/ por cada 100,000 habitantes (datos de 2013).

Entre 1970 y 2014, los patrones de mortalidad en México mostraron grandes transformaciones: mientras que en 1970 la enteritis y las enfermedades diarreicas, además de otros padecimientos infecciosos, como las enfermedades respiratorias,

² La esperanza de vida al nacer es el promedio de años que una persona espera vivir al momento de su nacimiento si las condiciones de mortalidad presentes se mantuvieran a lo largo de su vida.

³ Promedio de años que espera vivir una persona a partir de los 65 años de edad si las condiciones de mortalidad presentes se mantuvieran a lo largo de su vida.

encabezaban las principales causas de muerte, en contraste, en 2014, la mayoría de las diez principales causas de muerte de la población en general correspondían a enfermedades no transmisibles, entre las cuales destacaban las enfermedades del corazón y la *Diabetes mellitus* (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Principales causas de mortalidad en México, 1970 y 2014

1970	2014
1. Enteritis y otras enfermedades diarreicas	1. Enfermedades del corazón
2. Influenza y neumonía	2. <i>Diabetes mellitus</i>
3. Ciertas causas de la morbilidad y la mortalidad perinatales	3. Tumores malignos
4. Tumores malignos	4. Accidentes
5. Homicidios y lesiones causadas intencionalmente	5. Enfermedades del hígado
6. Enfermedades del corazón	6. Enfermedades cerebrovasculares
7. Enfermedades cerebrovasculares	7. Agresiones
8. Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	8. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
9. Accidentes	9. Influenza y neumonía
10. Tuberculosis en todas sus formas	10. Ciertas causas de la morbilidad y mortalidad perinatales

Fuente: Elaboración propia con información del INEGI (2014).

Esta transición epidemiológica ha implicado también un ajuste en los mecanismos relativos a la promoción, prevención y atención a la salud de la población. En ese escenario, la vigilancia epidemiológica es una acción clave para enfrentar estas modificaciones derivadas de la transición epidemiológica. La vigilancia epidemiológica es un ejercicio técnico, científico y de vinculación que integra múltiples fuentes de información; mediante el análisis, estima y predice escenarios relevantes para la conducción de las políticas en salud. Esta integración permite representaciones más sofisticadas sobre la salud y enfermedad, sus determinantes y las relaciones de estos con los desenlaces de salud y los contextos donde ocurren (Salud, 2013d).

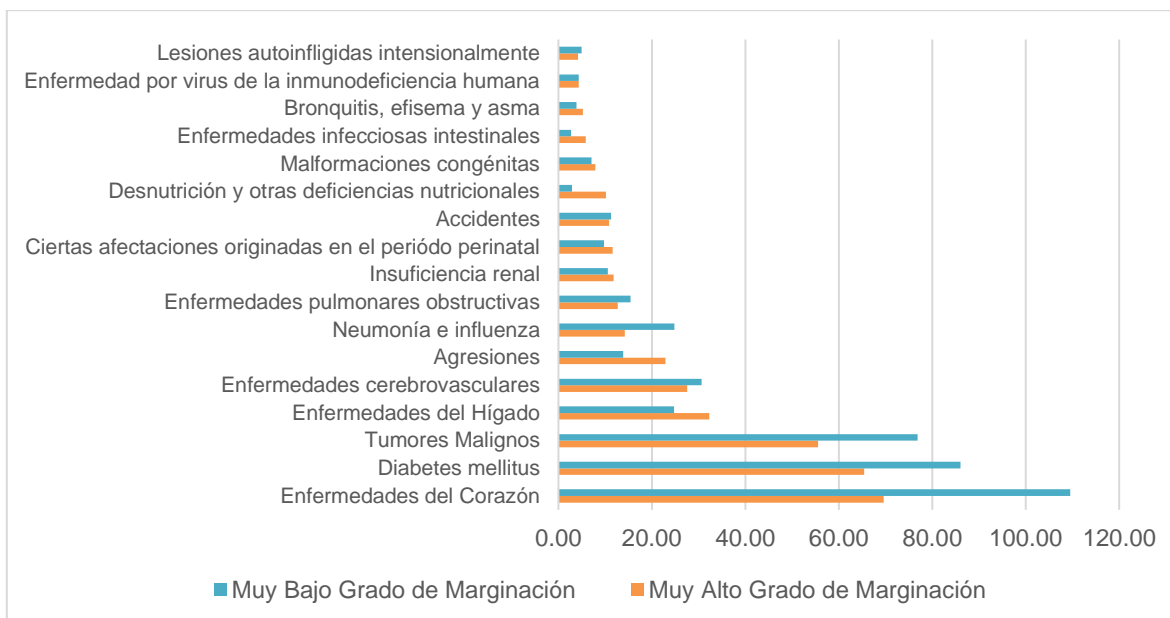
La vigilancia epidemiológica es un instrumento vital para identificar, medir y analizar los problemas y las condiciones de la salud que afectan a toda la población y, con

base en ello, poder tomar decisiones orientadas a promover la salud, prevenir la enfermedad o controlar los problemas que se hayan presentado (Salud, 2013d).

Si bien a nivel nacional se ha verificado la transición epidemiológica, la disminución en la incidencia de enfermedades infecciosas y la mejora en el estado nutricional de la población mexicana no se han logrado de igual forma en las diferentes regiones del país y entre distintas poblaciones (Salud, 2013e). Aunque en el ámbito nacional las principales causas de muerte corresponden a enfermedades no transmisibles, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (PAHO, por sus siglas en inglés), los grupos sociales pobres y vulnerables siguen padeciendo la morbilidad y mortalidad provocadas por las enfermedades infecciosas y las carencias nutricionales y, además, están más expuestos a los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (PAHO, 2016).

A este fenómeno, es decir, la presencia simultánea de enfermedades infecciosas y malnutrición y enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), se le conoce como doble carga de enfermedad. Esto es visible en el caso de México, donde la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales y por desnutrición en las entidades federativas clasificadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) como de muy alto grado de marginación es mayor que en las de muy bajo grado de marginación (INEGI, 2014) (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Tasa de mortalidad por las principales causas de muerte en las entidades federativas con muy alto grado de marginación y muy bajo grado de marginación, México, 2014 (defunciones por 100,000 habitantes)



Fuente: Datos del INEGI (2014) y el CONAPO (2010). De acuerdo con el CONAPO, las entidades federativas de muy alta marginación son Oaxaca, Chiapas y Guerrero, y las de muy baja marginación son la Ciudad de México, Nuevo León, Coahuila y Baja California.

La presencia de enfermedades de manera diferenciada por el grado de marginación es conocida como desigualdad en salud, dado que las enfermedades no se distribuyen azarosamente, sino que están determinadas por las estructuras social, política y económica en las que vivimos.

Uno de los indicadores mediante los cuales se puede advertir esta desigualdad, que se presenta entre entidades federativas con distintos grados de marginación, es la razón de mortalidad materna. En México se observa la magnitud de la brecha cuando se compara la razón de mortalidad materna del conjunto de las entidades federativas consideradas por el CONAPO con muy alto grado de marginación con la de aquellas con muy bajo grado. En 2014, la diferencia fue casi del doble: en las primeras hubo 60 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos frente a 31 para las de muy bajo grado de marginación (ODM, 2014; CONAPO, 2010).⁴ Lo mismo se

⁴ Para la obtención de estos datos, se consideraron las cifras estatales que se presentan en la página de ODM en México y se agruparon en función de la categorización por grado de marginación que realizó el CONAPO

refleja en cuanto al promedio nacional, que es de 39 defunciones por cada 100,000 nacidos (ODM, 2015).

La probabilidad mayor de muerte materna se encuentra en el estrato socioeconómico más bajo, en mujeres con menor escolaridad, que viven en zonas marginadas, en comunidades rurales o con población predominantemente indígena y, en general, con índices de rezago social alto y muy alto. En ese sentido, a pesar de que algunos indicadores tradicionales de salud han mejorado, en “las entidades federativas con los mayores porcentajes de población indígena continúan mostrando los peores indicadores demográficos y sociales, los mayores índices de pobreza y de deficiencias en el acceso a los servicios de salud, y a otros igualmente básicos como la educación y el agua potable” (Cárdenas, R., 2014).

En México, 60 por ciento de las muertes maternas ocurren en mujeres de 20 a 34 años. En general, las principales causas en 2012 fueron (Salud, 2013c):

- Causas obstétricas indirectas (anemia, neumonía, enfermedades cardiovasculares), 25.3 por ciento
- Hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia⁵), 24.9 por ciento
- Hemorragia del embarazo, 19.1 por ciento
- Otras causas obstétricas directas, 13.1 por ciento
- Abortos, 8.2 por ciento

La principal causa de mortalidad materna que se identifica en la lista son las causas obstétricas indirectas (entre ellas, las enfermedades cardiovasculares), las cuales resultan de una enfermedad producida desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante este y no ocurre por causas obstétricas directas, pero sí se agrava por los efectos fisiológicos del embarazo. Las causas

para 2010. Se tomaron los datos de Baja California, Coahuila, Ciudad de México y Nuevo León, catalogados por el CONAPO con muy bajo grado de marginación, y los de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, clasificados como de muy alto grado de marginación.

⁵ La preeclampsia es el estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso (Oxford, 2016b). La eclampsia es la enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o el puerperio y se asocia a convulsiones seguidas de un estado de coma (Oxford, 2016a).

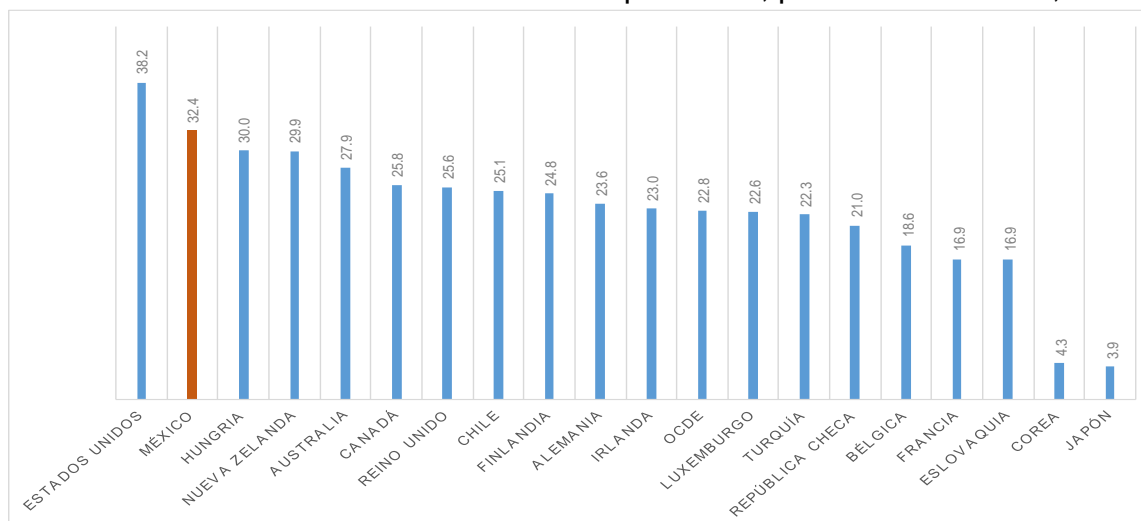
obstétricas directas se deben a complicaciones obstétricas del embarazo, de intervenciones, omisiones de tratamiento incorrecto o una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas (OMS, 2008).

El sobrepeso y la obesidad (SPyO) también es una causa indirecta (que no se considera en la lista anterior) de la mortalidad materna: si una mujer inicia el embarazo siendo obesa, tendrá mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia, diabetes gestacional y otras complicaciones, como hemorragias e infecciones (Mazariegos, 2015). Existe evidencia de que para estas enfermedades, y otras crónicas no transmisibles,⁶ el SPyO constituye un factor principal de riesgo (IMCO, 2015; OMS, 2015a).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el SPyO como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2015a). La obesidad se caracteriza por un balance positivo de energía que ocurre cuando la ingestión de energía excede al gasto energético y ocasiona un aumento en los depósitos de grasa corporal (Salud, 2013b). En México, en 2012, siete de cada diez adultos presentaban esta condición. Únicamente en el caso de la obesidad, en comparación con otros países miembros de la OCDE, México se colocó en el segundo lugar, solo antecedido por Estados Unidos (OCDE, 2016) (ver gráfica 2).

⁶ Las enfermedades crónicas no transmisibles son de larga duración y, por lo general, evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes (OMS, 2015c).

Gráfica 2. Prevalencia de obesidad en la población, países de la OCDE, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE (2016).

Desagregando el dato por sexo, 69.4 por ciento de las mujeres en el país presentan SPyO, mientras que para los hombres asciende a 73 por ciento (INSP, 2012). Este problema también se reporta de modo significativo en adolescentes y niños. En los adolescentes, la prevalencia de SPyO, en general, es de 34.9 por ciento y en los niños, de 34.4. En el caso de la obesidad infantil, la prevalencia es considerablemente mayor en las niñas que en los niños: 36.9 por ciento de las niñas padece SPyO frente a 29.2 en los niños (INSP, 2012).

Además, la obesidad es el principal factor de riesgo que explica los años de vida saludable perdidos (AVISA). En México, 20 por ciento de los AVISA son secundarios a obesidad. Como factor de riesgo, la obesidad explica las tendencias crecientes en enfermedades de alto impacto y mortalidad prematura: diabetes, hipertensión arterial, riesgo cardiovascular y cáncer (Salud 2013d, p. 30). Estas enfermedades, además de tener consecuencias sobre la salud, presentan implicaciones económicas y sociales, y vulneran la viabilidad financiera y capacidad de respuesta de los servicios de salud, ya que representan costos importantes para su atención (CONEVAL, 2013).

Si bien no se han realizado estimaciones precisas respecto de la carga económica que las ECNT significan tanto para las familias como para el sector público, la PAHO estima que, en México, si la hipertensión y la diabetes siguen aumentando como se ha proyectado, el presupuesto en salud tendría que incrementarse entre 5 y 7 por ciento anualmente (PAHO, 2016). El costo de atención a la diabetes se ubica entre los 82,000 y 98,000 millones de pesos anuales, equivalentes a 73 y 87 por ciento del gasto programable en salud (IMCO, 2015).

Por otro lado, de acuerdo con las estimaciones del McKinsey Global Institute, la obesidad, a nivel mundial, aplica costos equivalentes a 2.8 por ciento del producto interno bruto (PIB) global (IMCO, 2015). Para México, el costo total⁷ del SPyO se ha elevado de 35.4 mil millones de pesos en 2000 a 67.3 mil millones de pesos en 2008. “La proyección es que para el año 2017 el costo total [...] ascienda a 150.p mil millones de pesos. En ese sentido, con base en las estimaciones mencionadas, el costo total del sobrepeso y la obesidad para el periodo 2000-2017 sería [...] de 1.45 billones de pesos, lo que representaría un costo anual promedio para el país de 80.8 mil millones en pesos de 2008 [...] durante el periodo 2000-2017” (Barquera *et al.*, 2010: p.401).

De manera general, se acepta que el SPyO presenta una etiología multifactorial, es decir, que puede ser a consecuencia de varios elementos, e incluso de la conjunción de ellos, como son factores biológicos, genéticos y ambientales (Figuroa, 2009). Las causas inmediatas de la obesidad son resultado de una elevada ingestión y bajo gasto de energía; también son generadas por factores subyacentes, como alta disponibilidad y accesibilidad de alimentos con alto contenido energético, consumo de bebidas azucaradas, mercadeo masivo de alimentos procesados, bajos precios relativos por caloría tanto de alimentos procesados con alta densidad energética como bebidas con aporte calórico.

⁷ Es la suma del costo directo y del indirecto de la enfermedad; las cifras están en pesos de 2008.

Otro factor subyacente es la pérdida de la cultura alimentaria tradicional, originada por diversas razones, incluyendo el tiempo limitado para la compra, selección y preparación de alimentos, la disponibilidad y accesibilidad a alimentos con alto contenido energético y bajo costo, así como la publicidad de alimentos y bebidas procesados (Rivera, s.f.).

Al respecto, el SPyO se asocia a otros fenómenos vinculados a la alimentación (Figuroa, 2009), como cambios en el régimen alimentario, que se traducen, por un lado, en un mayor consumo de grasas y azúcares, los cuales proporcionan un alto poder de saciedad, sabor agradable y bajo costo, y por otro, en un menor consumo de fibra, en virtud de los elevados precios de las frutas, verduras y otros alimentos de alta calidad nutricional que resultan inaccesibles para los grupos de ingresos más bajos.

Los factores determinantes para el SPyO más estudiados son los que tienen que ver con los estilos de vida, en términos de ingesta calórica y actividad física. Sin embargo, algunas investigaciones también relacionan la obesidad con el nivel socioeconómico (Figuroa, 2009) y reconocen que los grupos con ingresos bajos son los más expuestos a esta enfermedad; por ejemplo, algunos elementos vinculados con la pobreza que influyen en la prevalencia del SPyO son el nivel educativo, que se refiere a contar, o no, con información sobre nutrición, la actividad física, la promoción de la salud en general, el acceso a los servicios de salud de todo nivel, aunque aquí destacan los servicios preventivos, o el acceso a la seguridad social.

Como se observa, tanto la mortalidad materna como la presencia de SPyO tienen entre sus causas factores relacionados con el nivel de ingreso y vulnerabilidad, desigualdad de género y pertenencia a población indígena (sobre todo para la mortalidad materna). En ese sentido, se habla de una inequidad en salud; esto implica que, “idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de modo más pragmático, que nadie debe estar

desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse” (Whitehead, 1991: p.7).

Las inequidades pueden estar fundadas en la desigualdad de oportunidades para acceder a servicios médicos de calidad y culturalmente competentes; en condiciones de vida inadecuadas determinadas por factores económicos y sociales restrictivos, como la distancia y la dificultad de acceso a servicios de calidad; en la exposición a riesgos para la salud por diferentes situaciones (violencia de género o prácticas y representaciones en torno a la maternidad que alejan a las mujeres del acceso a los servicios), así como en la carencia de atención médica atribuible a discriminación genérica o étnica (Whitehead, 1991).

Con base en lo anterior, la equidad en salud debe encaminarse no solo a eliminar todas las diferencias en este aspecto, sino a reducir o suprimir aquellas que resultan de los factores que son evitables o injustos. Además, con la evidencia de la desigualdad en salud, se deben aplicar políticas focalizadas a los sectores de la sociedad que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad.

La descripción de los patrones de incidencia de las enfermedades y la investigación de sus causas permite determinar los grupos más expuestos o susceptibles, estratificar los riesgos y orientar las acciones preventivas y de control de una manera eficaz y eficiente. En ese sentido, el análisis de la información puede reconocer cambios en la tendencia o distribución de los problemas de salud. Aquí la vigilancia epidemiológica desempeña un papel importante en la identificación de variaciones en los agentes infecciosos o en algunos factores del huésped que alerten sobre la potencial ocurrencia de un problema de salud pública mayor; de igual modo, tiene incidencia en los servicios de medicina preventiva a través del monitoreo del alcance y la aceptación de los diversos programas preventivos, como son las coberturas de vacunación (Tapia, 1996).

La vigilancia epidemiológica resulta fundamental, entre otras razones, porque dota de herramientas para evitar, en la medida de lo posible, la propagación de

enfermedades infecciosas mortíferas en proporciones pandémicas. Ejemplos de estas enfermedades pandémicas se han presentado a lo largo de la historia, como la viruela, que produjo entre cinco y diez millones de defunciones en la población prehispánica en 1510; la peste negra, con un impacto de 25 millones de muertes en Europa y entre 40 y 60 millones en Asia, y que alcanzó su punto máximo en 1348; la gripe española, la cual, en 1918, provocó 50 millones de muertes; o el VIH-sida, que desde 1981 ha causado más de 25 millones de muertes (Cárdenas, 2014).

En México, la vigilancia epidemiológica está regulada por la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica y se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). En la norma se describe este sistema como un conjunto de métodos y procesos estandarizados para llevar a cabo, de manera oportuna y uniforme, la vigilancia epidemiológica, cuyo objetivo es generar información oportuna y confiable para la toma de decisiones, medir el impacto de los programas de atención a la salud de la población, y definir áreas y grupos de riesgo en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud (Salud, 2013a). También se basa en el Programa de Acción Específico para la Vigilancia Epidemiológica, en el cual se proponen objetivos y estrategias y se precisan indicadores con impacto en la vigilancia epidemiológica y en la salud pública (Salud, 2013d).

El objetivo general del SINAVE es proveer información y conocimientos epidemiológicos relevantes sobre daños y riesgos a la salud a fin de coadyuvar a las acciones de prevención y protección de la salud. Sus objetivos específicos son:

- Elaborar y mantener actualizado el diagnóstico de salud de la población.
- Sistematizar la información de morbilidad y mortalidad de padecimientos transmisibles y no transmisibles de notificación obligatoria.
- Consolidar la aplicación de criterios y procedimientos homogéneos para la vigilancia epidemiológica en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

- Mejorar la capacidad de respuesta para identificar la presencia de brotes, situaciones de importancia epidemiológica y grupos de riesgo que requieran atención inmediata y medidas especiales de prevención y protección de la salud.
- Incrementar la información y conocimientos sobre las condiciones de salud y el impacto de las medidas de intervención en los indicadores de salud de la población.
- Mejorar la calidad, cobertura y oportunidad de la información y procurar su utilización adecuada en la toma de decisiones.

El SINAVE⁸ está inmerso en las actividades que tiene encomendada la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud y es considerado como un elemento fundamental para la toma de decisiones en la operación de los diferentes programas de atención a la salud de la población. Está constituido por un componente colegiado, que es el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, y uno de información, que es el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica. Tiene cinco sistemas de vigilancia epidemiológica: vigilancia de la morbilidad, vigilancia de la mortalidad, vigilancia especial, vigilancia de emergencias en salud pública y vigilancia internacional; para ello, cuenta con varias herramientas.

POBREZA Y CARENCIAS

En México, en cumplimiento de la Ley General de Desarrollo Social, el CONEVAL estableció una serie de lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza a partir de un enfoque multidimensional que considera

⁸ En él participan todas las instituciones del sector: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; la Secretaría de la Defensa Nacional; la Secretaría de Marina; los servicios médicos de Petróleos Mexicanos; todos los institutos de servicios médicos estatales y algunas instituciones privadas.

elementos relacionados con los derechos sociales y el bienestar económico (CONEVAL, 2014c) (ver cuadro 4).

Cuadro 4. Porcentaje y número de personas por indicador de pobreza, México, 2010, 2012 y 2014

Indicadores	Estados Unidos Mexicanos					
	Porcentaje			Millones de personas		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Pobreza						
Población en situación de pobreza	46.1	45.5	46.2	52.8	53.3	55.3
Población en situación de pobreza moderada	34.8	35.7	36.6	39.8	41.8	43.9
Población en situación de pobreza extrema	11.3	9.8	9.5	13.0	11.5	11.4
Indicadores de carencia social						
Rezago educativo	20.7	19.2	18.7	23.7	22.6	22.4
Carencia por acceso a los servicios de salud	29.2	21.5	18.2	33.5	25.3	21.8
Carencia por acceso a la seguridad social	60.7	61.2	58.5	69.6	71.8	70.1
Carencia por calidad y espacios en la vivienda	15.2	13.6	12.3	17.4	15.9	14.8
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	22.9	21.2	21.2	26.3	24.9	25.4
Carencia por acceso a la alimentación	24.8	23.3	23.4	28.4	27.4	28.0
Bienestar						
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	19.4	20.0	20.6	22.2	23.5	24.6
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar	52.0	51.6	53.2	59.6	60.6	63.8

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010, 2012 y 2014 (CONEVAL, 2015e).

De acuerdo con el CONEVAL, en 2014, 55.3 millones de personas se encontraban en situación de pobreza, lo que representa 46.2 por ciento del total de la población; de ellos, 9.5 por ciento estaban en pobreza extrema y 36.6, en pobreza moderada, es decir, 11.4 millones y 43.9 millones de personas, respectivamente. Esto significa que solo se presentaron mejoras en cuanto a la población en situación en pobreza

extrema respecto de 2010, año en que la cifra de pobres extremos llegó a 13 millones; sin embargo, en lo referente a la población en pobreza moderada, se verificó un incremento de casi 2.5 millones de personas (CONEVAL, 2015e).

Este aumento pareciera responder de manera directa al indicador de bienestar económico, el cual mostró incrementos significativos respecto de 2010, al pasar de 22.2 millones de personas con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo en 2010 a 24.6 millones en 2014. El incremento fue más notorio en la población con ingreso inferior a la línea de bienestar: de 59.6 millones en 2010 a 63.8 millones en 2014 (CONEVAL, 2015e). Este es un indicador valioso, ya que se refiere a la capacidad de adquirir una canasta de bienes; en el caso de la línea de bienestar mínima considera únicamente una canasta alimentaria básica, lo que tiene impacto directo en la nutrición de la población y en su estado de salud.

De 2010 a 2014 se presentó una reducción de las carencias en la población mexicana; la de acceso a servicios de salud pasó de 29.2 por ciento de la población que carecía de estos servicios en 2010 a 18.2 en 2014. Esto es reflejo del Seguro Popular, el cual ha ampliado su cobertura. Entre 2010 y 2014 se incorporaron a este programa 17.1 millones de personas, lo que significa que se pasó de 35 millones de personas afiliadas en 2010 a 52.1 millones en 2014; vale la pena señalar aquí que el mayor crecimiento en la afiliación al Seguro Popular se dio entre 2010 y 2012 (CONEVAL, 2015a). A pesar de ello, utilizar como indicador el estar afiliado al sistema de salud no es suficiente para dar cuenta de la materialización del derecho constitucional a la salud, ya que este no mide la calidad ni la oportunidad de los servicios recibidos.

Otras de las carencias que han experimentado una reducción en la proporción de personas que las presentan son las referentes a la vivienda. La carencia de acceso a servicios básicos en la vivienda pasó de 22.9 por ciento de personas que la padecían en 2010 a 21.2 en 2014, y la carencia de calidad y espacios de la vivienda, de 15.2 por ciento en 2010 a 12.3 en 2014. Estos indicadores están relacionados, en cierta medida, con la reducción de las enfermedades infecciosas en la población

mexicana. Tal es el caso del piso firme en las viviendas (uno de los indicadores de la carencia de calidad y espacios de la vivienda), pues existe evidencia de que los episodios de enfermedades intestinales disminuyen cuando la vivienda tiene piso firme y no de tierra; por ejemplo, la evaluación de resultados de impacto del programa Piso Firme (Gertler *et al.*, s.f.) encontró que los niños menores de cinco años que viven en hogares beneficiarios del programa presentan entre 18 y 20 por ciento menos episodios de diarrea y 20 por ciento menor prevalencia de anemia respecto a niños que viven en hogares no beneficiarios. Otros efectos positivos atribuibles son la disminución en la incidencia de enfermedades respiratorias y parasitarias, problemas en la piel, entre otras (CONEVAL, 2012a).

Por otro lado, aún hay una prevalencia importante de personas que carecen de acceso a la alimentación (23.4 por ciento), que no cuentan con seguridad social (58.5) y presentan rezago educativo (18.7 por ciento) (CONEVAL, 2015e). Estas carencias, junto con el SPyO, constituyen factores de riesgo para contraer otras ECNT y vulneran el estado de salud de la población en general (SALUD, 2015a).

Un elemento más que se debe considerar en esta problemática es la existencia de una polaridad en las condiciones de malnutrición en México, pues en los mismos grupos de población coexiste, en algunos casos, la desnutrición y el SPyO (CONEVAL, 2014b).

Capítulo 2. Análisis de la pertinencia de los programas del grupo como instrumento para resolver la problemática

Esta sección describe en qué medida los programas federales de prevención y promoción de la salud evaluados apoyan la atención a los problemas de política pública en la materia. Asimismo, discute la relevancia de los temas que comprenden en el contexto de la salud pública nacional.

Los programas aquí evaluados implementan acciones de promoción y prevención en salud y el resultado esperado es que los problemas en materia de salud sean disminuidos. La forma en que aquellos se plantean incidir se muestra a partir de sus objetivos (ver cuadro 5).

Cuadro 5. Objetivos de los programas federales de promoción y prevención en salud, México, 2014

Programa	Objetivos
Prevención contra la obesidad	Contribuir a mejorar la salud de la población mediante la detección y tratamiento del SPyO en la población mayor de 20 años de edad cuya atención es responsabilidad de la Secretaría de Salud en el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Con esto, se busca afectar el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, dislipidemias y problemas cardiovasculares. Para lograr lo anterior, se otorga capacitación a personal médico de las entidades federativas y se realizan acciones de prevención de la salud a fin de evitar enfermedades como la diabetes y la hipertensión. El programa lleva a cabo acciones de detección, tratamiento y control en el primer nivel de atención.
Reducción de la mortalidad materna	Propiciar la atención médica de alta calidad durante el periodo obstétrico que permita reducir la morbilidad materna. Ello se logra ofreciendo servicios médicos en las etapas de embarazo, parto y puerperio, fundamentalmente orientados a mujeres de poblaciones marginadas. Asimismo, se promueve la capacitación de personal médico de los servicios estatales de salud de las 32 entidades federativas en temas de emergencias obstétricas y se llevan a cabo visitas de supervisión para el cumplimiento de la normativa de atención a la mujer durante el embarazo,

Programa	Objetivos
	parto y puerperio. El programa surgió en 2012, pero antes de ello se vinculó al programa Reducción de la mortalidad materna.
Vigilancia epidemiológica	Este programa es el mecanismo por el cual dos unidades administrativas reciben el presupuesto de operación: el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), el cual opera 18 programas de acción específica de prevención de enfermedades y protección de la salud que buscan disminuir riesgos a la población en general, y la Dirección General de Epidemiología, que pretende generar información a través del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos que permita el diagnóstico de enfermedades y contribuya a la vigilancia epidemiológica en México. En su conjunto, ambas unidades tienen el objetivo de consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades específicas mediante la vigilancia epidemiológica. Ello conduce a la detección, diagnóstico, control y tratamiento oportuno de enfermedades prioritarias para la salud pública.

Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2014-2015 (CONEVAL, 2015b-d).

El programa Prevención contra la obesidad tiene como finalidad contribuir a mejorar la salud de la población mediante la prevención, detección, tratamiento y control del SPyO en la población mayor de 20 años, y disminuir el riesgo de padecer enfermedades crónicas. Este programa es de carácter preventivo, ya que ofrece servicios de detección y diagnóstico de sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión y dislipidemias, y busca incidir, al mismo tiempo, en factores causales del SPyO al promover cambios en hábitos alimentarios y una mayor actividad física.

La prevención se presenta en tres niveles fundamentalmente. La prevención primaria se refiere a las “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, citado en Julio *et al.*, 2011, p. 12) y tiene por objetivo disminuir la incidencia de la enfermedad. Por ello, sus estrategias “pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo” (OMS, 1998, citado en Julio *et al.*, 2011, p. 12); ejemplo de ello es el uso de condones para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, como el VIH, las campañas de vacunación y la educación sanitaria, entre otras.

La prevención secundaria busca detectar la enfermedad en estadios precoces, sin manifestaciones clínicas, en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión. Se basa en el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, aspectos fundamentales para el control de la enfermedad (OMS, 1998, citado en Julio *et al.*, 2011, p. 13).

La prevención terciaria “se refiere a las acciones relativas a la recuperación total de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas” (Julio *et al.*, 2011, p. 13).

La finalidad del programa Prevención contra la obesidad se relaciona con la prevención secundaria y sus acciones no están alineadas con el logro de objetivos para la prevención primaria, como la educación nutricional y la actividad física, que son elementos primordiales en el tratamiento contra la obesidad.

El programa Reducción de la mortalidad materna busca mejorar la calidad de la atención obstétrica, principalmente en poblaciones de alta marginación y, de esta forma, reducir la morbilidad y mortalidad maternas. El programa pretende afectar tanto causas estructurales⁹ (a través de una atención focalizada a grupos con mayor vulnerabilidad) como intermedias (servicios de salud) de la mortalidad materna, como la desigualdad en salud, con el propósito de concentrarse a tiempo en las diferentes causas prevenibles del problema.

Estas acciones, importantes para reducir la mortalidad materna, están orientadas al control de daños más que a la prevención de los problemas que producen la mortalidad materna y que tienen que ver con un estado de malnutrición (desnutrición u obesidad) de la mujer al llegar al embarazo. No obstante, la

⁹ De acuerdo con Graciela Freyermuth (2016), existen determinantes sociales estructurales, resultado de la violación reiterada y sistemática de los derechos humanos que deriva en rezago social. Este rezago estructura la posición de la mujer y su actitud respecto a la salud. Entonces, “la sobrevivencia de las mujeres y su vulnerabilidad frente a una urgencia médica durante la maternidad dependerá de si habitan en una localidad alejada, en una cabecera municipal o en una ciudad, si tienen acceso a la escolarización y a servicios de salud, de calidad y competentes culturalmente” (Freyermuth, 2016, p. 26).

condición nutricional de la mujer al momento de iniciar la gestación no es la única causa sobre la cual se podrían aplicar medidas preventivas. Un enfoque preventivo tendría que prever acciones específicas para las mujeres en edad fértil (como vacunas del papiloma antes del inicio de la vida sexual o de tétanos durante el embarazo) y también antes de la edad fértil (como impartición de sesiones sobre educación sexual, incluso desde la infancia de una manera adecuada a cada edad), y proporcionar información sobre identificación de riesgos e inicio de complicaciones y contenidos dietéticos, pruebas regulares de Papanicolaou, entre otras medidas.

Por su parte, el programa Vigilancia epidemiológica tiene dos tipos de acciones fundamentales: uno es la inteligencia epidemiológica a través del SINAVE, que consiste en la notificación, análisis y difusión de los casos reportados de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y el otro son los 18 programas de acción específica del CENAPRECE: *Diabetes mellitus*, obesidad y riesgo cardiovascular, salud bucal, envejecimiento, lepra, tuberculosis, enfermedades respiratorias e influenza, enfermedades diarreicas y cólera, dengue, oncocercosis, enfermedad de chagas, leishmaniasis, paludismo, brucelosis, rickettsiosis, rabia humana, picadura de alacrán y urgencias epidemiológicas.

Este programa atiende también las enfermedades crónicas¹⁰ (*Diabetes mellitus*) y monitorea enfermedades infecciosas emergentes (influenza) y reemergentes (tuberculosis y dengue). Asimismo, tiene a su cargo las tareas de inteligencia en epidemiología, con lo cual apoya la recolección sistemática de datos y su análisis para conocer la distribución y las tendencias en la incidencia de las enfermedades que ayudan a identificar las causas de morbimortalidad y sus factores de riesgo.

COBERTURA Y PRESUPUESTO

¹⁰ De acuerdo con la OMS (s.f.), las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y, en general, de progresión lenta.

Una dificultad que enfrentan los tres programas evaluados es la definición de sus poblaciones. En el caso del Programa de Prevención contra la obesidad, su población potencial ha sido definida como toda la población con y sin derechohabiencia de 20 años y más, la cual fue cuantificada en 2014 en 75.0 millones de personas. La población objetivo es un subconjunto de la potencial, que incluye solo a quienes no cuentan con derechohabiencia, y ascendió a 38.7 millones en el año de referencia. La población atendida es aquella a la que se le detectó diabetes, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias, de 20 años y más, sin derechohabiencia, más aquella a la que se le realizó alguna intervención de prevención, tratamiento y control de alguna enfermedad crónico-degenerativa (diabetes, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias); en 2014 se atendieron 40.0 millones de casos.

La población atendida fue mayor a la población objetivo, porque la primera, además de cuantificar a las personas a las que se les hizo detección de diabetes, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias (población objetivo), también incluye a aquellas que fueron intervenidas y que no necesariamente realizaron una detección previa.

En cuanto a Reducción de la mortalidad materna, su población potencial se estimó, en 2014, en 33.1 millones de mujeres en edad fértil (15-49 años) y su población objetivo en 2.2 millones de partos en cada año (con base en lo reportado por el CONAPO, según el Censo 2010). De acuerdo con la evaluación específica de desempeño 2014-2015, la población atendida de este programa en 2014 fue de 2.2 millones de nacimientos atendidos.¹¹

El programa de Vigilancia epidemiológica calculó una población potencial de 119.7 millones de personas, es decir, toda la población con y sin derechohabiencia. La

¹¹ La población atendida se define como el número de nacimientos que se atienden en unidades de salud de todo el país registrados por el Subsistema de Nacimientos. Ello incorpora a todos los nacimientos ocurridos en unidades médicas públicas (incluyendo IMSS e ISSSTE) y en unidades médicas privadas; por ello, el indicador captura los nacimientos a nivel nacional que tienen lugar en servicios de salud. Si bien, la finalidad del programa es reducir la mortalidad materna en el ámbito nacional, la población a la que está dirigido es la que se encuentra en marginación y sin seguridad social; por ello, la medición presentada de población atendida no permite medir la cobertura en esta población (CONEVAL, 2015b).

población objetivo fue de 66.3 millones, es decir, toda la población sin derechohabencia, sector en el que los programas bajo la responsabilidad del CENAPRECE y la Dirección General de Epidemiología, operados por las entidades federativas, planearon o programaron alguna intervención de prevención, detección, diagnóstico o tratamiento. Finalmente, la población atendida ascendió a 782.8 mil personas, a las que se les realizaron intervenciones de prevención, detección, tratamiento y control para los diferentes programas bajo la responsabilidad del CENAPRECE y la citada dirección.

Como se observa, la población atendida del programa Prevención contra la obesidad es mayor a la población objetivo, en virtud de que esta última se mide en personas y la primera, en detecciones. Por su parte, en Vigilancia epidemiológica la diferencia entre las poblaciones obedece a que en la atendida se pretende incluir información que refleje la atención de las distintas unidades administrativas, de ahí que resulte ocioso hacer un análisis del grado de cobertura (ver cuadro 6).

Cuadro 6. Cobertura de los programas federales de promoción y prevención en salud, México, 2014

Programa	Unidad de medida	Población potencial (PP)	Población objetivo (PO)	Población atendida (PA)	Eficiencia en cobertura (PA/PO*100)
Reducción de la mortalidad materna	Personas	33,076,164	2,243,352	2,177,319	97.06
Prevención contra la obesidad	Personas	75,016,058	38,728,494	40,010,147	103.31
Vigilancia epidemiológica	Personas	119,713,203	66,294,528	782,842	1.18

Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2014-2015 (CONEVAL, 2015b-d).

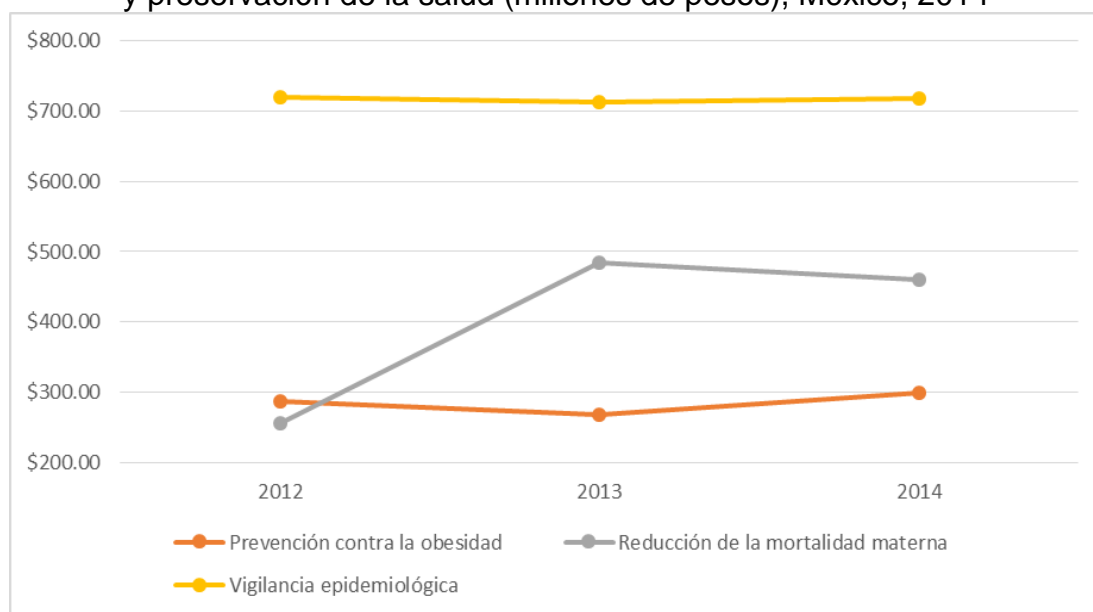
En 2014, el total de presupuesto ejercido por los tres programas dirigidos a la promoción y preservación de la salud fue de casi 1.5 mil millones de pesos; el de Vigilancia epidemiológica fue el que ejerció más recursos, alrededor de 718 millones

de pesos, en tanto que el de Prevención contra la obesidad fue el que recibió menos recursos, 299.2 millones de pesos.

Reducción de la mortalidad materna tuvo un aumento en su gasto ejercido de 2012 a 2014: pasó de 255 millones a 461 millones, lo que representa un incremento de 45 por ciento. Por su parte, el de Vigilancia epidemiológica presentó una decremento de 2.5 millones de pesos en el mismo periodo.

Prevención contra la obesidad, de 2012 a 2013, registró una disminución de su presupuesto de 6.6 por ciento, pero de 2012 a 2014 experimentó un aumento de 4.6 por ciento, al pasar de 286 millones a 299 millones de pesos (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Gasto ejercido por los programas federales de promoción y preservación de la salud (millones de pesos), México, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en las evaluaciones específicas de desempeño 2014-2015 (CONEVAL, 2015b-d); datos obtenidos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público deflactados a pesos constantes de 2012.

COMPLEMENTARIEDADES Y COINCIDENCIAS ENTRE PROGRAMAS

En su conjunto, los programas federales de promoción y prevención en salud evaluados enfrentan el reto de la doble carga de enfermedad en México y asumen

también las implicaciones de una transición epidemiológica avanzada. Por ello, y de manera muy general, pueden considerarse como complementarios.

Reducción de la mortalidad materna tiene pocas acciones complementarias o coincidentes con los otros programas evaluados, ya que la mayor parte de la mortalidad materna en México se asocia a causas directas (por ejemplo, hemorragias, infecciones, trastornos hipertensivos del embarazo, parto obstruido); solo en aquellas vinculadas a causas indirectas, es decir, por un problema de salud que complica el embarazo (VIH, paludismo, anemia o enfermedades cardiovasculares), habría una posible complementariedad.

La complementariedad y coordinación entre programas es fundamental; por ejemplo, en muchos casos, la *Diabetes mellitus* y los problemas cardiovasculares están asociados a condiciones previas, como el sobrepeso, y a patrones de vida, como puede ser el sedentarismo; de igual modo, algunos casos de mortalidad materna derivan de la presencia de SPyO.

Sumado a lo anterior, una vigilancia epidemiológica certera permitirá la implementación de estrategias para aminorar las enfermedades infecciosas y las no transmisibles; por ejemplo, reducir el sobrepeso en mujeres que serán gestantes o apoyar una ganancia de peso adecuada durante el embarazo reducen el riesgo de complicaciones que pueden resultar en muerte materna. Estas acciones pueden ser complementadas con el sistema de vigilancia epidemiológica en México, el cual también considera casos de violencia doméstica, los cuales, se ha observado, puede iniciar o exacerbarse durante la gestación. En ese sentido, el reto es lograr una articulación eficiente y que atienda las principales problemáticas del sector.

En el ejercicio fiscal de 2016 se realizó una reestructuración a nivel nacional de algunos de los programas presupuestarios con el propósito de optimizar los recursos y articular de mejor manera las estrategias de intervención estatal; en este ejercicio se fusionó el programa P014 Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y lesiones

al programa U008 Prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes,¹² que conservó su nombre y clave presupuestaria.

Otra fusión fue la del programa P017 Atención de la salud reproductiva y la igualdad de género en salud con el programa U007 Reducción de la mortalidad materna y calidad en la atención obstétrica, los cuales formaron el programa P020 Salud materna, sexual y reproductiva.¹³ Estas fusiones suponen la eliminación de las coincidencias entre programas; ahora el reto es que estos se articulen de manera complementaria para una mejor promoción de la salud y prevención de enfermedades.

¹² Antes (2014) denominado Prevención contra la obesidad.

¹³ Este programa ya no forma parte del universo de programas sociales de atención del CONEVAL.

Capítulo 3. Principales logros y fortalezas de los programas en su conjunto

Analizados en conjunto, los principales logros y fortalezas de los programas yacen en su búsqueda por mejorar aspectos en torno a las prácticas preventivas y de promoción en salud y, con base en ello, generar información. Las investigaciones que llevan a cabo sobre los factores epidemiológicos y las ECNT proporcionan información oportuna para la toma de decisiones en la materia. En específico, uno de sus resultados más importantes son las prácticas preventivas en salud que identifican factores de riesgo como la obesidad, el diagnóstico y la detección temprana de enfermedades crónicas como la *Diabetes mellitus* y los problemas cardiovasculares, y el fomento del control prenatal temprano.

Otro logro es la generación de información en salud como base de intervenciones futuras, la cual se expresa desde la perspectiva de un sistema de vigilancia epidemiológica tradicional y también con una visión actual de seguimiento a las enfermedades no transmisibles, como el caso particular de la mortalidad materna. Lo anterior apoya las acciones vinculadas tanto a las causas intermedias como directas de las enfermedades crónicas y las desigualdades en salud. La afectación de estas causas implica atender el problema de la doble carga de enfermedad.

Hay que resaltar que el programa de Prevención contra la obesidad está orientado a un problema de alta relevancia para la salud pública en México y no solo se limita a atender a los pacientes que llegan al sistema de salud, sino que también se enfoca en la detección.

Por su parte, el de Reducción de la mortalidad materna ha mejorado considerablemente en la medición de esta, lo que ha permitido identificar de mejor manera el problema y dar seguimiento a los cambios con mayor precisión y confiabilidad, lo cual apoya el propósito del programa.

Capítulo 4. Retos generales del grupo evaluado

El grupo de programas analizados enfrenta los retos sustantivos referentes a la inequidad en la salud y la doble carga de enfermedad. Sin embargo, el principal desafío es lograr que sus acciones se traduzcan en una mejora de la salud de su población objetivo, en la reducción del SPyO y de la mortalidad materna, así como en seguir contando con información específica para identificar patrones de incidencia de enfermedades estratégicas. Para alcanzar lo anterior, es deseable ampliar y fortalecer la colaboración con otras estrategias implementadas en materia de salud.

Asimismo, entre los retos en esta materia destacan las consecuencias de la descentralización y privatización de los servicios de salud. Ello entraña el apoyo de las entidades y los servicios privados tanto en temas de recolección de información como de operación de las tareas de prevención, detección y tratamiento, principalmente en aquellas en las que hay mayores carencias sociales. En ese sentido, se tendría que garantizar el cumplimiento de la obligatoriedad del reporte de información (relativa a la atención provista o a la identificación de algún caso) al sistema de vigilancia epidemiológica, sin importar la institución de la que se trate, de tal modo que se busque disminuir las inequidades en materia de salud, que representan, por ejemplo, altos índices de razón de mortalidad materna en zonas con alto grado de marginación.

Aunado a lo anterior, es imperante que la cobertura universal se manifieste en los indicadores de acceso efectivo y calidad en los servicios de salud. En la medida en que estos asuntos no se resuelvan, persistirán y se agravarán los problemas en materia de salud, al sumarse a las desigualdades tradicionales en este campo (enfermedades infecciosas, desnutrición y problemas reproductivos) las disparidades en los riesgos de enfermedades crónicas; por ejemplo, a pesar de la cobertura actual en salud, hay una falta de diagnóstico y tratamiento de aspectos como la obesidad (hay que recordar que, de acuerdo con datos de la Encuesta

Nacional de Salud y Nutrición 2012, tan solo cerca de una cuarta parte de las personas con obesidad habían sido sometidas a una evaluación de composición corporal, y apenas cinco por ciento habían recibido algún tipo de tratamiento).

Aunque uno de los avances en la prevención radica en la detección de factores de riesgo, como se explicó en la sección anterior, se tiene que avanzar en la prevención primaria, es decir, abordar los factores de riesgo en la población sana antes de que esta se encuentre en una situación en la que su salud esté comprometida; por ejemplo, en el caso del programa de Prevención contra la obesidad, que promueve acciones de detección, debería enfocarse realmente en la prevención del sobrepeso, lo que podría ser incluso menos costoso que la detección.

Otro reto sustantivo gira en torno a la calidad y el acceso efectivo a los servicios de salud; por ejemplo, en 2013, del total de partos atendidos, en 96.1 por ciento personal calificado ofreció la asistencia necesaria; no obstante, se reportó a nivel nacional que 86 por ciento de las muertes maternas (en el momento del parto) contaron con asistencia médica y 13 por ciento no llevaron control prenatal durante el embarazo¹⁴ (Freyermuth, 2015). Estos hechos son preocupantes dado que México, en la actualidad, dispone del diseño institucional para alcanzar la cobertura universal de atención del parto (en 2014, el porcentaje de partos con asistencia de personal calificado fue de 96.3). Una forma de incrementar la calidad en este aspecto es mediante el uso de tecnologías disponibles; por ejemplo, utilizar ultrasonidos portátiles en zonas rurales, hacer revisiones de signos vitales con aplicaciones móviles, entre otras medidas disponibles.¹⁵

El momento en el que se brinda la atención resulta trascendental para que la intervención sea efectiva; se puede citar el caso de la *Diabetes mellitus* y los problemas cardiovasculares, que están asociados a condiciones previas, como el

¹⁴ Es necesario señalar que estos datos reflejan la declaración del informante al momento del llenado del certificado de defunción, por lo cual están sujetos a errores de conocimiento y omisiones.

¹⁵ La Secretaría de Salud cuenta con el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud, que registra y monitorea indicadores de calidad en las unidades de los servicios de salud. Este sistema está disponible en <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/que-es-el-sistema-indicas-43776>.

sobrepeso y el sedentarismo. En ese sentido, las intervenciones para prevenir el sobrepeso deben llevarse a cabo en las primeras etapas de la vida para evitar que la persona con esta circunstancia se vuelva obesa; a quien ya sea obeso, se le debe ayudar para impedir el desarrollo de presión arterial alta, glucosa elevada o síndrome metabólico, y aquellos que inician con este cuadro, deben recibir apoyo para mantenerse médicamente controlados y procurar que no contraigan problemas cardiovasculares, renales o que afecten a otros órganos (Salud, 2013e).

Otro reto sustantivo para los programas orientados a la promoción de la salud y prevención de riesgos es la poca información sobre salud de la que dispone la población en general en México; esto se acentúa en poblaciones en especial vulnerables, como grupos indígenas o adolescentes. Lo anterior implica que –aun con la existencia y acceso efectivo a los servicios de salud– debe optimizarse la capacidad del individuo para ser un mejor productor de su salud y presupone la necesidad de planear acciones dirigidas no solo a brindar información, sino a empoderar a los ciudadanos en salud. Este es el punto más relevante de la prevención: mantener a la población lo más sana posible, al posponer o evitar el momento de desarrollo de una enfermedad, y reducir con ello las demandas de atención.

En ese sentido, se deben subrayar los aspectos preventivos de contenidos educativos sobre salud, que han de ser oportunos en su presentación, suficientes en su alcance y eficientes en la transmisión del conocimiento. Al respecto, la información sobre la reducción de factores de riesgo, como la desnutrición, la obesidad, el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo, es primordial en la prevención de enfermedades (Cárdenas, 2014a).

El Sistema Nacional de Salud no debe privilegiar la atención médica sobre la promoción de la salud y prevención de enfermedades, sino fomentar ejercicios de corresponsabilidad de la población.

Desde la perspectiva de la doble carga de enfermedad (enfrentada por México), el enfoque de la vigilancia epidemiológica debe consolidar la evolución de una visión centralmente guiada por enfermedades infecciosas a una en la que también se incluyan enfermedades crónicas.¹⁶ Por lo anterior, desde una perspectiva de políticas en salud, es de gran relevancia que México refuerce un sistema moderno de vigilancia epidemiológica para poder identificar problemas emergentes en salud y actuar a tiempo, documentar el impacto de intervenciones, al mismo tiempo que monitorear y clasificar el perfil epidemiológico de una población, y establecer, con base en lo anterior, prioridades y estrategias en la materia. Sería conveniente elaborar un mapa de indicadores de prioridades en salud, que diferencie por entidad federativa, pues el tipo de enfermedades que padece la población presenta distinciones por regiones. En el norte, por ejemplo, se reportan mayores casos de enfermedades no transmisibles, mientras que en el sureste, más padecimientos infectocontagiosos y promovidos por vectores.

El reto de cada uno de los programas, en específico los de Prevención contra la obesidad y Vigilancia epidemiológica, es mejorar la forma en que se definen y calculan las diferentes poblaciones para facilitar la consistencia y el análisis de datos.

En el caso del programa de Reducción de la mortalidad materna, su reto es focalizar el destino del presupuesto en estados y municipios que registran una presencia más alta de este problema, el cual coincida, posiblemente, con lugares que tienen niveles de marginación altos, como ya se documentó. Es relevante, incluso, considerar poblaciones vulnerables específicas, como la indígena.

¹⁶ Siguiendo las recomendaciones de la OMS, se están llevando a cabo acciones relacionadas con la puesta en marcha de un observatorio mexicano de enfermedades no transmisibles, con la finalidad de orientar y fundamentar las acciones de salud a través de la planeación, evaluación de programas e investigación, y así contribuir en la emisión de políticas públicas que incidan en la disminución de enfermedades no transmisibles. Esto, con el objetivo de tener un mayor control de los factores de riesgo de la obesidad y de las enfermedades metabólicas, como son la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. La implementación de un observatorio de las enfermedades crónicas no transmisibles permitirá conocer el comportamiento y la carga de estos padecimientos en el país, además de brindar información de calidad a los tomadores de decisiones (Salud, 2013).

Capítulo 5. Buenas prácticas

Resulta difícil identificar buenas prácticas que se adecuen a otros contextos en donde diversas variables pueden intervenir y afectar así el resultado de la intervención. Sin embargo, tomando en consideración lo anterior, se pueden observar acciones que han mostrado efectividad en su implementación en los ámbitos de aplicación y, a partir de ello, analizar la posibilidad de su incorporación en el entorno nacional.

Respecto a las políticas y acciones de prevención del SPyO, se mencionan a continuación algunas que han sido aplicadas en diversos países. En Chile, la Ley 20606 sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad, fue aprobada en 2012 y brinda un marco jurídico para prevenir la obesidad a nivel población. En ella se prevén acciones sobre el etiquetado y rotulado de los alimentos, y se hace hincapié en aquellos con alto contenido de azúcares, grasas saturadas, sodio y energía. Asimismo, estimula la incorporación de actividad física y deporte en los establecimientos educacionales, con el objetivo de promover hábitos de vida saludable en los estudiantes. Prohíbe la publicidad de alimentos en menores de 14 años, así como el uso de ganchos comerciales; de igual modo, el etiquetado de los sucedáneos de leche materna debe destacar la superioridad de esta última (PAHO, 2013).

En México también se tienen reglas para listar el contenido de las bebidas y los alimentos previamente envasados. Sin embargo, el diseño de este etiquetado no es autoexplicativo, es decir, el nivel de comprensión de la información contenida es muy bajo y, por lo tanto, es difícil interpretarla; además, hace falta homogeneizar los valores de referencia oficiales para no generar confusiones entre los consumidores, los tomadores de decisiones y las empresas (IMCO, 2015).

Por otro lado, se han emprendido iniciativas para establecer incentivos y reglas que orienten la venta de alimentos al menudeo para estimular la compra de productos

más saludables. La idea es que los comerciantes al menudeo ejerzan prácticas para impulsar a los consumidores a elegir alimentos nutritivos a través de instrumentos como la oferta de productos y la ubicación de estos dentro de las tiendas, los precios y las estrategias promocionales, entre otros (IMCO, 2015).

En Estados Unidos, los gobiernos de Nueva York y Nueva Jersey ofrecen apoyos financieros y distintivos para minoristas que incrementen la oferta de alimentos saludables. También en Nueva York se modificó el código de salud para restringir el contenido de ácidos grasos trans- que se ofrecen en todos los establecimientos que requieren licencia sanitaria. La ciudad de Los Ángeles tiene un programa de certificación para restaurantes saludables que ofrecen raciones más pequeñas, bebidas saludables y alimentos sin freír.

En Reino Unido, Londres cuenta con un programa de certificación para los minoristas que brindan opciones saludables y el gobierno federal ha incitado a los proveedores de alimentos a adquirir compromisos voluntarios para reducir el contenido de sal. En Singapur existe el distintivo “Healthier Hawker” para los vendedores de comida que utilicen ingredientes sanos en la preparación de alimentos (IMCO, 2015). En México se han hecho esfuerzos locales, como es el caso del gobierno de la Ciudad de México, que lanzó una iniciativa voluntaria para que los restaurantes locales retiraran los saleros de las mesas, a reserva de que los comensales los pidieran. Además, por ley, todos los restaurantes de la Ciudad de México deberán ofrecer agua potable de manera gratuita (IMCO, 2015).

En el tema de la reducción de la mortalidad materna se han documentado buenas prácticas a nivel nacional, entre las que destacan: a) la creación de instituciones, como el denominado Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, b) mecanismos de vigilancia ciudadana, como el Observatorio de Mortalidad Materna en México, que en poco tiempo se ha ganado el reconocimiento social y técnico como espacio propositivo de seguimiento y análisis de la mortalidad materna en el país, y c) estrategias operativas para acelerar la reducción de las muertes maternas, como las de participación ciudadana, incidencia política, abordajes interculturales o

fortalecimiento de las capacidades de actores locales (Freyermuth, 2015). Estas últimas se agrupan en siete temas:

- Participación ciudadana en el diseño y la evaluación de la prestación de servicios, y en la observancia e incorporación de las recomendaciones de la sociedad civil para mejorar las acciones y estrategias en la atención.
- Mejoras en el monitoreo de políticas públicas, programas y servicios, ya que las urgencias obstétricas son ocasionadas, en su mayoría, por padecimientos que pueden ser tratados de manera oportuna.
- Enfoque intercultural aplicado a la salud materna con la utilización de herramientas culturalmente apropiadas para lograr una atención de mejor calidad, más justa, respetuosa y menos discriminatoria; con ello se busca que se garanticen y respeten los derechos de las personas indígenas.
- Fortalecimiento de actores estratégicos para difundir los derechos sexuales y reproductivos, así como la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas, y de hombres y mujeres jóvenes en áreas rurales, a través de la formación de promotoras y promotores comunitarios.
- Existe evidencia histórica de que la asistencia al parto por parteras profesionales ha disminuido la mortalidad materna; los casos de Chile y Uruguay dan cuenta de ello en América Latina. Desde finales de la década de los noventa, las recomendaciones internacionales se han encaminado hacia la atención del parto por personal sanitario calificado como elemento central de cualquier política o programa destinado a la reducción de la mortalidad materna.
- Atención con una perspectiva de derechos humanos para buscar proveer un enfoque poderoso de intervención en tanto que apela a los valores de justicia social y equidad para proteger contra muertes tempranas y evitables, y con base en ello, lograr el empoderamiento personal y colectivo para mejorar las condiciones de supervivencia de las mujeres.
- Contar con sistemas de información en salud eficientes. México ha mejorado la difusión de las estadísticas en salud y la transparencia en los resultados

de la prestación de servicios, aunque no se puede considerar que prevalezcan los mismos niveles de confiabilidad de registros en las 32 entidades federativas. En ese sentido, es necesario fortalecer los sistemas de información con la finalidad de poder identificar las brechas existentes en la materia.

En relación con la vigilancia epidemiológica, se han publicado varios artículos que presentan ejemplos de buenas prácticas (Miller, 2015; Haldar *et al.*, 2016; Morant-Talamante *et al.*, 2013; Estripeaut *et al.*, 2015; Skowronski *et al.*, 2015; Xu *et al.*, 2013; Blok *et al.*, 2014); uno de ellos se refiere al uso de vigilancia de segunda generación para la detección y el control de enfermedades infecciosas. Este tipo de vigilancia, propuesta por la ONUSIDA, OMS/OPS y otras organizaciones internacionales, comenzó a implementarse a partir de 1999 a fin de mejorar la respuesta a nivel nacional ante la epidemia del VIH y el sida.

La vigilancia de segunda generación se caracteriza por considerar factores adicionales al sanitario, como aspectos sociales, económicos y culturales, y fomentar la movilización de la sociedad (OMS/ONUSIDA, 2000). Con ello se facilita la identificación de los mecanismos de transmisión del virus y de las barreras que pudieran existir para la aplicación de medidas de control y prevención. Además, permite introducir un sentimiento generalizado de emergencia en las comunidades más vulnerables, de tal modo que esto se traduzca en acción por y para aquellos que se encuentren en mayor riesgo de contagio (Miller, 2015). En este sentido, la vigilancia de segunda generación ayudó a identificar de manera general como factor de riesgo para la transmisión de VIH el uso de drogas inyectables, así como el impacto positivo de los programas de intercambio de agujas y jeringas en la reducción de nuevos infectados por el virus.

En el caso de República Dominicana, con la implementación del Sistema de Vigilancia de la Infección VIH basado en encuestas de seroprevalencia en grupos específicos, se logró caracterizar la epidemia del sida y reconocer que la vía sexual es la más común en la transmisión del virus en ese país, así como la población

infectada; se hicieron distinciones por grupos etarios y en qué zonas del país se presenta una mayor incidencia del virus. Esto ha conducido a poner en marcha estrategias dirigidas a los grupos más vulnerables, además de la elaboración de planes estratégicos nacionales (SESPAS, 2007).

Capítulo 6. Reflexión final y recomendaciones

La promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la protección contra los riesgos a la salud en cualquier actividad de la vida son las herramientas con las que cuenta este sector para asegurar que la salud de una persona solo se vea amenazada por factores genéticos¹⁷ que no puedan ser modificables o por el proceso de envejecimiento.

A pesar de que en México se han realizado mejoras al sistema de salud, esto no ha frenado los desafíos de la doble carga de enfermedad; para ello, es necesario reconocer que hay varios perfiles de salud en el país, que expresan distintas causas de muerte y de discapacidad, y varían por edad, sexo y nivel socioeconómico. También es indispensable asumir la existencia de inequidad en el acceso a los servicios de salud, ya que ciertos grupos se enfrentan a mayores restricciones que otros por sus estilos de vida, por tener ingresos inadecuados, por carencia en educación, entre otros factores que generan un acceso diferenciado al derecho a la salud. La aplicación de estrategias de diferencias, con mayor influencia y trabajo en poblaciones vulnerables, podría reducir la desigualdad en materia de salud.

En ese sentido, además de los temas de prevención y promoción de la salud, las acciones en esta materia deben estar en coordinación con mejoras enfocadas a lograr la cobertura completa y subsanar los problemas de calidad en tres sentidos: la prevención primaria, la calidad en educación sobre salud que tiene la población y la calidad en la atención. Asimismo, asegurar un servicio digno, contrarrestar la falta de cobertura de ciertos padecimientos, lograr la certificación de las competencias de los proveedores de salud, brindar mayor información y orientación para la toma de decisiones, solucionar los problemas de abasto y atención a emergencias, y diseñar de esquemas preventivos, entre otros temas que resultan apremiantes para atender la problemática en materia de salud de manera integral.

¹⁷ No obstante, incluso los factores genéticos que pudieran predisponer a la población a ciertas enfermedades puede combatirse si se cuenta con información médica apropiada; por ejemplo, el cáncer de mama puede prevenirse o atenderse a tiempo si se lleva a cabo un tamizaje adecuado que incluya mastectomías preventivas.

Respecto a la mortalidad materna, se debe poner especial interés en la consejería preconcepcional y reconocer, como ya se mencionó, que los servicios obstétricos esenciales no están distribuidos en forma homogénea y, en ocasiones, su calidad puede verse limitada debido a las características de la infraestructura, los insumos disponibles y el nivel y tipo de capacitación del personal de salud. En términos de prevención primaria, se debe brindar una atención particular a la población adolescente, ya que el embarazo adolescente es una tendencia que va en ascenso, sobre todo en países en desarrollo, así como en la población en edad fértil, con la intención de evitar que llegue en condiciones de malnutrición al embarazo.

Además, de acuerdo con el plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna grave, implementado para cumplir con el Objetivo del Desarrollo Sostenible en la materia (antes quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio),¹⁸ se propone que se intensifiquen las intervenciones clave, cuya eficacia ya ha sido probada, para reducir la morbimortalidad materna en cuatro áreas:

- La promoción del acceso ilimitado a la atención pregestacional de alta calidad, que incluya la planificación familiar.
- La atención prenatal, del parto y del puerperio prestada por personal calificado, que adopte un enfoque intercultural y de derecho en su accionar (PAHO, 2012).
- En relación con el SPyO, es necesario contar con una “política integral, multisectorial, multinivel y con una coordinación efectiva para lograr cambios en los patrones de alimentación y actividad física que permitan la prevención de enfermedades crónicas y la reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad” (Barquera *et al.*, 2010; p.397), y de esta manera, también reducir algunas causas indirectas de la mortalidad materna.

¹⁸ Ver Objetivos de Desarrollo Sostenible en <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

- En materia de vigilancia epidemiológica, la tarea pendiente es consolidar la implementación de un observatorio de las enfermedades crónicas no transmisibles para avanzar en el conocimiento del comportamiento y la carga de los padecimientos como el sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, dislipidemias, cáncer, entre otras; así se generaría información oportuna para la toma de decisiones y, al mismo tiempo, variables e indicadores relacionados con las enfermedades no transmisibles para lograr un proceso de monitoreo oportuno. Por otro lado, también se debe buscar la evolución y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica ante los importantes desafíos que enfrentan en la actualidad los sistemas de salud mundial. Un ejemplo es el virus del Zika, que constituye un problema de gran envergadura para los sistemas de salud y en él la vigilancia epidemiológica tiene un papel crucial. Asimismo, los sistemas de vigilancia epidemiológica siguen siendo medulares para contrarrestar el síndrome respiratorio agudo (SARS), el síndrome respiratorio de medio oriente (MERS) y otras condiciones infecciosas como la influenza.

Referencias bibliográficas

Barquera, S., Campos, I., Rojas, R. y Rivera J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*. Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado el 2 de agosto de 2016 de http://www.anmm.org.mx/GMM/2010/n6/38_vol_146_n6.pdf

Blok, L., Creswell, J., Stevens, R., Brouwer, M., Ramis, O., Weil, O., Klatser, P., Sahu, S. y Bakker, M. (2014). *A pragmatic approach to measuring, monitoring and evaluating interventions for improved tuberculosis case detection*. Oxford University Press, pp. 181-188.

Cárdenas, G. (2014). La vigilancia epidemiológica en México. ¿Cómo ves? *Revista de Divulgación Científica de la UNAM*, núm. 189 [en línea]. Recuperado el 15 de julio de 2016 de <http://www.comoves.unam.mx/numeros/articulo/189/la-vigilancia-epidemiologica-en-mexico>

Cárdenas, R. (2014). Desigualdad en la salud, escenarios y acciones, en Cecilia Rabell Romero (coord.). *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico* (pp. 134-183). México: Fondo de Cultura Económica.

_____ (2014A). Mortalidad: niveles, cambios y necesidades en materia de política pública, en Cecilia Rabell Romero (coord.). *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico* (pp. 115-132). México: Fondo de Cultura Económica.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2012). *Evaluación estratégica sobre mortalidad materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud*. Recuperado el 29 de julio de 2016 de

http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf

_____ (2012a). *Evaluación de consistencia y resultados del programa para el desarrollo de zonas prioritarias 2011-2012*. Recuperado de http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Evaluaciones_de_Consistencia_y_resultados_2011

_____ (2013). *Evaluación estratégica de protección social en México*. Recuperado el 11 de julio de 2016 de http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Evaluacion_Estrategica_de_Proteccion_Social_en_Mexico.pdf

_____ (2014a). *Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social*. Recuperado el 9 de marzo de 2016 de <http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPFE/Paginas/historico.aspx>

_____ (2014b). *Evaluación integral del desempeño de los programas federales de ayuda alimentaria y generación de capacidades, 2012-2013*. México, DF. Recuperado de http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Integrales/Integrales%202012-2013/05_EI_ALIMENTACION.pdf

_____ (2014c). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*. Recuperado el 5 de octubre de 2016 de http://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/Publicaciones%20oficiales/MEDICION_MULTIDIMENSIONAL_SEGUNDA_EDICION.pdf

_____ (2015a). *Evaluación específica de desempeño del programa de Apoyo para fortalecer la calidad en los servicios de salud*. Recuperado el 15 de marzo de 2016 de

http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SALUD/U012_PAFCSSALUD/U012_PAFCSSALUD_IC.pdf

_____ (2015b). *Evaluación específica de desempeño del programa de Reducción de la mortalidad materna*. Recuperado el 9 de marzo de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SALUD/U007_AOBSTERICA/U007_AOBSTRETICA_IC.pdf

_____ (2015c). *Evaluación específica de desempeño del programa de Prevención contra la obesidad*. Recuperado el 9 de marzo de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SALUD/U008_PYCOBESIDAD/U008_PEYCOBESIDAD_IC.pdf

_____ (2015d). *Evaluación específica de desempeño del programa Vigilancia epidemiológica*. Recuperado el 9 de marzo de 2016 de http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/EED_2014_2015/SALUD/U009_VIGEPIDEM/U009_VIGEPIDEM_IC.pdf

_____ (2015e). *Informe de pobreza en México 2014*. México. Recuperado el 25 de abril de 2016 de http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2014.aspx

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2010). *Proyecciones de población 2010-2050. Datos de proyecciones*. Recuperado el 7 de julio de 2016 de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos

Estripeaut, D., Contreras, R., Tinajeros, O., Castrejón, M., Shafi, F., Ortega, E. y DeAntonio, R. (2015). *Impact of Hepatitis A vaccination with a two- dose Schedule in Panama: Results of epidemiological surveillance and time trend analysis*. *Elsevier Journal*. Recuperado el 21 de octubre de 2016 de <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Figueroa, D. (2009). *Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica*. *Saúde Soc.*, vol. 18, núm. 1, pp. 103-117 [en línea]. Recuperado el 11 de julio de 2016 de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/11.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. 5. Mejorar la salud materna*. Recuperado el 9 de agosto de 2016 de <http://www.unicef.org/spanish/mdg/maternal.html>

Frenk, Julio, Bobadilla, Stern y Frejka, Lozano (1991). *Elementos para una teoría de la transición en salud*. *Salud Pública México*, vol. 33. Recuperado el 2 de agosto de 2016 de <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001120>

Freyermuth, G. (coord.) (2015). *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*. Observatorio de Mortalidad Materna en México/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Recuperado el 9 de agosto de 2016 de http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/25_an%C3%83os_de_buenas_practicas_Formacion_Sep_21.pdf

_____ (2016, enero-marzo). *Determinantes sociales en la mortalidad materna en México*. *Revista CONAMED*, vol. 21, núm. 1, pp. 25-32.

Gamboa, C. (2015). *Mortalidad materna en México. Marco conceptual, derecho comparado, políticas públicas, tratados internacionales, estadísticas y opiniones especializadas*. Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis, Cámara de Diputados. Recuperado el 10 de agosto de 2016 de <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-74-15.pdf>

Gertler, P., Cattaneo, M., Galiani, S., Martínez, S. y Titiunik, R. (s.f.). *Evaluación de resultados del programa Piso Firme, estado de Coahuila*. Recuperado de http://www.2006-2012.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/EvaluacionProgramasSociales/Evaluacion_Impacto/EI_Piso_Firme/Informe.pdf

Haldar, P., Morineau, G., Das, A. y Mehendale, S. (2016). A surveillance model for sexually transmitted infections in India. *Indian Journal of Public Health*. Recuperado el 21 de octubre de 2016 de <http://ijph.in>

Instituto Mexicano para la Competitividad, AC (IMCO) (2015). *Kilos de más, pesos de menos. Los costos de la obesidad en México*. Recuperado el 11 de julio de 2016 de http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/20150127_ObesidadEnMexico_DocumentoCompleto.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2014). Tabulados básicos. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Recuperado el 7 de julio de 2016 de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>

Instituto Nacional de Salud Pública (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Recuperado el 11 de julio de 2016 de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>

Juárez, C., Márquez, M., Salgado, N., Pelcastre, B., Ruelas, M., Reyes, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*.

Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, vol. XXXIII, núm. 1, pp. 11-14. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Mazariegos, M. (2015). Obesidad materna y sus repercusiones antes, durante y después del embarazo. *Ciencia Latinoamericana* [en línea]. Recuperado el 11 de julio de 2016 de <http://latinamericanscience.org/spanish/2015/09/obesidad-materna-y-sus-repercusiones-antes-durante-y-despues-del-embarazo/>

Miller, M. (2015). Integrating behavioral surveillance into emerging infectious disease prevention. *The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. Recuperado el 18 de octubre de 2016 de <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Morant-Talamante, N., Diez, J., Martínez, S., Puig, J., Alemán, S., Pérez, L. (2013). Herpes zoster surveillance using electronic databases in the Valencian Community (Spain). *BMC Infectious Diseases*, vol. 13, p. 463.

Objetivos de Desarrollo del Milenio, México (Objetivos del Milenio) (2014). 5. Mejorar la salud materna, 5.A. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes, 5.1. Razón de mortalidad materna (Lista oficial de la ONU). Recuperado el 7 de julio de 2016 de <http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/odmsql.exe/INDODM005000100010,26,0,000,False,False,False,False,False,False,False,0,0,E>

_____ (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015. Informe de avances*. Recuperado el 11 de julio de 2016 de <http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/odm/doctos/InfMex2015.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.). Glosario. Enfermedades crónicas.

Recuperado el 25 de octubre de 2016 de
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

_____ (2008). *Clasificación internacional de definiciones*, vol. I [en línea].

Recuperado el 14 de julio de 2016 de
<http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>

_____ (2015a). Nota descriptiva n°311, Obesidad y sobrepeso. Recuperado el 11

de julio de 2016 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

_____ (2015b). Nota descriptiva n° 348. Mortalidad Materna. Recuperado el 11 de

julio de 2016 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

_____ (2015c). Nota descriptiva. Enfermedades no transmisibles. Recuperado el 28

de julio de 2016 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

Organización Mundial de la Salud/Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre

el VIH/SIDA (OMS/ONUSIDA) (2000). *Vigilancia del VIH de segunda generación, el próximo decenio*. Recuperado el 18 de octubre de 2016 de
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66484/1/WHO_CDS_CSR_EDC_2000.5_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud (PAHO) (2012). Centro Latinoamericano

de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR, publicación científica, 1593)

_____ (2013). Experiencias exitosas en la prevención de obesidad infantil. Recuperado el 22 de julio de 2016 de http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=126&Itemid

_____ (2016). *La carga económica de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas. Informe temático sobre enfermedades no transmisibles.* Recuperado el 8 de julio de 2016 de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16158&Itemid

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2016). Stat extracts. Health, health status. Recuperado el 7 de julio de 2016 de http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#

Oxford (2016a). Definición de eclampsia en español. *Diccionario Oxford.* Recuperado el 5 de octubre de 2016 de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/eclampsia>

_____ (2016^a). Definición de preeclampsia en español. *Diccionario Oxford.* Recuperado el 5 de octubre de 2016 de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/preeclampsia>

Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELAC SIS) (2005). *Estudio de caso de la experiencia del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).* Recuperado el 14 de julio de 2016 de <http://relacsis.org/index.php/biblioteca-usuarios/proyecto-ops-measure-usaid/biblioteca/ops-measure-usaid-proyecto/informes/mexico/mexico-experiencia-sistema-vigilancia-epidemiologica/download>

Rivera D. y Hernández, M. (s.f.). *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado*. Recuperado el 19 de agosto de 2016 de <http://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) (2007). Resultados de la XV Encuesta Serológica de Vigilancia Centinela Segunda Generación. Informe técnico. Recuperado el 18 de octubre de 2016 de [http://www.portalsida.org/repos/XV_ENCUESTA_SEROL%C3%93GICA_DE_VIGILANCIA_CENTINELA_SEGUNDA_GENERACI%C3%93N\[1\].pdf](http://www.portalsida.org/repos/XV_ENCUESTA_SEROL%C3%93GICA_DE_VIGILANCIA_CENTINELA_SEGUNDA_GENERACI%C3%93N[1].pdf)

Secretaría de Salud (Salud) (2013a). Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica. Recuperado el 14 de julio de 2016 de <http://portal.salud.gob.mx/ebola/pdf/NOM-017-SSA2-2012.pdf>

_____ (2013b). Programa de acción específico de prevención y control de la obesidad y riesgo cardiovascular 2013-2018. Recuperado el 11 de julio de 2016 de http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PreencionControlObesidadRiesgoCardiovascular2013_2018.pdf

_____ (2013c). Programa de acción específico de salud materna y perinatal 2013-2018. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSP). Recuperado el 11 de julio de 2016 de http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf

_____ (2013d). Programa de acción específico Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica 2013-2018. Recuperado el 14 de julio de 2016 de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/normatividad/PAE_2013-2018.pdf

_____ (2013e). Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Recuperado el 8 de julio de 2016 de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf

_____ (2013f). Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Primera edición, septiembre 2013. Recuperado el 3 de agosto de 2016 de http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_p_ortada.pdf

_____ (2015a). *Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. Diagnóstico general de la salud poblacional*. Recuperado el 11 de julio de 2016 de http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf

_____ (2015b). *Prontuario de la salud. Informe sobre la salud de los mexicanos 2015*. Recuperado el 11 de julio de 2016 de <http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64175/Prontuario.pdf>

Skowronski, D., Chambers, C., Sabaiduc, S., De Serres, G., Winter, A., Dickinson, J., Gubbay, J., Fonseca, K., Charest, H., Krajden, M., Petric, M., Mahmud, S., Van Caesele, P., Bastien, N., Eshaghi, A. y Li, Y. (2015). Integrated sentinel surveillance linking genetic, antigenic, and epidemiologic monitoring of influenza vaccine-virus relatedness and effectiveness during the 2013-2014 influenza season. *The Journal Of Infectious Diseases*, núm. 212, pp. 726-739.

Tapia, R. (1996). La importancia de la vigilancia epidemiológica en los servicios de medicina preventiva. *Salud Pública en México*, vol. 38, núm. 5, pp. 315-316 [en línea]. Recuperado el 15 de julio de 2016 de <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000954>

- Whitehead, M. (1991). *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Serie Reprints núm. 9. Recuperado el 2 de agosto de 2016 de https://cursos.campusvirtualesp.org/repository/coursefilearea/file.php/61/bibli/m1-Whitehead_M-conceptos_y_principios_de_equidad_en_salud_-_OPS_1991.pdf
- Xu, C., Havers, F., Wang, L., Chen, T., Shi, J., Wang, D., Yang, J., Yang, L, Widdowson, M. y Shu, Y. (2013). Monitoring avian influenza A (H7N9) virus through National Influenza-like Illnes Surveillance, China. *Emerging Infectious Diseases*, vol. 19, núm. 8.

Anexo

Cuadro comparativo de los programas federales dirigidos a la promoción y prevención en salud, México, 2014

Programa	Grupos de atención	Ámbito de atención	Bienes o servicios otorgados	Tipo de apoyo otorgado	Entidades federativas en las que operó el programa en 2014
Prevención contra la obesidad	Población mayor de 20 años de edad	Urbano y rural	Servicios de salud	No monetario	Todas
Vigilancia epidemiológica	Toda la población	Urbano y rural	Difusión, campañas y promoción	No monetario	Todas
Reducción de la mortalidad materna	Mujeres embarazadas	Urbano y rural (con especial atención en zonas de alta marginación)	Servicios de salud Capacitación a personal médico Visitas de supervisión para revisión de la normativa	No monetario	Todas

Fuente: Elaboración propia con base en el Inventario CONNEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social 2014.