



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
CENTRO UNIVERSITARIO TEXCOCO

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA EN MATERIA DE SALUD
“PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OBESIDAD Y EL RIESGO
CARDIOVASCULAR” EN EL PERIODO 2013-2018 EN MÉXICO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN CIENCIAS
POLITICAS Y ADMINISTRACION PÚBLICA

PRESENTAN

ANDREA NOHEMI PÉREZ RODRÍGUEZ

OMAR NAZARIO SERRANO ANGEL

DIRECTOR

Dr. en U. MELESIO RIVERO HERNÁNDEZ

REVISORES

M. en G. y A. P. MAYRA PATRICIA PÉREZ ROMAN

Dr. en U. ENRIQUE MORENO SANCHEZ

TEXCOCO, ESTADO DE MÉXICO, MAYO 2023

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
CAPITULO I. POLÍTICAS PÚBLICAS, EVALUACIÓN Y LA SALUD.....	8
1.1. Aspectos fundamentales de las Políticas Públicas.....	8
1.2. Fases de la Políticas Públicas.....	13
1.2.1 Identificación y definición de problemas públicos.....	13
1.2.2 Formulación de las Políticas Públicas.....	16
1.2.3 Implementación de las Políticas Públicas.....	19
1.3. Evaluación de políticas públicas.....	22
1.3.1. Tipos de evaluación.....	25
1.4 Políticas de salud.....	30
CAPITULO II. ANTECEDENTES DE LOS PROGRAMAS SOCIALES EN MATERIA DE SALUD.....	36
2.1. Acciones para erradicar el problema de la obesidad en los países por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS).....	37
2.2. Programas de salud para el combate de la obesidad en el gobierno de Vicente Fox Quezada.....	41
2.2.1. Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial.....	43
2.2.2. Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL).....	45
2.3. Programas de salud para el combate de la obesidad en el gobierno de Felipe Calderón Hinojosa.....	47
2.3.1. Programa de Acción Específico: Riesgo Cardiovascular.....	49
2.3.2. Acuerdo Nacional para la Salud alimentaria (ANSA).....	53
CAPITULO III. LA POLÍTICA DE ATENCIÓN A LA OBESIDAD Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN MEXICO EN EL PERIODO 2013-2018.....	57
3.1. Diagnóstico de la obesidad en México en el periodo del Presidente Enrique Peña Nieto.....	58

3.2. Diseño del Programa “Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular”.....	63
3.2.1. Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud 2013–2018.....	66
3.2.2. Elementos constitutivos del programa.....	69
3.2.3 Propósitos cualitativos y cuantitativos.....	71
3.3. Evaluación del Programa “Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular”.....	74
3.3.1 Eficacia del Programa “Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular”.....	76
3.3.2 Impacto del Programa “Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular”.....	87
CONCLUSIONES.....	90
ESTADO DE REFERENCIA.....	92
ANEXO 1.....	96
ANEXO2.....	97
INDICE DE CUADROS	
Cuadro 1. Tipos de Políticas Públicas según Lowi.....	10
Cuadro 2. Descripción de los 8 pasos de Bardach.....	11
Cuadro 3. Explicación de definición del problema.....	15
Cuadro 4. Ejemplo para determinar un objetivo.....	17
Cuadro 5. Elementos de la Evaluación.....	24
Cuadro 6. Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial.....	44
Cuadro 7. Descripción de la integración de los tres pilares de la Estrategia Nacional.....	64
Cuadro 8. Alineación del PAE con el PDN 2013-2018.....	67
Cuadro 9. Alineación del PAE con el PROSESA 2013-2018.....	68
Cuadro 10. Indicadores y metas del PAE.....	72

Cuadro 11. Cuadro comparativo de las cifras de Sobrepeso y Obesidad del año 2012-2018.....	80
Figura 1. Porcentaje de Obesidad en la República Mexicana en adolescentes de 12 a 19 años.....	83
Figura 2. Porcentaje de Diabetes en la República Mexicana en la población de 20 años y más.....	84
Figura 3. Porcentaje de Consumo de Alcohol en población de 20 años y más.....	85
Figura 4. Porcentaje de Consumo de Alcohol en población de 10 a 19 años.....	86
Figura 5. Porcentaje de Hipertensión Arterial en población de 20 años y más.....	87

INTRODUCCIÓN

La necesidad de establecer Políticas Públicas de Salud fue indiscutiblemente los altos índices de obesidad y sobrepeso en la población mexicana. La obesidad ha sido considerada como uno de los problemas de salud que más ha afectado a la población y al Gobierno en general. Anteriormente se consideraba que si una persona tenía sobrepeso tenía un alto nivel socioeconómico. Sin embargo hoy en día esta enfermedad se ha catalogado como la enfermedad del siglo XXI, siendo México unos de los países con el mayor índice de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, llegando a ocupar el segundo lugar con mayor número de personas con obesidad y sobrepeso.

En 2012 el aumento fue considerable al haber cerca de 26 millones de adultos con sobrepeso y 22 millones con obesidad. Cabe mencionar que la obesidad es la primera causa de generación de diversas enfermedades no transmisibles, tales como, la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, cáncer, entre otras. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS (2017) en 2015 las enfermedades cardiovasculares fueron consideradas la principal causa de muerte a nivel mundial.

Las consecuencias de tener obesidad afectan seriamente a la población al disminuir la esperanza y calidad de vida, aproximadamente entre 6 y 20 años menos. Por otra parte afecta directa e indirectamente la economía del país y la de la población. Una persona con obesidad genera mayor gasto en servicios de salud que una persona sana. Indirectamente se genera un gasto al haber menor productividad de las personas con obesidad durante su tiempo de trabajo debido al ausentismo, bajas laborales o la mortalidad a temprana edad. En 2011 la población en México pago mayor cantidad de dinero para su salud, comparado con los otros países miembros de la OCDE.

Dada la problemática de Obesidad que se suscitaba, el Gobierno priorizó en la Agenda Nacional de Salud la enfermedad. Fue en 2013 cuando el Gobierno de Enrique Peña Nieto vio la necesidad de crear la Estrategia Nacional para la

prevención y el control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Por lo que se crearon programas específicos para atender ciertas enfermedades, consecuencia del sobrepeso y la obesidad. El Programa de Acción Específico: Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2013-2018 fue precisamente diseñado e implementado para atender la Estrategia Nacional, siendo este el objeto de estudio del presente trabajo.

La presente investigación fue llevada a cabo a través del método hipotético-deductivo propuesto por el filósofo Popper. Dicho método consiste en abordar la investigación partiendo de un concepto general a lo particular, estableciendo una hipótesis general y que a través de una deducción puede o no ser refutada. Este método obliga al científico a combinar la reflexión racional o el momento racional con la observación racional o el momento empírico.

La investigación fue muy precisa al establecerse un tiempo y espacio en específico, por ello es considerada de corte transversal. En este caso se estudió al Programa de Salud “Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular” del año 2013 a 2018 en México. Las técnicas de investigación que se utilizaron fueron documentales debido a la consulta e implementación de fuentes bibliográficas y hemerográficas. Así mismo se utilizaron técnicas de campo, al emplear entrevistas a personal de salud del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, considerados informantes clave. Cabe mencionar que un informante clave es considerado una fuente de suma importancia en la investigación debido a las experiencias y relaciones que tienen en el campo.

La pregunta de investigación propuesta fue ¿Cuáles fueron los resultados generados del programa “prevención y control de la obesidad y el riesgo cardiovascular 2013-2018” hacia la población, y si cumplieron con los objetivos y metas establecidas? Esta pregunta fue fundamental durante la investigación porque su función sirvió de guía para delimitar la investigación. Así mismo se estableció un objetivo general el cual consistió en evaluar los resultados obtenidos del programa “prevención y control de la obesidad y el riesgo cardiovascular” del periodo 2013-2018 en México, para conocer el impacto que generó en la población.

Se estableció la siguiente hipótesis en el presente trabajo: los resultados obtenidos de la evaluación del Programa de Acción Específico “Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular” del periodo 2013-2018 en México, reflejan que el programa no cumplió con los objetivos establecidos y no generó un impacto en la población. La finalidad será cumplir con los objetivos establecidos que serán fundamentales para comprobar o refutar la hipótesis generada en la investigación.

Por ello se establecieron tres objetivos particulares; el Objetivo Teórico, consistió en describir las etapas de Políticas Públicas, enfatizando la etapa de la evaluación, así como las políticas de salud, para tener un panorama teórico y con ello poder llevar a cabo la investigación. El objetivo de historia y contexto fue exponer datos importantes de los programas sociales en materia de salud enfocada a la obesidad, implementados en gobiernos de Vicente Fox y Felipe Calderón en México, para analizar la trascendencia que tuvo la problemática de obesidad durante esos gobiernos. El objetivo de estudio de esta tesis fue analizar la eficacia de la evaluación del programa “prevención y control de la obesidad y el riesgo cardiovascular” del periodo 2013-2018 en México”, para conocer cuál fue el impacto que generó en la población.

El trabajo esencialmente consta de tres capítulos, en el primer Capítulo se enmarcan los aspectos fundamentales de las Políticas Públicas, que van de establecer los orígenes y la definición de esta disciplina. Así mismo es fundamental el análisis de las fases de las Políticas, enfatizando de manera muy precisa la etapa de la Evaluación y sus tipos. Otro aspecto importante será abordar el tema de las Políticas de Salud, conocer sus orígenes y porque surge la necesidad de desarrollarlas. La finalidad de establecer este primer capítulo es tener un mayor panorama de la teoría de la disciplina de las Políticas Publicas en general.

En el Capítulo II se exponen los antecedentes de los programas sociales en materia de salud, partiendo de acciones generadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) generando ciertas estrategias para erradicar la problemática de la obesidad a nivel mundial. Así mismo se analiza en México, justamente en los

gobiernos de Vicente Fox y Felipe Calderón, las diferentes Políticas Públicas de Salud generadas para combatir la obesidad y el sobrepeso y que estas a su vez genera otro tipo de enfermedades no transmisibles.

El tercer y último Capítulo consta de la Política de atención a la Obesidad y Riesgo Cardiovascular en México en el periodo 2013 -2018. Este capítulo es el objeto de estudio de esta investigación, por lo que es aquí donde se realiza la evaluación del Programa de Salud Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular”. Por ello se realiza un diagnóstico de la problemática de la obesidad en el periodo de Enrique Peña Nieto, estableciendo cifras y porcentajes.

CAPITULO I

POLÍTICAS PÚBLICAS, EVALUACIÓN Y LA SALUD

El gobierno juega un papel muy importante en la relación Estado-sociedad como aquel administrador de recursos y proveedor del bienestar social. Así mismo está obligado a identificar, atender y dar solución a problemas públicos a través de la creación de políticas públicas. En este capítulo se abordan aspectos fundamentales de las políticas públicas, tal como, la concepción de la disciplina desde sus orígenes con Laswell en los años 50's, así como la definición de políticas públicas de autores como Tamayo, Aguilar Villanueva, Lowi y la clasificación de los ocho pasos propuesta por Bardach.

Así mismo en el capítulo I se exponen fundamentalmente las etapas de las políticas públicas. El primer punto es identificar y definir un problema, cabe resaltar que el problema debe ser de carácter público y debe llamar la atención seria del gobierno para ingresarlo a la agenda. Una vez definido el problema se procede a la etapa de la formulación de la política, considerada un instrumento de planeación y un modelo de toma de decisiones para lograr objetivos prioritarios. Posteriormente se da paso a la implementación de la política pública.

Se enfatizó la etapa de evaluación de las políticas públicas, siendo esta parte del objeto de estudio de este trabajo. En dicha etapa se enmarcan los diferentes tipos de evaluación que pueden llevarse a cabo para evaluar una política pública. Se cita a autores expertos en el tema como Myriam Cardozo y Arenas. Así mismo en el capítulo se exponen aspectos fundamentales de la política de salud, sus antecedentes y definiciones.

1.1 Aspectos fundamentales de las Políticas Publicas

La disciplina de las políticas públicas surge en los años 50's en Estados Unidos con la publicación de un ensayo publicado por el autor Laswell titulado "La orientación hacia las políticas". De acuerdo al autor las Políticas Públicas (PP) surgen para conocer cómo son tomadas las decisiones del gobierno. La disciplina tenía un doble objetivo, el *conocimiento de la política pública* que refiere a conocer cómo una política ha ido evolucionando en el tiempo, cuales son los factores que explican porque se ha desarrollado y a que se deben los cambios; y el *conocimiento en la*

política pública, la cual se enfoca en entender como son empleados los métodos y resultados del conocimiento en la elaboración de las políticas públicas. El propósito de ambos objetivos fue asegurar la calidad informativa y analítica de la política pública para mejorar la capacidad directiva del gobierno.

Para hacer frente a las demandas de la sociedad y buscar el bienestar social y calidad de vida, el gobierno a través del tiempo ha generado diversas formas de enfrentar los problemas de la población por medio del aparato administrativo. Considerando a Tamayo (1997) (citado por De La Mora, 2019:5) define que las políticas públicas son "el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un Gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio Gobierno consideran prioritarios". Por ello las Políticas Públicas son consideradas una herramienta fundamental para el proceso de solución de problemas públicos.

De acuerdo a Laswell (1992) las políticas públicas son aquellas estrategias encaminadas a resolver problemas públicos. Por problema público se entiende aquellas situaciones sociales que son de interés público o necesidad pública y donde se considera que el gobierno debe intervenir para solucionarlo o modificarlo. El enfoque de políticas públicas tiene dos dimensiones: el estudio de la multicausalidad de los procesos decisionales y el conocimiento de la mejor opción para lograr las soluciones.

Para Aguilar Villanueva la Política Pública es:

a) Un conjunto (secuencia, sistema, ciclo) de acciones, estructuradas en modo intencional y causal, que se orientan a realizar objetivos considerados de valor para la sociedad o a resolver problemas cuya solución es considerada de interés o beneficio público; b) Acciones cuya intencionalidad y causalidad han sido definidas por la interlocución que ha tenido lugar entre el gobierno y los sectores de la ciudadanía; c) Acciones que han sido decididas por autoridades públicas legítimas; d) Acciones que son ejecutadas por actores gubernamentales o por éstos en asociación con actores sociales (económicos, civiles), y e) Que dan origen o forman un patrón de comportamiento del gobierno y la sociedad (Villanueva, 2010, p.29).

Retomando lo anterior, también podría considerarse a las Políticas Públicas (PP) como un proceso de solución de problemas más que una acción específica del gobierno. Las PP se integran de varias acciones políticas e intelectuales que preparan la toma de decisión y después se llevan a cabo. El diseño de las Políticas Públicas debe ser de tal forma que sean acciones cuyos efectos y resultados cambien la situación social llamada problema.

Considerando que la primera clasificación de Políticas Públicas que introduce Lowi es ambigua, en la actualidad es de suma importancia para su entendimiento. Según Lowi los tipos de Políticas Públicas son cuatro y las dividió de la siguiente forma: regulatorias, distributivas, redistributivas y constituyentes. En el Cuadro 1 se exponen los tipos de Políticas Públicas y sus características.

Cuadro 1. Tipos de políticas públicas según Lowi.

<i>TIPO</i>	<i>CARACTERÍSTICAS</i>
<i>Regulatorias o Reglamentarias</i>	Atiende problemas que surgen entre ciudadanos que a raíz de conductas que perjudica a otros no pueden ser resueltos, por ello se establecen normas donde el estado obliga o prohíbe para regular las conductas de las personas.
Redistributivas	Se manifiestan cuando el problema abarca a toda la sociedad y no puede ser resuelto, a menos que se lleve a cabo una redistribución de poder, propiedad y estatus social. Los programas sociales son parte de las políticas redistributivas.
<i>Distributivas</i>	Son distributivas si el problema puede ser resuelto mediante la distribución o asignación de recursos de tipo material, humano o financiero. Responde a demandas de determinado grupo de ciudadanos que no entran en conflicto con otros grupos y además de ello existe recurso para atenderlas todos.
<i>Constituyentes</i>	Las políticas constituyentes son cuando modifican la organización misma del Estado. El caso más claro es el de las políticas de la descentralización o federalización.

Fuente: Elaboración propia con base en Lowi, 1992, p.32.

La importancia de esta clasificación de políticas públicas es útil para identificar qué tipo de política se requiere para responder a determinado problema público. En el cuadro 1 se exponen la tipología y sus características, con ello los

gobiernos toman las decisiones de acuerdo a la naturaleza del problema y se determina qué política debería emplearse para la solución del problema.

Bardach (2004) diseñó un modelo que consta de ocho pasos para el análisis de la Política Pública; en el cuadro 2 se exponen de manera tangible las características de cada uno de ellos.

Cuadro 2. Descripción de los 8 pasos de Bardach.

<i>PASOS</i>	<i>DESCRIPCION</i>
<i>1. Definición del problema público</i>	Definir el problema es el elemento principal en el diseño de políticas públicas. Este primer paso da una razón para hacer el trabajo necesario a fin de terminar el proyecto, así como dar un sentido de dirección para atender problemas públicos.
<i>2. Obtención de la información</i>	La información es necesaria para tres propósitos principales; el primero es evaluar la naturaleza y la extensión de los problemas que se está tratando de definir. El segundo es evaluar las características particulares de la situación concreta de la política que se pretende estudiar. El tercer propósito es evaluar las políticas que por lo menos algunas personas han pensado que funcionarían bien en situaciones aparentemente similares a la suya, ya sea en otras jurisdicciones o en otro momento
<i>3. Construcción de alternativas</i>	Las alternativas son aquellas acciones para la solución del problema público elegido, se considera que son los escenarios a seguir y mediante los cuales se diseñara la política. No siempre será la más favorable o la mejor diseñada, pero si debe ser, la que busque la solución al problema, en donde estén involucrados todos los actores inmersos en dicha acción. Elegir una alternativa significa que la elección de una implica descartar otra, y otras veces significa simplemente una acción más de política que podría ayudar a resolver o mitigar algún problema, quizá en conjunto con otras alternativas
<i>4. Selección de criterios</i>	Una vez propuestas las alternativas continúa el proceso más complicado, la selección de la alternativa adecuada. Se debe tomar en cuenta el análisis costo – beneficio (gastar menos con mejores resultados) y considerar que los problemas sociales no pueden ser abordados bajo ésta lógica debido a que intervienen conceptos como la bondad, la justicia, la equidad, etc.
<i>5. Proyección de los resultados</i>	Para hacer una proyección es importante contar con cierto tipo de información, pero ésta se obtiene únicamente de la experiencia con otras políticas similares o análogas. Es importante tener en cuenta todas las contrariedades posibles y por haber, en la implementación de la política: más gente que necesita del apoyo, menos presupuesto,

	cuestiones políticas, sociales, económicas, e incluso culturales, problemas de género, de equidad, fiscales, etc. Entre más escenarios elaboremos, mejor serán los resultados esperados.
6. <i>Confrontación de costos</i>	Se tendría que tomar en consideración a cuanta gente o cuanta cobertura podrá tener la política implementada. El análisis de costos será buscando el mínimo aceptable en cada una de las alternativas evaluadas.
7. <i>Decidir</i>	Este paso sirve para verificar el trabajo hasta el momento, por lo tanto hay que decidir qué hacer. Se toma en cuenta la importancia de la política, sea lo social o lo económico y a partir de ello se toma la decisión de la alternativa más acorde al problema.
8. <i>Contar la historia</i>	Este punto es uno de los más delicados, ya que de la forma de contar la historia depende si se acepta o no la política propuesta; si cubre con los objetivos, la metas, si los estudios sociales y económicos son acordes a las necesidades de la población, si las relaciones entre los involucrados son las aceptables y por último si los efectos esperados son los que verdaderamente se desean.

. **Fuente:** Elaboración propia con base en Bardach, 2004.

El modelo que describe Bardach (2004) es un proceso analítico que describe de manera clara la estructura de una política pública. Bardach consideraba que la definición del problema era el mejor punto de partida para implementar una política pública; la construcción de alternativas y selección de criterios para evaluarlos surgen desde el inicio. Un correcto diseño de la política pública es punto clave para que se obtengan resultados favorables, de ahí se deriva la proyección de resultados y con ello se realiza la evaluación de la política pública donde se hace una confrontación de costos y decide si la política es viable o no.

La disciplina de las Políticas Publicas se tornó de ser de carácter multidisciplinario a unidisciplinario en cuestión del enfoque económico. Cada una de las decisiones tomadas por el gobierno repercutía en la economía, debido a que siempre es necesario los recursos políticos y fiscal, cada decisión cuesta y si es errónea, los costos son representativos. Pero el éxito de las políticas públicas no solo depende de la asignación de recursos públicos, sino también de factores políticos, como la aceptación, el apoyo social y que haya una neutralización de los opositores, así como la operación de las fases de las políticas públicas.

1.2. Fases de políticas públicas

Las políticas públicas atraviesan diversas etapas que conforman un ciclo, un proceso, o un procedimiento; por ello cada fase del ciclo es dependiente una de otra y si una fallara afectaría a las demás. Aunque existen diversos enfoques de las fases de Políticas Públicas, varios autores coinciden con al menos cuatro etapas: la identificación o definición del problema, el diseño o formulación, la implementación y la evaluación de impacto.

Las Políticas Públicas se analizan detalladamente cuando se estudia cada etapa, debido a que permite observar la construcción, el desarrollo y resultados de cada una. Las fases de la política tienden a superponerse y entremezclarse, (Parsons (2007) (citado por Aguilar, 2009:10) no es una simple sumatoria: $Gestación + Formulación + Implementación + Evaluación = Política Pública$ ($G+F+I+E=PP$), no son sistemáticas y puede variar el orden. La política pública no acaba cuando se evalúan los resultados, sino que tienen que generar un impacto a la población objetivo y haber dado solución al problema inicial de la política.

1.2.1 La identificación y definición de problemas públicos

Existen diversos problemas y demandas por parte de los ciudadanos, aunque no todas son estudiadas o tomadas en cuenta por el gobierno. La formación de la agenda surge cuando un problema o cuestión llama la atención seria del gobierno, es ahí cuando se analiza y se define si el problema puede ser abordado por una política pública. Esta primera etapa de Políticas Públicas es de suma importancia para el análisis del problema. Cabe señalar que no solo es identificar el problema y reconocer su existencia, sino que además, aceptar que ese asunto se encuentra dentro del ámbito de sus competencias.

Considerar que un problema sea público no es condición suficiente para que el Gobierno necesite intervenir en su atención. Por ello es necesario definir dos conceptos claves dentro de esta primera etapa de Políticas Públicas; la agenda sistémica y la agenda institucional o de Gobierno. La agenda sistémica se refiere al

"conjunto de problemas que preocupan a una sociedad en un momento determinado", es aquí donde los políticos hacen la primera selección de los problemas que deben ingresar a la agenda pública. La agenda institucional se circunscribe al conjunto de esos mismos problemas que los servidores públicos "consideran prioritarios en un momento determinado" Tamayo, (1997) (citado por De La Mora, 2019:9)

Parsons (2007) describe que un problema público en políticas públicas es considerado como una situación colectiva de insatisfacción social que requiere solución por medio de la intervención del Estado; debe ser definido dentro de ciertos límites, la forma en que se plantea el proceso es crucial para la formulación de una política pública. Existen diversos factores que influyen para que un problema sea considerado en un sentido público e ingresen a la agenda del gobierno:

1. El poder y la capacidad de presión de los grupos de interés.
2. Los sesgos culturales.
3. El peso de la tradición.
4. Las actitudes y los valores de los servidores públicos.
5. Los medios de comunicación.
6. La competencia política.
7. El deseo de crecer de las organizaciones públicas. Tamayo, (1997) (citado por De La Mora, 2019:10).

Los problemas tienden a ser públicos cuando por ejemplo la magnitud de la población afectada sea fundamental para hacer que un problema sea considerado por las autoridades. Cuando existe presión por parte de los grupos de interés, o bien cuando surge una situación de alarma o emergencia. Los medios de comunicación masiva juegan un rol muy importante; la manera de influir en llamar la atención del gobierno o de la misma sociedad se acelera debido a la difusión que realizan.

Muchas de las decisiones públicas suelen caracterizarse de acuerdo al requerimiento de dar solución a la problemática por parte de la ciudadanía o bien por contingencia. Por lo que pueden haber diferentes enfoques de percibir el problema; influyen los distintos objetivos o aspiraciones que tengan los actores y

cada uno influirá en la agenda a favor de sus intereses particulares. Otro punto muy importante es la temporalidad que tenga la problemática, hay problemas que surgen de emergencia y pueden salir de un momento a otro de la agenda quizá por la emergencia de nuevas problemáticas o por la imposibilidad de dar soluciones satisfactorias. Si una problemática llegara a desaparecer de la agenda pública no significa que dicha situación haya mejorado o desaparecido, algunas desaparecen por la falta de interés público y debido a ello se pierde el valor urgente.

Siguiendo la misma línea, identificar y definir un problema no es fácil, pues se puede estar de acuerdo en la existencia de un problema, sin embargo para resolverlo puede haber diferentes puntos de vista, ideologías, creencias, valores y prejuicios que permiten definirlo. Tal como lo menciona Aguilar (1993) (citado por Urrea, 2017) los problemas deben ser definidos, estructurados y organizados de tal forma que puedan ser abordables social y gubernamentalmente “de acuerdo con los recursos intelectuales, legales, fiscales, políticos y administrativos disponibles”.

A continuación en la Cuadro 3, considerando la idea de Parsons (2007), se expone un claro ejemplo de definición del problema.

Cuadro 3. Explicación de definición del problema.

<i>TEMA</i>	<i>PROBLEMA</i>	<i>POLÍTICA PÚBLICA</i>
Población que duerme en las calles.	Indigencia.	Más viviendas.
	Delincuencia	Más Seguridad

Fuente: Elaboración propia con base en Parsons, 2007, p.119.

En el Cuadro 3 se puede observar que hay un tema, el cual es percibido por todos de la misma forma, en la siguiente columna se observa un problema: la indigencia, por lo que la política pública sería crear más viviendas. Las ideologías podría tergiversarse de acuerdo al enfoque en que se vea, debido a que para otros de acuerdo al tema, el problema podría ser la delincuencia y por ende su política

pública sería generar mayor seguridad. La principal característica de los problemas de políticas públicas, a diferencia de otros tipos de problemas como los que pertenecen al ámbito de las matemáticas o la física es que su definición no es precisa.

En conclusión, la identificación y definición del problema es una de las fases más importantes de las políticas públicas y considerada como el proceso de toma de decisiones; en ella se analizan todos los problemas y se define si es necesaria la intervención del gobierno para atenderlos. Considerar todos los factores existentes para lograr la definición de problemas e ingresarlos a la agenda de gobierno. Los problemas que necesiten la intervención y atención del gobierno deben ser de carácter público y solucionarlos en la medida de lo posible dentro de sus competencias.

Cabe resaltar que no existe una delimitación definitiva de los problemas, porque nunca se tendrá toda la información que se requiere, por lo que se reduce la posibilidad de solucionarlos. El tiempo, los recursos y el conocimiento son factores importantes para poder determinar que está claro un problema. De acuerdo a como sea definido el problema será la búsqueda de las alternativas posibles para su solución.

1.2.2. Formulación de políticas publicas

De una correcta identificación y delimitación dependen las etapas posteriores de Políticas Públicas. La formulación de Políticas Publicas trata de resolver problemas, atacándolas desde sus causas; un buen análisis del problema es un factor importante para la formulación o diseño de la política. Esta etapa es de suma importancia, pues una vez identificado el problema social se procede a la construcción de la política. La formulación de las políticas públicas es considerada un instrumento de planeación, un modelo de toma de decisiones para lograr objetivos prioritarios. Idealmente en la etapa de formulación de Políticas Públicas se establece un proceso de análisis del problema, de búsqueda de argumentos y de

contra argumentos, de propuestas y de indagación acerca de las consecuencias posibles de tal o cual solución (Roth, 2002).

El proceso de la formulación de soluciones de un problema que ya ha ingresado a la agenda de gobierno, radica en determinar qué procedimientos o mecanismos se utilizaran, además permite seleccionar que alternativa existente debe tomarse. A través de un proceso de selección, la cantidad de alternativas se va reduciendo hasta que se decide por la mejor o la más factible. La selección de alternativas es el resultado de una actividad política en la cual los actores entran en conflicto, amenazas, se llegan a acuerdos, buscan aliados, etc., todo esto de acuerdo a los intereses de cada actor.

Un punto clave en esta etapa es dejar claro cuáles serán los fines o la meta de la política que se diseñara, estas deben ser realistas en relación al problema a resolver, y con ello dar lugar a los objetivos. La meta indica una dirección permanente que por lo regular nunca es totalmente alcanzada. El objetivo representa la medida operacional apropiada con la cual se espera alcanzar la meta y que será guía de la política pública. Los objetivos deben ponderarse y seleccionar cuáles serán los más factibles para atender la meta propuesta; una vez ponderados y jerarquizados se determinan los efectos esperados y los indicadores (Cuadro 4).

Cuadro 4. Ejemplo para determinar un objetivo.

<i>OBJETIVO</i>	<i>EFEECTO</i>	<i>INDICADOR</i>
Crear parques naturales	Proteger fauna Fomentar turismo Ambiental	N° de animales y especies N° de visitantes

Fuente: Citado en Roth, 2002, p.78.

La formulación de los objetivos de las políticas públicas implica tomar decisiones que favorecen ciertos intereses. Los objetivos deben ser claros, precisos y delimitantes; algunos aspectos que determinan reformularlos serían: dificultades en no tener bien planteado el problema o bien expresiones que no tienen sentido, en estos casos se recomienda reemplazar el objetivo. Para una descripción clara de los problemas, sus causas y efectos se deben emplear indicadores. Los

indicadores además de dimensionarlos de forma cuantitativa al establecer sus causas y efectos, pueden ser vistos de forma cualitativa al medirlos y evaluar los logros de la política.

Los indicadores permitirán evaluar el grado del logro de los objetivos definidos en la política pública. Las principales características que se requieren para establecer indicadores son: cuantificables, válidos (que midan lo que realmente se desea medir), fiables (consistentes en sus mediciones), pertinentes (guardar una estrecha relación con los objetivos formulados, actualizables, verificables y económicos (que se puedan obtener con una razonable asignación de recursos) (Guía para la formulación de Políticas MOP, 2011)

Un paso importante del proceso de formulación de alternativas para la solución del problema o el logro de los objetivos planteados consiste en el diseño del conjunto de medidas a partir de los cuales se llevará a cabo la política. Por ello es necesario identificar los medios o instrumentos de acción de la política (leyes, disposiciones, precios, inversiones) y realizar una evaluación ex - ante de su impacto. Los factores que deben considerarse al realizar una evaluación ex – ante son:

- Probabilidad de poder alcanzar los objetivos Horizonte temporal para el logro de los objetivos
- Medidas complementarias o alternativas de otras instituciones relacionadas
- Impactos esperables en grupos involucrados o afectados
- Recursos necesarios
- Relaciones costos-beneficio o costos efectividad. (Guía para la formulación de Políticas MOP, 2011)

Finalmente la decisión de establecer una alternativa de solución a implementar como parte de una política pública es de la autoridad o de un órgano político. Esta deberá ser formalizada y ratificada por la autoridad competente, exponiendo el marco jurídico, administrativo y financiero que la soporta. Cabe

resaltar que no todas las políticas públicas llegan a ser formalizadas, debido a que no concretan bien o la ambigüedad, entre otros motivos.

1.2.3. Implementación de las Políticas Públicas.

La fase de implementación de Políticas Públicas fue un área desatendida que no era transcendental y por ende no se le otorgaba la importancia en su estudio porque los especialistas se habían enfocado básicamente en el proceso de toma de decisiones. Fue en año 1973 que Pressman y Wildavsky, por primera vez llamaron la atención de los especialistas hacia este campo y fortalecieron la importancia de esta área de estudio. Para estos autores el objetivo de la implementación es que debía ser vista como un proceso de interacción entre el establecimiento de metas y las acciones generadas para lograrlas (Revuelta, 2007).

La implementación es la puesta en práctica del diseño elegido, es fundamental porque es aquí donde la política se materializa en hechos concretos y se construye para abordar el problema. Comprende las actividades desarrolladas hasta alcanzar los efectos buscados por la intervención pública, se utilizan recursos humanos y económicos para desarrollar la política o supervisar la gestión privada. Aunque cabe mencionar que es considerada un proceso de gran complejidad, debido a que requiere de un monitoreo y coordinación de ciertos actores e inclusive de decisiones a tomar, la variabilidad en la política, así como en la mayoría de las ciencias sociales es inestable.

Para Van Meter y Van Horn (1975) (citado por Revuelta, 2007: 139) la implementación de políticas abarca acciones de individuos o grupos públicos y privados que buscan el cumplimiento de los objetivos previamente decididos. Pressman y Wildavsky (1976) (citado por Revuelta, 2007: 139) consideraban que la implementación debe ser vista como un proceso de interacción entre el establecimiento de metas y las acciones generadas para lograrlas. Bardach (1978) (citado por Revuelta, 2007: 139) establece que el proceso de implementación es: 1) un proceso de ensamblaje de elementos requeridos para producir un resultado programático particular, y 2) el agotamiento de un número de juegos vagamente

interrelacionados en donde estos elementos son contenidos o entregados al proceso de ensamblaje en términos particulares.

Erróneamente se consideraba que una vez tomada la decisión, la implementación daría resultados similares a como fue diseñada la política. Aun habiendo un diseño muy eficiente, lo que desajusta el diseño de la política son los escenarios y los intereses que tienen los diferentes actores que participan. En la fase de la implementación es común encontrar prácticas como el desvío de dinero, distorsión de objetivos, resistencia de unos contra control administrativo de otros y lo más desgastante, la disipación de energías.

Para Kaufman (1973) (citado por Revuelta, 2007: 142) los asuntos burocráticos eran el principal problema en la implementación; consideraba tres variables principales para el fracaso en la implementación de Políticas Públicas: el proceso de comunicación, las capacidades y las actitudes hacia la política. Algunos autores consideraban a las relaciones intergubernamentales como el principal asunto que afecta la implementación.

Cabe mencionar que en esta fase fueron adoptados dos términos, los cuales se emplearon para el análisis de la implementación de políticas: *top-down* (de arriba hacia abajo) y *bottom up* (de abajo hacia arriba). Estos enfoques fueron desarrollados en los años 70's y 80's y continúan siendo actualmente relevantes para investigaciones. El autor Sabatier (1981) (citado por Revuelta, 2007: 143) es reconocido como el principal autor del enfoque *top-down* que principalmente analiza:

- a) El comportamiento de los burócratas y de los grupos objetivo hacia la decisión política.
- b) El logro de objetivos a través del tiempo.
- c) Los factores principales que afectan los impactos de la política y sus resultados.
- d) La reformulación de la política.

El enfoque *top-down* (Revuelta, 2007) es aquel que toma las decisiones partiendo de las variables más generales para ir descendiendo progresivamente hasta las más específicas. El objetivo principal del enfoque *top-down* es subrayar el cumplimiento de los objetivos originales de las políticas, enfatizando en la necesidad de atender con cuidado los factores administrativos y organizacionales que intervienen en la implementación. Algunas fuentes indican que el modelo *top-down* considera ciertos factores que posibilitan el éxito o fracaso de una política pública en la etapa de implementación.

Por otro lado el enfoque *bottom-up* surge como una seria crítica al enfoque *top-down* a finales de los años 70's por su precursor Elmore (1979-1980) (citado por Revuelta, 2007: 145). Principalmente se enfoca en el análisis de la implementación a partir del nivel más bajo del proceso, con ello se fortalece la comprensión de la organización como un elemento clave para el análisis, centrado en lo que ocurre en la relación personal de la burocracia del menor nivel y quienes reciben la política. En su estudio se perciben las debilidades que tiene el enfoque *top-down* al señalar que: el más serio problema del levantamiento hacia delante es su implícita y no cuestionada suposición de que los creadores de la política controlan los procesos organizacionales, políticos y tecnológicos que afectan la implementación.

Este diseño retrospectivo sostiene que el comportamiento de los burócratas de menor nivel puede desviar las intenciones de los burócratas de alto nivel. Por esta razón se sostiene: "lo más cercano que uno se encuentre al lugar de los problemas, la mayor habilidad para influirlos; y la habilidad de los sistemas complejos para resolver problemas no depende de controles jerárquicos sino en maximizar la discreción en el punto donde el problema es más inmediato". Elmore (1979-1980), (citado por Revuelta, 2007: 146)

Sabatier (1986) (citado por Revuelta, 2007: 147) sostiene que ambos enfoques tienen fortalezas y debilidades, en resumen el enfoque *top-down* parece tener una ventaja comparativa en situaciones donde: 1) existe una pieza de legislación dominante que estructura la situación; o cuando 2) los recursos para la

investigación son muy limitados, el investigador se encuentra interesado de manera principal en respuestas promedio y cuando la situación se encuentra estructurada al menos moderadamente bien. En contraste, el enfoque bottom-up es más apropiado en situaciones donde 1) no hay una pieza dominante de legislación sino un gran número de actores con dependencias de poder; o donde uno está principalmente interesado en la dinámica de las diferentes situaciones locales.

1.3. Evaluación de políticas públicas.

Durante el siglo XX la evaluación de Políticas Públicas fue reconocida como una de las funciones fundamentales que forman parte de los procesos de la administración pública; fue recién en los años 80's cuando se impuso en la mayoría de los países. En México a partir del gobierno de Fox (2000–2006) se impulsó la evaluación de los programas de desarrollo social, con el fin de transparentar el gasto público y rendir cuentas acerca de la legalidad, calidad y efectividad de sus acciones.

Existen diversas definiciones de evaluación de políticas públicas que han establecidos varios autores. Max Weber fue uno de los primeros autores en definir a la evaluación como “la apreciación (*bewertung*) practica de un fenómeno sobre el cual nuestra actividad puede ejercer un influencia al adoptar respecto del mismo un actitud de aprobación o desaprobación” Duran y Monier (1992) (citado por Cardozo, 2006:43)

Sintetizando las definiciones de diversos autores, Cardozo (2009) establece que la evaluación consiste en

...la realización de una investigación, de tendencia interdisciplinaria, cuyo objetivo es conocer, explicar y valorar, mediante la aplicación de un método sistemático, el nivel de logros alcanzado (resultados e impactos) por las políticas y programas públicos, así como aportar elementos al proceso de toma de decisiones para mejorar los efectos de la actividad evaluada. Determinar en qué medida y cómo se han logrado los objetivos, es uno de los propósitos de la evaluación de políticas públicas, también retroalimentar el proceso en cualquiera de sus fases (Cardozo, 2009).

Asimismo Arenas (2021) considera que una evaluación es una investigación que busca resolver preguntas sobre temas de políticas públicas, tales como,

conocer si los objetivos planteados han sido cumplidos, los efectos que ha tenido la política hacia la población objetivo, si existe la posibilidad de implementar otras opciones para atender la problemática, así mismo se identifica si la implementación del plan ha sido la indicada o incluso si el recurso proporcionado ha sido suficiente y eficiente, entre otros.

Otra definición que se consideró importante en esta investigación es la que hace el CEPAL (2020) (citado por Arenas, 2021: 14) en la que define a la evaluación como aquella actividad que permite valorar el desempeño de la acción pública, ya sea a través de un programa, proyecto, ley, política sectorial u otro. Se considera la evaluación como una valoración sistemática desde el diseño, la implementación y los resultados de un programa, proyecto o política pública ya concluida. Así como una valoración ex ante que es en la fase del diseño.

La evaluación no es un fin sino un medio para la mejora continua de la administración pública. Por ello, la evaluación permite a los gobiernos analizar las políticas públicas para ajustarlas, mantenerlas o eliminarlas y ser un instrumento útil para el logro de los objetivos y metas planteados, a partir de la comprensión de los resultados e impactos generados. Es aquí donde la idea de Evaluar para Mejorar es llevada a la práctica.

Pocas son las dependencias y los funcionarios encargados que consideran la evaluación como un instrumento de corrección, desarrollo y crecimiento. La evaluación la ven como una amenaza, por ello siempre existen temores y desconfianzas. Son muchos los factores involucrados en este juego y rejuego de la acción de evaluar: la situación histórica, donde existen países sin una tradición democrática de evaluación de resultados, los recursos económicos destinados a los ejercicios de evaluación y las capacidades intelectuales de los equipos de evaluación.

Cabe señalar que existen algunos elementos que deben ser considerados al momento de diseñar y ejecutar un proceso de evaluación. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Elementos de la Evaluación.

<i>Elementos de la evaluación.</i>	<i>Especificaciones de los elementos de la evaluación</i>
<i>Actores.</i>	<ul style="list-style-type: none"> a) Responsable. b) Evaluado. c) Evaluador. d) Asesor. e) Mandante. f) Cliente. g) Interesados. h) Ciudadanía.
<i>Funciones de la evaluación.</i>	<ul style="list-style-type: none"> a) Toma de decisiones. b) Práctica democrática. c) Efecto dinamizador. d) Aprendizaje.
<i>Principios de la evaluación.</i>	<ul style="list-style-type: none"> a) Confiabilidad. b) Veracidad. c) Objetividad. d) Relevancia. e) Coherencia. f) Oportunidad. g) Información. h) Transparencia. i) Técnica. j) Precisión. k) Costo razonable.

Fuente: Elaboración propia con base en Arenas, 2021, p.19-25

En el cuadro 5 se exponen los elementos de la evaluación, así como cada una de sus especificaciones. Los actores claves (*stakeholders*) son aquellos que deben ser considerados al momento de realizar un proceso de evaluación y fundamentales para el proceso debido a que cada uno de ellos tiene diferentes funciones que son claves para la operación evaluativa. Por otro lado la evaluación puede tener distintas funciones para la mejora de la calidad de la gestión pública; de acuerdo al tipo de evaluación, los actores, el ámbito de acción y la metodología utilizada, es que se determinara su función. Para que la evaluación sea útil y logre sus objetivos, debe cumplir con ciertos principios básicos a considerar en el diseño y ejecución de los procesos evaluativos de una política y/o programa público.

La Evaluación de Políticas Publicas debe llevar un proceso para la obtención de un funcionamiento eficaz. En primera instancia se debe identificar y definir el

programa social que se va a evaluar; posteriormente se establecen las actividades que se van a realizar, tales como: establecer objetivos, determinar qué tipo de evaluación y metodología será la que se lleve a cabo, entre otras para hacer un correcto diseño de evaluación. Una vez identificado el programa a evaluar y establecido el diseño de la evaluación, se procede a la ejecución de la evaluación consiste en realizar las actividades tal como fueron diseñadas en términos operativos, metodológicos o temáticos, y de obtención de resultados. Por último se obtienen y difunden los resultados obtenidos y se da seguimiento.

Un término de mayor relevancia en la fase de evaluación es la Meta evaluación, que consiste básicamente en evaluar a los evaluadores de políticas públicas. Cardozo (2009) establece que con la meta evaluación se llegue a tener perfeccionamiento y con ello exista una "calidad de las evaluaciones". Acerca de la calidad de las evaluaciones se relaciona más estrechamente con variables de coordinación de equipos y de integración interdisciplinaria y multidisciplinaria de los equipos de trabajo. La Meta evaluación va ligada a un esquema que se enmarca en un análisis "FODA" (Fortalezas, Oportunidades, Desafíos y Amenazas) de la evaluación de programas sociales.

1.3.1 Tipos de evaluación.

Los tipos de evaluación se clasifican de acuerdo a ciertos criterios, por lo que se emplea uno u otro tipo en función del propósito de la evaluación, a cada situación concreta, a los recursos con los que se cuenten, o bien a los destinatarios del informe evaluador y a otros factores. De acuerdo a los objetivos de la investigación evaluativa, se definen que tipos de evaluación se realizaran. Existe un conjunto de trabajos (Nioche, 1982; Stufflebean y Shinkfield, 1987; Monnier, 1991 y 1995; Mény y Thoenig, 1992) (citado por Cardozo, 2006: 50-51) que aportan la identificación de diversos tipos de evaluaciones parciales:

- a) De objetivos.
- b) De pertinencia.
- c) De coherencia.

- d) De contexto.
- e) De insumos o de medios.
- f) De proceso.
- g) De realizaciones, resultados o productos.
- h) De eficacia.
- i) De metas.
- j) De eficiencia.
- k) De efectos.
- l) De impacto.
- m) De satisfacción.

Una primera clasificación de evaluación que hace Cardozo (2006), es la evaluación *ex-ante* (conocimiento en...), la *ex-post* (conocimiento de...) y la concomitante. Concomitante con el proceso de implementación se lleva a cabo un monitoreo constante dentro de la implementación para el control del seguimiento. En una evaluación *ex-ante*, se compara los efectos con las diferentes alternativas que pueden permitir la resolución de un problema. Una evaluación *ex-post* son acciones ya ejecutadas, se lleva a cabo un seguimiento continuo de los avances y no se considera una evaluación final; con ello se toman medidas correctivas oportunas que ayudaran al aprendizaje y crecimiento de los actores que participan en la política.

Cardozo (2006) identifica el tipo de evaluación externa e interna. La evaluación externa la llevan a cabo personas ajenas al gobierno, es más objetiva. En una evaluación interna se dispone de mayor información y se tiene más conocimiento del programa; el problema con este tipo de evaluación es que hay personas que hacen todo por demostrar que el programa es exitoso, aunque estos sepan que hay deficiencia, se disminuye la objetividad y es como si se hiciera una autoevaluación.

Según su finalidad y función se puede ver dos tipos de evaluación: la formativa y la sumativa

- a) Función formativa: este tipo de evaluación se utiliza como estrategia para mejorar y para ajustar sobre la marcha, los procesos, conseguir las metas o expectativas previstas. Es la más apropiada para la evaluación de procesos, aunque también es formativa la evaluación de productos, siempre que sus resultados se empleen para la mejor de los mismos. Suele identificarse con la evaluación continua.
- b) Función sumativa: suele aplicarse más en la evaluación de productos, es decir, de procesos terminados, con realizaciones precisas y valorables. Con la evaluación no se pretende modificar, ajustar o mejorar el objeto de la evaluación, sino simplemente determinar su valía, en función del empleo que se desea hacer del mismo posteriormente (Cardozo, 2006).

Según el momento de aplicación, la evaluación puede ser inicial, de procesos y final

- a) Evaluación inicial: se realiza al comienzo de la implantación de un programa. Consiste en la recolección de datos en la situación de partida. Es imprescindible para iniciar cualquier cambio, para decidir los objetivos que se pueden y deben conseguir y también para valorar si al final de un proceso, los resultados son satisfactorios o insatisfactorios. Se considera a esta evaluación inicial como predictiva.
- b) Evaluación de procesos: consiste en la valoración a través de la recolección continua y sistemática de datos, del funcionamiento de la institución, a lo largo del periodo de tiempo fijado para la consecución de unas metas u objetivos. La evaluación de procesos es de gran importancia dentro de una concepción formativa de la evaluación, porque permite tomar decisiones de mejora sobre la marcha.
- c) Evaluación final: consiste en la recolección y valoración de unos datos al finalizar un periodo de tiempo previsto para la realización de un aprendizaje, un programa, un trabajo, etc. o para la consecución de unos objetivos (Cardozo 2006).

Así mismo Cardozo (2006) identifica tres tipos de evaluación la pseudoevaluación, cuasievaluación y la evaluación verdadera. En la pseudoevaluación se presentan conclusiones falsas y la evaluación es utilizada cada quien a su manera, sea positivo o negativo. La cuasievaluación solo se interesa por algunas cosas, no emite juicios de valor, son estudios basados en objetivos y en la experimentación. La evaluación verdadera está orientada a la toma de decisiones, los méritos de las políticas o programas.

Retomando a Arenas (2021) identifica principalmente siete tipos de evaluación: de diseño, de procesos, de gestión, de productos, de resultados, de impacto, y de costo-beneficio.

El objetivo principal de una *Evaluación de diseño* es fundamentar y justificar la existencia de un programa, aportando información y conocimientos sobre la problemática que lo originó y su pertinencia como alternativa de solución. Se busca comprobar que se justifique el financiamiento público del programa, desde el punto de vista de solución a un problema o necesidad de cierto grupo de personas o un sector de la sociedad. No se evalúa el desempeño del programa, en términos de sus productos y resultados, sino que es una evaluación centrada más bien en el análisis documental y experto.

En una *Evaluación de procesos* se detectan los principales problemas o “cuellos de botella” en la ejecución de las actividades que componen los procesos de producción de los bienes y/o servicios de un programa, así como también se identifican las oportunidades de mejora. Se evalúa el diseño de los procesos, los instrumentos para su operación, y la verificación de su ejecución. Todo ello para proponer mejoras que influyan directamente en la calidad y cantidad de la producción.

El objetivo de una *Evaluación de la gestión* es detectar los puntos críticos y proponer las mejoras necesarias en la operación y organización de un programa desde el punto de vista institucional. Al igual que en la evaluación de procesos, se busca mejorar la calidad y cantidad de la producción y los resultados obtenidos del

programa, aunque desde la perspectiva de los procesos y mecanismos de gestión institucional. En esta evaluación se considera el análisis de las funciones, las responsabilidades, el desempeño de los actores involucrados en la ejecución y el ajuste del modelo de gestión.

En una *Evaluación de productos* se conocen las fortalezas y las debilidades de los bienes entregados o servicios otorgados de los programas, con el fin de mejorar los niveles de producción y su calidad, para que contribuyan al logro de los resultados esperados. Se busca conocer el desempeño del programa, tomando en cuenta la calidad y cantidad de bienes y servicios. Es necesario cuantificar la magnitud de la producción, analizar los atributos de los productos, comparar ambos elementos con las necesidades y percepciones de los usuarios o beneficiarios del programa y evaluar si se lograron los resultados esperados a nivel de producto, en términos de eficacia, calidad, eficiencia y economía.

El objetivo de una *Evaluación de resultados* es verificar si el programa ha logrado los resultados esperados a corto, mediano o largo plazo en la población objetivo con la entrega de bienes o servicios de un programa. Se comprueba si efectivamente el programa contribuyó y en qué medida a la solución del problema o a la necesidad que dio origen al programa. Se verifica que se haya logrado el resultado, es decir, que se produjo el cambio esperado; se entiende por resultado un cambio en el comportamiento, estado o actitud de los beneficiarios después de haber recibido los bienes o servicios del programa.

La *Evaluación de impacto* evaluación de impacto es una profundización de la evaluación de resultados; en ella se verifica si el programa ha logrado los efectos deseados en la población o área objetivo, a través de la comprobación y medición de los resultados obtenidos en un grupo personas o un sector de la sociedad. El valor agregado de esta evaluación es que busca comprobar que el cambio en la población objetivo o sector sean causados directamente por el programa, lo que implica no solo una relación de causalidad (causa-efecto), sino que también exista exclusividad, o sea, que dependa solo del programa, y no de otros factores.

Por último la *Evaluación costo-beneficio* tiene como objetivo contrastar los resultados del programa con los costos que se incurrieron para lograrlos. Con esta evaluación se busca identificar si los objetivos del programa fueron conseguidos con el mínimo costo posible, o bien si los beneficios que fueron atribuidos al programa fueron superiores a los costos. Para esto es necesario medir el costo del logro alcanzado por el programa en las variables de resultados, atribuidas directa y exclusivamente al programa (impacto) de manera de comparar el costo-beneficio.

La importancia que tiene realizar cualquiera de los tipos de evaluación que se presentaron anteriormente de forma conjunta y complementaria, permite tener un conocimiento más detallado del programa y de sus resultados. Por ejemplo, si un programa no tiene un buen diseño y por ende su funcionamiento es malo, difícilmente se lograrán los resultados esperados. La evaluación conjunta de todos estos elementos facilitará la evaluación integral del programa.

1.4. Políticas de salud.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2022 “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹. El concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones sino que va más allá de eso. Hablar de salud alude a la condición histórica en que se vivía, pues en cada momento, determinada sociedad tiene cierta visión y definición de la misma, sus técnicas, costumbres, valores, ideas y normas son distintas a la época actual.

Un sistema de salud es definido como una respuesta social, constituida por personas y acciones destinadas a mantener y mejorar la salud de la población. El sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en cuestión de salud. Las características específicas de cada sistema

¹ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. (OMS, 2022)

de salud dependen de la historia y las condiciones políticas y socioeconómicas de cada país, así como del grado de influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de las fuerzas políticas.

Las políticas públicas en materia de salud tienen sus antecedentes en el Porfiriato (1876-1911), cuando el gobierno federal centralizó las funciones de este rubro a través del Consejo Superior de Salud e implementó una serie de políticas y programas dirigidos a las zonas urbanas del país. Pero fue hasta 1934, durante el cardenismo, cuando se sentaron las bases institucionales del actual sistema de salud y se creó la Secretaría de la Asistencia Pública y los servicios médicos rurales cooperativos. (Secretaria de Salud, 2022)

Siguiendo la misma línea que llevaba Lázaro Cárdenas sobre la creación de nuevas instituciones del sistema de salud, en 1943 en el Gobierno de Manuel Ávila Camacho, se fundaron la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estas instituciones serían la base de dos modelos paralelos de atención a la salud: el de la Secretaría orientado a la población en general y el del IMSS destinado a los trabajadores que tienen una relación laboral formal. (Secretaria de Salud, 2022)

Entre 1943 y 1946 se creó el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Cardiología y el Hospital de las Enfermedades de la Nutrición. En el gobierno de Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970) se redujo un 3.8% de la inversión al sector salud, lo que indica que la salud no fue una de sus prioridades en su administración. Ante la imposibilidad económica de seguir expandiendo la seguridad social a otros grupos de la población, en 1973 fue reformada la Ley del Seguro Social que daría cabida a grupos sociales excluidos.

Las políticas públicas de salud se manifestaron en los años 80's en México a raíz de una crisis nacional en 1982 integrando las diversas instituciones en un Sistema Nacional de Salud. En 1983 sus bases políticas e ideológicas fueron elevadas a rango constitucional mediante la modificación del artículo 4° que estableció el derecho a la protección de la salud. En 1984, se implementa la Ley

General de Salud, durante la administración del presidente Miguel de la Madrid Hurtado (Secretaría de Salud, 2022).

Cabe destacar que a pesar de que el crecimiento de las instituciones para el bienestar social del Estado mexicano fue acelerado, también fue insuficiente de 1950 a 1980. El problema radica en que los servicios se volvieron cada vez más selectivos, burocráticos y autoritarios. Por ello una de las principales propuestas generadas en los años 80's fue la descentralización de los servicios de salud, desde el gobierno federal hacia los gobiernos provinciales, la redistribución del gasto en salud y la reducción del gasto de salud a nivel federal.

Una de las características fundamentales de la aparición de las políticas públicas en México fue la crítica directa a la idea de gobernar conforme a un Plan Nacional de Desarrollo (PND). En ciertos sectores sociales y regiones claves se resistían a las órdenes del gobierno, dado que, se había perdido la confianza en la capacidad para gobernar. Las políticas públicas en Estados Unidos a diferencia de su implementación en México tuvo un carácter institucional y ciencia-tecnología, desde el inicio significó exigir la naturaleza pública de la política, de las políticas y del poder público, así como exigir eficacia directiva al gobierno, desafortunadamente se le ha dado una orientación más inclinada a lo económico.

El Primer Programa Nacional de Salud, tiene sus orígenes en el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988), el cual se deriva del Plan Nacional de Desarrollo. En los sexenios de Carlos Salinas y Ernesto Zedillo también contaron con la elaboración de su respectivo Programa Nacional de Salud. Entre los objetivos similares para los programas nacionales de salud de cada sexenio se encuentran:

- 1) Sumar esfuerzos interinstitucionales para el desarrollo conjunto de programas que generen mejores resultados, en términos de cobertura y oportunidad.
- 2) Elevar el índice de esperanza de vida.
- 3) Reducir la tasa de mortalidad general, infantil y materna.

4) Aprovechamiento y mejoramiento de la infraestructura. (Secretaría de Salud, 2022).

Las políticas de salud son más notoria en los años 90's donde nace la primera maestría en políticas públicas por parte del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM) en 1998; la publicación consta de cuatro antologías y ensayos introductorios del autor Villanueva a partir de 1991. Las políticas públicas surgen precisamente como una alternativa viable para reformar al Estado, la entrada de la disciplina presta mayor atención al momento gubernativo de la democracia, creando así una sociedad más participativa y un estado más eficiente y legítimo. Las políticas de salud surgen debido al surgimiento de ciertos problemas sociales, tales como la tasa de crecimiento de la población, su envejecimiento, el aumento de nuevas enfermedades, nuevas tecnologías, entre otros.

Para que existan Políticas Públicas de Salud el origen se basa en identificar un problema público que va desde atender ciertas enfermedad, la tasa de crecimiento de la población e incluso una epidemia o pandemia. Pero aunque ya se ha identificado un problema no todos ingresan a la agenda de gobierno como una política pública. La ausencia de medios tecnológicos o razones de orden políticos, son consideradas algunas causas que no permiten llevar a cabo una política pública de salud.

Una particularidad del ámbito sanitario es que una situación de salud y una situación del sector salud, no son lo mismo. Dentro de la cuestión sanitaria se distinguen al menos tres categorías, en las cuales el origen del problema puede estar inmerso en cualquiera de las situaciones que a continuación se exponen.

1. *Situación de salud de la población*: esta constituye una dimensión de la calidad de vida y el desarrollo humano de los pueblos. Se miden ciertos indicadores epidemiológicos donde cada uno de ellos señala las prioridades de acuerdo a cada situación.
2. *Situación de las políticas*: las políticas de salud son la segunda categoría del análisis sanitario y se definen como un esfuerzo sistemático para reducir los

problemas de salud. Problemas que como se habían mencionado antes, solo existen cuando se reconocen, se asumen, se nombran y se incorporan a la agenda pública para dar respuestas colectivas.

3. *Situación de servicios de atención médica:* en ellos se incluyen los actores (individuales e institucionales) que brindan prestaciones médicas a la población (Tobar, 2012).

El hacer la distinción de las situaciones de salud permite dejar claro que el sector salud funciona mal porque se presentan deficiencias. Las tres situaciones expuestas son de gran ayuda para la delimitación de un problema público de salud; para delimitar un problema público de salud y que sea insertado en la agenda, es necesario identificar el tipo de problema. Los problemas pueden variar y ser aquellos que traten la salud de la población, así como problemas que aquejen a las políticas de salud, tales como el mal diseño de una política, su planteamiento o sus resultados. Asimismo también pueden atenderse situaciones de la atención médica del sector salud que se brinda a la población.

Los sistemas de salud son el reflejo de importantes valores sociales que se expresan en los marcos jurídicos e institucionales, en los que se encuadra la formulación de las políticas de salud. Algunos de los valores, principios y propósitos que la mayoría de los países expresa para sus sistemas de salud en sus constituciones o leyes son:

- Valores: derecho a la salud, universalidad, solidaridad, equidad, dignidad, desarrollo sostenible, gobernabilidad democrática.
- Principios: eficiencia, eficacia, calidad, participación/control social, integralidad de la atención, interculturalidad, descentralización, transparencia.
- Propósitos: proteger la salud de las personas y mejorar la calidad de vida, reducir las desigualdades e inequidades, orientar los servicios a las necesidades de la población, brindar protección financiera frente a los riesgos y consecuencias de enfermar, y satisfacer las expectativas de la

población respetando su dignidad y autonomía y garantizando su derecho a la confidencialidad (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

CAPITULO II

ANTECEDENTES DE LAS POLITICAS PÚBLICAS DE SALUD PARA ERRADICAR LA OBESIDAD Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR

El capítulo II tiene como objetivo analizar los antecedentes de las políticas de salud en México, así como las acciones que se tomaron por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los gobiernos de Vicente Fox y Felipe Caldearon para erradicar la problemática de la obesidad. Cabe mencionar que el surgimiento de un programa de salud parte de la necesidad de atender problemas que con el tiempo fueron rebasando la atención del gobierno, tales como el crecimiento de la población, el envejecimiento, nuevas enfermedades y tecnologías.

Anteriormente se consideraba que si una persona tenía sobrepeso, poseía de un alto índice de riqueza, pues se decía que tenía un alto nivel socioeconómico. Sin embargo hoy en día la problemática de la obesidad es catalogada como la enfermedad del siglo XXI, consecuencia de ello es el alto índice de casos registrados en el mundo.

La OMS con la finalidad de atender la problemática de la obesidad y el sobrepeso implemento en 2004 algunas estrategias como fue la “Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud”. Así mismo creo el Plan de Acción Mundial (PAM) para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013 -2020. Se propuso una serie de actividades para crear conciencia en la población, tales como el papel fundamental que tienen las industrias alimentarias para promover la reducción del consumo de azúcares y sales en los alimentos, así como el aumento al precio de dichos alimentos.

Cabe resaltar que las políticas públicas implementadas en gobiernos anteriores no habían sido suficientemente efectivas para tratar el tema de la obesidad. Por ello en el gobierno de Vicente Fox (2000-2006) se implementó el Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, que

su prevalencia había ido en aumento en los últimos años. Así mismo surge el Programa Nacional de Cultura Física y Deporte 2001-2006 y México es considerado como uno de los primeros países en introducir el concepto de cultura física en el marco del Sistema Educativo Nacional. Del mismo modo en el gobierno de Fox también se crea el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL).

La problemática de las enfermedades cardiovasculares seguía siendo un tema de mayor relevancia para el gobierno, debido a que México llegó a ocupar el primer lugar de morbilidad y mortalidad. El gobierno de Felipe Calderón (2006-2012) dio continuidad a las políticas implementadas por la anterior administración. Por lo que se implementa el Programa de Comunidades Saludables, así mismo el Programa Sectorial de Salud (2007-2012) y en 2010 se establece un Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA).

2.1 Acciones para erradicar el problema de la obesidad en los países por parte de la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) preocupada por atender la problemática de la obesidad ha implementado una serie de acciones para tratar el tema. En 1975 la obesidad se triplicó en todo el mundo, tan solo en el año 2016 más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas. En niños menores de cinco años el sobrepeso y la obesidad se magnifico, siendo 41 millones de niños los afectados, por lo que en total más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) estaban con sobrepeso u obesidad.

De acuerdo a Rivera (2013) el peso excesivo representa un problema que empieza en los hábitos alimentarios, la cultura, el estilo de vida y la regulación deficiente en muchas áreas, que pasa por la familia y los servicios de salud y que afecta a los individuos y la colectividad. La falta de control y atención de tan mencionado problema, radica en la poca o nula participación de la población. La

mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la Insuficiencia Ponderal².

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²) (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012.
- La diabetes.
- Los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante).
- Algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon). (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Algunas estrategias que toma la OMS para erradicar la obesidad es la "Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud", adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004. En ella se exhorta todas a las partes interesadas a que adopten medidas a nivel mundial, regional y local para mejorar las dietas y los hábitos de actividad física en la población. La meta principal de la mencionada estrategia es:

Promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la

² Peso insuficiente por la edad. (OMS,2022)

falta de actividad física. Esas medidas contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y llevan aparejado un gran potencial para obtener beneficios de salud pública en todo el mundo” (Organización Mundial de la Salud, 2004: 4)

En la Declaración Política de la Reunión de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles realizada en septiembre del 2011, se reconoce la importancia de reducir la dieta malsana y la inactividad física. En ella se asume el compromiso de promover la aplicación de la "Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud", introduciendo políticas y medidas encaminadas a promover dietas sanas y a aumentar la actividad física de toda la población. Esta sería una gran oportunidad de obtener ese compromiso internacional y de que se dé la prioridad a erradicar las enfermedades no transmisibles.

La OMS crea Asimismo el Plan de Acción Mundial (PAM) para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, que tiene por objeto cumplir los compromisos de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles. En la elaboración del PAM participaron múltiples partes interesadas en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, tales como los gobiernos y cargos electos, los organismos mundiales, los asociados para el desarrollo, los profesionales sanitarios, el mundo universitario, la sociedad civil o el sector privado.

Las enfermedades cardiovasculares, las respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes, son las principales responsables de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles y constituyen el objetivo prioritario del plan de acción. Esos cuatro tipos de enfermedades no transmisibles pueden prevenirse o controlarse en gran parte mediante intervenciones eficaces que abordan factores de riesgo comunes, como son el consumo de tabaco, la dieta malsana, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol, así como mediante una detección y un tratamiento temprano (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Asimismo la OMS propone una serie de actividades para crear conciencia en la población, especialmente los más pobres, con ellas elegirán lo que es bueno y lo que no para su salud. El aumento al precio de las bebidas azucaradas fue una de las políticas establecida para la disminución de su consumo. La industria alimentaria juega un papel muy importante promocionando dietas más sanas; reducción de azúcares y sal en los alimentos procesados, especialmente en alimentos que son destinados para niños y adolescentes.

Por otro lado la obesidad infantil es considerada como un problema mayor y alarmante; ello justamente afecta a que en una edad adulta la probabilidad de tener obesidad y otras enfermedades sean mayor. Sin embargo además de estos riesgos a futuro, los niños obesos también sufren dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos. Por ello la OMS en 2016 estableció una serie de recomendaciones con el fin de lograr que se disminuya este problema, que desde muy temprana edad se puede prevenir y erradicar; la aplicación de programas integrales que promuevan la ingesta de alimentos sanos y reduzcan la ingesta de alimentos malsanos y bebidas azucaradas entre niños y adolescentes.

Hoy en día se han llevado a cabo una serie de soluciones para disminuir el índice de la población con obesidad por parte de varios países del mundo. Ejemplo de ello es la participación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) quien trabaja con los países de las Américas para mejorar la salud y la calidad de la vida de su población. La OPS fue fundada en 1902 y es considerada la organización internacional de salud pública más antigua del mundo, actúa como la oficina regional para las Américas de la OMS y es la agencia especializada en salud del sistema interamericano.

Con la participación de la OPS y países como Ecuador, Australia, Indonesia y Paraguay implementaron en 2013 el método de etiquetado en los productos procesados. Con este método se exigió que todos los productos alimentarios

envasados que estuvieran en los supermercados mostraran etiquetas rojas, amarillas y verdes para indicar su concentración de algunos ingredientes clave como el azúcar, la grasa y la sal. Con este tipo de estrategias se dio pauta a que otros países se mostraran interesados en establecer los mismos procedimientos. Ejemplo de ello fue el caso de México, en el año 2020 se implementó el Sistema de Etiquetado Frontal de Alimentos y Bebidas (SEFAB) desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), con la finalidad de crear conciencia en la población y tratar de disminuir la prevalencia de la obesidad.

La UNICEF consideró que el etiquetado frontal de advertencia para alimentos y bebidas aprobado en México fue uno de los mejores del mundo. Se consideró así debido a su especificación de manera clara, objetiva y oportuna; la información que ofreció a los consumidores sobre el exceso de nutrientes que contribuye al sobrepeso y la obesidad, atentando así contra la salud de la infancia, podría incluso convertirse en un ejemplo para otros países que atraviesan este proceso de lucha contra el sobrepeso y la obesidad.

2.2 Programas de salud para el combate de la obesidad en el gobierno de Vicente Fox Quezada.

El 21 de Marzo de 1985 la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) se transformó en la Secretaría de Salud (SS). En 1983 surge el Plan Nacional de Desarrollo (PND) del cual deriva el Plan Nacional de Salud (PNS) constituido entre Agosto y Noviembre del año 2000 por Julio Frenk, en ese entonces candidato a la Secretaría de Salud. El propósito del PNS era democratizar la salud e integrarla al proyecto de desarrollo económico y social; no considerarlo como un sector de la administración pública, sino como un objetivo social. Para cumplir con ese propósito se creó un fondo público sustentado principalmente en la recaudación tributaria que permitía garantizar atención a toda la población.

Cabe resaltar que en los últimos años las políticas públicas implementadas para combatir la obesidad no habían sido suficientemente efectivas para disminuir los altos índices de este problema que afecta a una gran parte de la población. Por

ello uno de los trabajos que realizó el gobierno del entonces presidente Vicente Fox en el año 2001 con la finalidad de atender precisamente el tema de las enfermedades cardiovasculares y que como consecuencia son derivadas del sobrepeso y la obesidad, fue la implementación del Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, el cual tenía como objetivo principal:

Proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial, sus factores de riesgo; así como las complicaciones de mayor prevalencia entre las poblaciones adulta y adulta mayor y elevando la calidad de vida en este grupo poblacional (Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, 2001: 42).

La finalidad de establecer un programa como este consistió en proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial y sus factores de riesgo, así como elevar la calidad de vida en este grupo de población. Se pretendía una detección temprana de estas enfermedades, la educación de promover estilos de vida saludables, la capacitación al personal de salud y a la población y la realización de campañas permanentes de comunicación social y educativa.

Por otra parte, México fue considerado como uno de los primeros países del mundo en introducir el concepto de cultura física en el marco del Sistema Educativo Nacional. Fue en el gobierno de Vicente Fox donde surge el Programa Nacional de Cultura Física y Deporte 2001-2006, con este programa se buscó aspirar en un futuro a que México fuera reconocido como un país con un alto nivel de cultura física. A través de las políticas de Estado se pretendía fomentar en forma masiva las actividades físicas, recreativas y deportivas, con la finalidad de que la población tuviera calidad de vida y se desarrolle en un ambiente sano, con igualdad de oportunidades para todos y con estricto apego al estado de derecho.

No obstante, la implementación de ciertos programas en el gobierno de Vicente Fox para disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso no fueron suficientes. De acuerdo a un estudio (Campos, 2013) en el año 2006 se reportó que

en adultos de 20 años o más la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 69.7%, lo que ubicó a México como uno de los países con mayor prevalencia en la región de América y a nivel mundial. Esta prevalencia aumentó más de 12% en tan solo seis años, entre el año 2000 y 2006, lo cual posicionó a México como uno de los países con mayor tendencia de aumento de sobrepeso y obesidad en el mundo con un porcentaje anualizado de incremento de alrededor de 2%.

2.2.1 Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial.

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 establece como objetivo de la política social mejorar la calidad de vida de los mexicanos, Asimismo ampliar la capacidad de respuesta confiable y oportuna del Estado creando condiciones institucionales que permitan atender las diferentes necesidades sociales. Por ello y dada la magnitud que represento para el Sector Salud la obesidad y las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) fue necesario fortalecer la capacitación a los recursos humanos, incorporando la prevención y control de estas enfermedades en la formación de todo el personal sanitario poniendo énfasis en la atención primaria de salud.

La obesidad y el riesgo cardiovascular son problemas complejos y multifactoriales cuya naturaleza involucra al sector público, privado y social, así como al individuo. Dado que la obesidad fue y es el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer, fue importante incrementar los esfuerzos por una alimentación correcta y actividad física promoviendo la participación federal, estatal y municipal para orientar a la población en conductas saludables que favorecieron la reducción y control del peso.

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001-2006 se planteó como objetivos principales elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades; garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios; ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, y fortalecer el sistema de salud. Uno de los programas que tuvo cierta importancia en el sexenio

de Vicente Fox fue el programa de acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial, en el cuadro 6 se exponen los objetivos deseados, sus estrategias y líneas de Acción.

Cuadro 6. Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial.

Objetivo	Estrategia	Líneas de acción
1 Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.	1.1. Impulsar la prevención de obesidad y riesgo cardiovascular, para abordar en conjunto las ECNT y sus determinantes.	1.1.1. Fomentar la investigación, desarrollo de modelos y programas tendientes a la mejora continua de acciones de prevención y control. 1.1.2. Coordinar grupos de trabajo sectoriales multidisciplinarios que incidan en determinantes sociales para la prevención y control de ECNT. 1.1.3. Promover la creación de organismos colegiados de prevención y control. 1.1.4. Dar el seguimiento y evaluación de las acciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud. 1.1.5. Realizar acciones para evitar o retrasar las complicaciones en personas con sobrepeso/obesidad, hipertensión arterial, dislipidemias ³ y síndrome metabólico. 1.1.6. Capacitar al personal de salud del primer nivel de atención en el manejo adecuado del paciente con obesidad y riesgo cardiovascular. 1.1.7. Promover la organización de la Semana Nacional del Corazón
2. Incrementar el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control con hipertensión arterial en tratamiento.	2.1 Incrementar el número de unidades en el primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos, recursos humanos, para la atención integral de la obesidad y riesgo cardiovascular.	2.1.1. Supervisar el cumplimiento del modelo de Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME EC) en clínicas de diabetes, obesidad y riesgo cardiovascular en las entidades. 2.1.2. Promover la gestión de la plantilla del personal multidisciplinario para la atención de pacientes en las entidades. 2.1.3. Promover la gestión para el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos en la atención primaria.
3. Impulsar en las entidades federativas la promoción de la actividad física y alimentación correcta que motiven la	3.1. Realizar acciones que contribuyan a la adopción de conductas saludables en la población.	3.1.1. Difundir las recomendaciones de los alimentos saludables en los centros escolares, laborales y comunitarios. 3.1.2. Impulsar el desarrollo de actividades de capacitación del personal de salud en actividad física y alimentación correcta.

³ Niveles excesivamente elevados de colesterol o grasas (lípidos) en la sangre. La dislipidemia aumenta las probabilidades de arterias obstruidas (aterosclerosis), infartos, derrames cerebrales y otras complicaciones del sistema circulatorio, especialmente en los fumadores. (Mayo Clinic, 2022)

adopción de conductas saludables.		<p>3.1.3. Desarrollar acciones educativas y eventos masivos para promover estilos de vida saludables con perspectiva de género.</p> <p>3.1.4. Otorgar orientación y consejería, para promover el autocuidado e identificar factores de riesgo en unidades médicas, escuelas y centros laborales.</p> <p>3.1.5. Promover la creación de espacios para actividad física con perspectiva de género.</p>
4. Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad y mortalidad por obesidad y/o riesgo cardiovascular.	<p>4.1. Fortalecer la captura de los datos en los sistemas de información, vigilancia epidemiológica y seguimiento para la toma de decisiones en obesidad y riesgo cardiovascular.</p> <p>4.2. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.</p>	<p>4.1.1. Monitorear la notificación de casos nuevos en obesidad y riesgo cardiovascular.</p> <p>4.2.1. Desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las ECNT con cobertura nacional, estatal y local.</p> <p>4.2.2. Impulsar acciones de detección oportuna de sobrepeso y obesidad en entornos escolares, laborales y comunitarios.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001-2006.

A pesar de las estrategias establecidas se considera que no se cumplió con los objetivos establecidos. De acuerdo a un reporte que realizó el periódico “El economista” la autora del artículo Ana Langner (2012) expone que el incremento del número de personas con diabetes y también el costo de la enfermedad aumentó. En el sexenio de Vicente Fox murieron 361,514 personas a causa de sobrepeso, originando otra enfermedad como lo es la diabetes; por lo que el costo total de la diabetes en el país llegó a los 2,970 millones de pesos en el 2003.

2.2.2 Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL).

Durante el sexenio de Fox se publicó la Ley General de Desarrollo Social (2003) donde se creó el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL). El objetivo de la creación del CONEVAL fue evaluar la política del desarrollo social, así como la medición multidimensional de la pobreza. Asimismo es responsable de

que las políticas gubernamentales sean más transparentes y efectivas con amplia participación ciudadana.

El CONEVAL es considerado una instancia descentralizada y con autonomía de la administración pública, con personalidad jurídica y patrimonio propio, y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines, de conformidad con la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, agrupado en el sector coordinado por la Secretaría de Desarrollo Social. El trabajo realizado ha permitido a este organismo ser pionero en la construcción de la cultura de la evaluación y la medición de la pobreza, además de ser un referente internacional porque lo que se mide se puede mejorar.

De acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) el CONEVAL tiene por objetivo: normar y coordinar la evaluación de la Política Nacional de Desarrollo Social y las políticas, programas y acciones que ejecuten las dependencias públicas. Así como, establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnico en dicha actividad. (CONEVAL, 2021).

En materia de evaluación el CONEVAL es la institución responsable de emitir los lineamientos de Evaluación que deberán observar las dependencias y entidades responsables de operar los programas sociales. Asimismo tiene a su cargo las evaluaciones de la política y programas de desarrollo social que pueden ser realizadas por la misma entidad o a través de uno o varios organismos independientes del ejecutor del programa, mediante los cuales podrá emitir recomendaciones respecto al cumplimiento del objetivo social de los programas, metas y acciones de la Política de Desarrollo Social.

En relación con la medición de la pobreza el CONEVAL tiene la responsabilidad de emitir los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza utilizando la información que genere el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) mediante los indicadores: Ingreso corriente per cápita; Rezago educativo; Acceso a los servicios de salud; Acceso a la seguridad

social; Calidad y espacios de la vivienda; Acceso a los servicios básicos en la vivienda; Acceso a la alimentación, y Grado de cohesión social.

De acuerdo al Artículo 4º del Decreto por el que se regula el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, publicado en el Diario Oficial en Agosto de 2005, en el desarrollo de sus funciones el Consejo deberá:

- I. Promover una estrecha colaboración y comunicación con los responsables de la operación de los programas de desarrollo social en los ámbitos Federal, estatal y municipal;
- II. Establecer los requerimientos mínimos para que los organismos independientes que participen en la evaluación de la Política Nacional de Desarrollo Social tengan amplia experiencia y solidez en el tema;
- III. Promover que, para el mejor uso de los recursos y la mayor calidad de las evaluaciones de los programas de desarrollo social, éstas se puedan realizar de manera anual o multianual de conformidad con la naturaleza del Programa;
- IV. Alcanzar la mayor calidad en el desarrollo de lineamientos, metodologías, normas, modelos e instrumentos de evaluación, atendiendo criterios de confiabilidad, validez, relevancia, transparencia y representatividad, y
- V. Procurar que los resultados de las evaluaciones sean comparables en el tiempo. SEDESOL (2005)

Las funciones que tiene el CONEVAL en relación con otras dependencias es primordial para promover una mejor calidad en las evaluaciones y con ello alcanzar que los resultados sean comparables y se mejoren con el tiempo. Haciendo referencia al lema del Consejo “lo que se mide se puede mejorar”, las evaluaciones que realiza el CONEVAL son fundamentales para la identificación de deficiencias o bien fortalezas que se presentan en las diferentes etapas de los programas sociales. Actualmente el impacto que genera el CONEVAL es de suma importancia para que siga vigente

2.3. Programas de salud para el combate de la obesidad en el gobierno de Felipe Calderón Hinojosa.

La Salud es un derecho de los mexicanos y representa un bien público de importancia estratégica para el desarrollo del país. Por ello se requieren programas preventivos que permitan consolidar los logros y avances del Sistema Nacional de Salud, que identifiquen y aprovechen las oportunidades para ampliar su cobertura,

calidad y eficiencia y que enfrenten las cada vez más complejas necesidades de salud de la población.

La obesidad constituye actualmente un tema prioritario dentro de la agenda pública de los gobiernos. El incremento en los costos sanitarios ocasionados por el aumento en la prevalencia de obesidad se ve potenciado por ser dicha enfermedad factor de riesgo de muchas otras enfermedades no transmisibles tales como la diabetes mellitus, las cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, etc. La epidemia de diabetes se acompañaba de igual forma de otra enfermedad aún más amenazante: la obesidad. La obesidad se convirtió en todo un desafío para las políticas públicas. El aumento de su prevalencia implica incrementos en los costos de los sistemas de salud.

El sexenio de Felipe Calderón parece darle continuidad a lo que el gobierno de Vicente Fox venía trabajando. Se señaló la importancia que tienen las enfermedades crónicas y los traumatismos, estas enfermedades se convirtieron en la principal causa de incapacidad y muerte en nuestro país y que por sus características son más difíciles de tratar y más costosas que las infecciones comunes, los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición.

En el año 2007 a fin de promover la salud de la población mexicana, surge el Programa de Comunidades Saludables que tenía como objetivo el impulso de la participación de las autoridades municipales, la comunidad organizada y los sectores sociales en el desarrollo de acciones de promoción de la salud a fin de generar entornos y comunidades favorables a la salud. Se enfocó a municipios del país con localidades de 500 a 2,500 habitantes y apoyó el desarrollo de proyectos que propusieron modificaciones de los determinantes de la salud y que incluyó la participación comunitaria a nivel de localidades y sectores. Los proyectos seleccionados recibían un apoyo monetario para su realización, se capacitó al personal de salud que participó y se estableció un mecanismo de supervisión, asesoría y evaluación para determinar el alcance y trascendencia de las acciones desarrolladas.

En este sexenio también se creó el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, el cual tenía como objetivo principal: mejorar las condiciones de salud de la población; reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; prestar servicios de salud con calidad y seguridad; evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud; y garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

La problemática de las enfermedades cardiovasculares seguía siendo un tema de gran relevancia para el gobierno, debido a que ocupaban el primer lugar de morbi-mortalidad en gran parte del país, y eran consideradas de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) más graves y con gastos sumamente excesivos para su prevención y control. Por ello, en 2007 se implementa el programa de acción específico: Riesgo Cardiovascular; el principal objetivo de dicho programa fue:

Prevenir, controlar y, en su caso, retrasar la aparición del riesgo cardiovascular y sus complicaciones, así como aumentar el número de años de vida saludable en la población mexicana y mejorar la calidad de vida en las personas que presenten estos padecimientos, mediante intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas. (Programa de Acción Específico 2007-2012 Riesgo Cardiovascular, 2008: 30).

El 25 de Enero del 2010 se establece el “Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA)”, poniendo en marcha la Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad, estableciendo 10 objetivos principales, en los que esencialmente se fomenta la activación física, el cuidado de la alimentación, consumo de agua simple, la orientación sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación de alimentos y la importancia de la lactancia materna.

2.3.1 Programa de Acción Específico: Riesgo Cardiovascular.

Debido al incremento de casos de muertes por diabetes en el gobierno de Vicente Fox, se implementa el Programa de Acción Específico: Riesgo Cardiovascular, el cual fue un indicio para disminuir la tasa de obesidad en México en el gobierno de Felipe Calderón. La misión fue ser un Programa Sectorial con reconocimiento internacional que desarrollara esquemas universales de prevención, detección

oportuna, tratamiento y control para la atención del riesgo cardiovascular. La Visión fue ser un programa líder en prevención clínica del riesgo cardiovascular, otorgando servicios integrales, de atención multidisciplinaria y con cobertura universal, a los pacientes con sobrepeso, riesgo cardiovascular y otras ECNT, como la diabetes mellitus, para disminuir el riesgo de enfermar, retrasar la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

El objetivo principal del programa fue prevenir, controlar y desacelerar la aparición de enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones. Asimismo aumentar el número de años de vida saludable en la población mexicana y mejorar la calidad de vida en las personas que presenten estos padecimientos, mediante intervenciones basadas en las mejores evidencias científicas. En el programa se establecieron seis objetivos específicos:

1. Fomentar una cultura por la salud entre la población que propicie cambios de actitudes saludables para reducir los factores de riesgo cardiovascular.
2. Brindar una atención multidisciplinaria para el control adecuado del riesgo cardiovascular y prevenir sus complicaciones.
3. Promover acciones que reduzcan la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares.
4. Lograr el control de la presión arterial, los lípidos y alcanzar un peso saludable para disminuir el riesgo cardiovascular.
5. Incrementar la detección oportuna de riesgo cardiovascular en usuarios de servicios y la población de riesgo para su control integral en las instituciones del Sector Salud.
6. Generar información oportuna y de calidad a escala nacional, estatal y regional para la evaluación de las acciones del programa y favorecer la toma de decisiones. (Secretaría de Salud, 2008)

Los objetivos específicos establecidos en el Programa de Riesgo Cardiovascular fueron metas a corto plazo, la finalidad de ello es dar cumplimiento al objetivo central del programa. Los objetivos establecidos fueron de forma general fomentando una cultura de salud en la población, ello fue una primicia para

concientizar a la población sobre el riesgo que generar adquirir enfermedades cardiovasculares. Derivado de ello otro objetivo fue brindar atención adecuada para un control de las enfermedades cardiovasculares y promover acciones para reducir la mortalidad. Para lograr que los objetivos se cumplieran, en el programa se establecieron ciertas estrategias y líneas de acción, tales como:

1. Creación de mecanismos rectores del Sistema Nacional de Salud y otros sectores para abordar en conjunto con otras ECNT los entornos y determinantes de la epidemia de las enfermedades cardiovasculares en la población mexicana.
2. Fortalecimiento de la infraestructura para el manejo integral del riesgo cardiovascular en el ámbito estatal y local.
3. Impulso de los planes estatales y municipales en apoyo a las acciones de prevención y control del riesgo cardiovascular.
4. Fomento de estímulos fiscales y modificación de las políticas de la industria alimentaria para la adopción de estilos de vida saludables con la participación de los distintos sectores y órdenes de gobierno.
5. Innovación en la prestación de servicios de salud y establecimiento de mecanismos para la detección y diagnóstico oportuno del riesgo cardiovascular en usuarios de servicios del Sistema Nacional de Salud, incluida las Caravanas de la Salud.
6. Desarrollo institucional y fortalecimiento de competencias en los profesionales de la salud que participan en la prevención y control del riesgo cardiovascular.
7. Incorporación de intervenciones costo-beneficio basadas en las mejores prácticas y evidencia científica.
8. Acreditación permanente de la Red Nacional de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en apoyo a las metas del programa de riesgo cardiovascular.
9. Fortalecimiento del componente educativo (alfabetizar en los componentes del riesgo cardiovascular) dirigido a la comunidad, las personas con riesgo cardiovascular, sus familias y la población en riesgo.

10. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información, vigilancia epidemiológica y seguimiento para la toma de decisiones (Secretaría de Salud, 2008).

Las estrategias establecidas fueron consideradas una guía para lograr el cumplimiento de los objetivos dictados por el programa. Ejemplo del fortalecimiento de infraestructura para el manejo de las enfermedades cardiovasculares se pudo ver con la creación de unidades de especialidades médicas (UNEMEs) diseñadas para la atención de sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus. Ésta y otras estrategias comprendieron acciones integrales de educación para que el paciente asumiera la responsabilidad de su salud; detección oportuna de las complicaciones; prescripción efectiva e individualizada de planes de alimentación y actividad física; identificación de metas de tratamiento; barreras para alcanzar la adherencia e inclusión de la familia; tratamiento farmacológico del riesgo cardiovascular y diseño de esquemas permanentes de seguimiento, así como la evaluación de las mismas.

A pesar de los esfuerzos por parte del gobierno para lograr que los objetivos se cumplieran y generar el impacto de disminuir 15% la mortalidad prematura por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años, los resultados fueron desalentadores. Con base en lo anterior, Felipe Calderón despidió su administración asegurando que había sido el sexenio de la salud, pero las cifras no decían lo mismo. De acuerdo a un artículo publicado por *El Poder del Consumidor A.C* (2012), la estrategia en el sexenio de Calderón para combatir la obesidad y sobrepeso en México fracasó y murieron cerca de 500,000 personas por la diabetes, además de los gastos generados; el costo total de la diabetes en nuestro país pasó de \$2,970 millones de pesos en el 2003 a \$8,836 millones de pesos en el 2010, un aumento de más de 290% en sólo siete años.

El director de *El Poder del Consumidor A.C* Calvillo señaló poner mayor énfasis en gobiernos posteriores, en la publicidad de los refrescos y la comida chatarra. Además de ello propuso se obligara a tener un etiquetado que realmente orientara a los consumidores y advirtiera de los riesgos que representa el consumo

regular de productos como los refrescos y establezca un impuesto a los refrescos para destinar esos recursos a la introducción de agua potable en escuelas y espacios públicos, así como para atender las consecuencias de la diabetes que no son cubiertas por el seguro popular como es el caso de la diálisis.

2.3.2 Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA).

Ante la evidente necesidad de establecer políticas públicas de salud para contrarrestar la obesidad y el sobrepeso el 25 de Enero del 2010 se establece el “Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA)”. Se puso en marcha la Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad en el cual se establecieron diez objetivos principales que fueron orientados a las personas, así como a la industria y la planta productiva:

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo, con ayuda de los sectores público, privado y social.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y consumo de agua potable.
3. Disminuir el consumo de grasas y azúcar en bebidas.
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, para lo cual será necesario aumentar la disponibilidad y acceso a estos productos y promover su ingestión.
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y favorecer la alimentación complementaria adecuada a partir de los seis meses de edad.
7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros, aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos.
8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.

9. Orientar a la población sobre el control del tamaño de las porciones recomendables de los alimentos, poner a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluir tamaños de porciones reducidas en restaurantes y expendios de alimentos.
10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio.

Retomando lo anterior se analiza que los primeros seis objetivos van orientados a la voluntad propia; con ello se pretende que la población se concientice y elija lo que es correcto para su salud. En ellos se describe el fomento a la actividad física, el consumo de agua potable, frutas y verduras, llevar una dieta sana libre de grasas y azúcares. Contrario a ello los otros cuatro objetivos son orientados a la participación del gobierno, de los sectores sociales, de la industria alimentaria y restaurantera. La finalidad de establecer esos objetivos fue precisamente disminuir la cantidad de azúcares y sodio añadidos a los alimentos, reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial, orientar al consumidor en la preparación casera de los alimentos y fomentar en él que vigile el tamaño de las porciones.

El Acuerdo además establece cuatro acciones que se consideraron como requerimiento fundamental para lograr cada uno de los diez objetivos consensuados:

1. *Información, educación y comunicación*: promover el acceso a la información y la toma de decisiones educadas y basadas en evidencia en la población, para mejorar la calidad de su alimentación, incrementar la actividad física y, en general, promover estilos de vida saludables.
2. *Abogacía, correulación y regulación*: con la participación de autoridades, la sociedad civil y la industria, promover una alimentación correcta y la mayor actividad física.
3. *Monitoreo y evaluación*: el seguimiento y evaluación de cada objetivo y sus acciones es necesario para identificar oportunidades de mejoramiento, asegurar el cumplimiento de las acciones y corregir posibles fallas.

4. *Investigación:* existe una agenda de investigación básica, clínica, epidemiológica y de sistemas de salud para sustentar la toma de decisiones sobre prevención de obesidad y enfermedades crónicas.

La importancia de estas acciones para lograr los objetivos fue el trabajo en equipo. Asimismo, tanto el Gobierno tiene la responsabilidad de participar en acciones que lleven a bajar la incidencia de sobrepeso y obesidad como también la Industria Alimentaria. Los sectores de salud tanto público como privado trabajarían en conjunto adoptando medidas para el combate de la obesidad, Asimismo la población haría lo necesario y no hacer caso omiso a las recomendaciones que se prescriban. Todo ello se lograría teniendo un monitoreo y evaluaciones constantes de cada objetivo establecido en el Acuerdo, todo ello con la finalidad de identificar oportunidades o bien errores que se estén cometiendo y que infrinjan en el objetivo principal.

Derivado del ANSA se estableció el Programa de Acción en el Contexto Escolar que se trabajó en conjunto la Secretaría de Salud (SS) y la Secretaría de Educación Pública (SEP). El programa fue publicado el día 23 de agosto de 2010 en el Diario Oficial de la Federación, el acuerdo principalmente fue establecer los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica. El propósito de dicho acuerdo fue promover una nueva cultura de salud en los alumnos de educación básica, generar hábitos alimenticios saludables, de tal manera que se promueva que en los establecimientos de consumo escolar de los planteles se preparen alimentos y bebidas que faciliten una alimentación correcta, todo esto con el propósito de revertir el sobrepeso y la obesidad y así tengan una mejor calidad de vida (Diario Oficial de la Federación, 2010).

De acuerdo a una evaluación realizada por *El Poder del Consumidor A.C.*, “El fin del Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria (ANSA) y la necesidad de una ley y política integral de combate a la obesidad”, acerca del impacto que generó el ANSA en la población mexicana, considera que dicho acuerdo es débil, y fracaso frente a la dimensión del problema de la obesidad; la falta de sanciones, de

estrategia, obligatoriedad, de recursos, de seguimiento y evaluación, e incluso la falta de interés y compromiso de todas las partes fueron punto clave para su fracaso y el no cumplimiento de los diez objetivos establecidos.

El análisis de evaluación que hace *el poder del consumidor A.C.* comienza evaluando el incumplimiento de las 17 dependencias gubernamentales que firmaron el acuerdo, algunas de ellas realizaron compromisos en el ANSA que al solicitarles que informaran sobre sus avances señalaron que no les competía. La Secretaría de Salud no cumplió con las metas establecidas para el 2010, ni para el 2011, esto debido a que no se contó con los recursos necesarios. Dado el carácter no obligatorio del Acuerdo no hubo forma de obligar a las dependencias a cumplir sus compromisos.

Otro punto muy importante que resalta *el poder del consumidor A.C.*, para poder contrarrestar el problema de obesidad, son los intereses empresariales. La industria estaba comprometida a tres aspectos principales: reformular productos ya existentes para mejorar su calidad y desarrollar e innovar nuevos productos, proveer a los consumidores de información más clara sobre composición nutricional de los productos, adoptar medidas voluntarias en mercadotecnia y publicidad, especialmente la dirigida a los niños, y promover actividad física y estilos de vida saludables. De estos puntos, sólo se promovía la actividad física durante comerciales, pero eso no bastaba si se seguía promocionando productos supuestamente mejorados y de calidad, cuando no era así, sino todo lo contrario.

A pesar de todas las acciones que se llevaron a cabo en este sexenio, no fue suficiente para contrarrestar el índice de muertes por obesidad (enfermedad relacionada al exceso de sobrepeso), con base a esto, un artículo publicado por el diario *el economista*, durante la administración de Felipe Calderón Hinojosa murieron 500,000 personas, el aumento en comparación al pasado sexenio fue de casi 35%. El alto índice de mortalidad por diabetes en México se debe en gran medida a la falta de políticas de prevención y atención médica, así como de una mala asistencia a los pacientes.

CAPITULO III

OBESIDAD Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN MÉXICO EN EL PERIODO 2013-2018

El capítulo III es el objeto de estudio de esta investigación, en él se desarrolla a profundidad el Programa de Acción Específico: Obesidad y Riesgo Cardiovascular 2013-2018. Como primer momento se realiza un análisis de las Políticas Públicas de Salud referentes a atender el tema de la obesidad en México en el gobierno de Enrique Peña Nieto. Dado el incremento de obesidad y Enfermedades Crónicas No transmisibles que se suscitaban en gobiernos anteriores, en 2013 la administración de Peña Nieto implemento una Estrategia Nacional para prevenir y controlar el sobrepeso, la obesidad y la diabetes.

Con la finalidad de atender la implementada Estrategia Nacional surgen Programas de Salud Específicos. Es por medio del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) que se implementan dichos programas, tal como el Programa de Acción Específico (PAE) Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular.

Así mismo se analiza la vinculación que tuvo el PAE Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular con el Plan Nacional de Desarrollo PDN 2013-2018. Cabe resaltar que El PAE se alinea al PND 2013-2018 dando cumplimiento a la Meta Nacional "México Incluyente". De la misma manera el PAE se vinculó con el Programa Sectorial de Salud PROSESA 2013-2018.

Otro subtema de relevancia fue enunciar los elementos constitutivos del programa donde se expone la organización que se planeó; los objetivos, estrategias y líneas de acción. Así como los propósitos cualitativos y cuantitativos, donde las instituciones del Sistema Nacional de Salud determinan ciertas actividades y procesos, en donde se medirán los resultados a corto y largo plazo.

Posteriormente se analizan las diversas evaluaciones que se realizaron para medir el nivel de prevalencia de obesidad en México. Se recabaron datos estadísticos de distintas dependencias, tales como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, el Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL), el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la misma Secretaría de Salud (SS).

Finalmente para cerrar el capítulo III se analiza el impacto que género Programa de Acción Específico (PAE) Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular, en la población objetivo. Se hace una recopilación de entrevistas a personal de salud proveniente del Hospital General Dr. Eduardo Liceaga especialistas en temas de Obesidad y Riesgo Cardiovascular, dando así su aportación a la investigación de acuerdo a su experiencia en el área.

3.1 Diagnóstico de la obesidad en México en el periodo del Presidente Enrique Peña Nieto

Con el análisis de diversas Encuestas Nacionales, en México fue posible considerar el problema de la obesidad como prioritario en la agenda nacional de salud, comprendiendo la magnitud y asociación que tiene con otros factores de riesgo. Dicha enfermedad fue considerada como una epidemia en México, debido al incremento que hubo en los últimos años.

En el año 2000 un 24% de la población adulta tenía obesidad, para 2006 de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT, se obtuvo que cerca del 30% de adultos mayores de 20 años tenían obesidad, lo que ubicó a México a estar entre uno de los países con mayor prevalencia en sobrepeso y obesidad. El aumento de número de personas con sobrepeso y obesidad aumentó un 12% en solo seis años, por lo que el incremento anual fue aproximadamente del 2%.

Para 2012 el aumento de sobrepeso fue considerable al haber cerca de 26 millones de adultos con esta enfermedad y 22 millones con obesidad, aproximadamente un 32.4%. Aunado a esto la esperanza de vida en México fue de las más bajas, donde en promedio estaban entre los 73.3 a 74.2 años en comparación con los otros países miembros de la OCDE que era de 77.1 a 80.1 años. En 2013 se consideró que poco más del 70% de la adultos de entre los 30 y 60 años, sufrían de sobrepeso.

Cabe resaltar que la prevalencia de obesidad fue mayor en la mujeres considerando un 34.5%, que en los hombres con un porcentaje de 24.2%. Lo contrario a personas con sobrepeso, donde se dejó ver que los hombres tuvieron un mayor porcentaje 42% que las mujeres con 35.5%. Combinando las cifras porcentuales, se deja claro que la prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de solo 3.6 puntos más en mujeres (73%) que en hombres 69.4%.

De acuerdo a un artículo donde se analiza la prevalencia de obesidad y sobrepeso de 2000 a 2012 (Barquera, Campos, Hernández, Pedroza y Rivera, 2013) el grupo con mayor número de personas con obesidad, eran los que se encontraban entre los 40 y 49 años 40.5%. Se pudo observar que las personas adultas de 50 a 59 años 14.3% eran quienes contaban con mayor prevalencia de obesidad grado II y III, considerados los grados más altos.

Considerando a la población que estaba afiliada a un servicio de salud público o privado, se obtuvo que la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, se encontraba en los derechohabientes del ISSSTE (76.3%). En segundo lugar se encontraban los derechohabientes del IMSS (74.4%), seguidos de los beneficiarios de servicio de salud de PEMEX, la Secretaria de Marina e instituciones privadas (72.6%) y los del Seguro Popular con (69.9%). Se destaca que la población con menor prevalencia de sobrepeso y obesidad, fueron aquellos que no contaban con algún servicio de salud (67.6%).

Pero la población infantil no se quedó atrás, México ocupó el cuarto lugar a nivel mundial con mayor prevalencia de niños con obesidad, aproximadamente

28.1% en niños y 29% en niñas. De acuerdo con la ENSANUT de 1998 a 2012 hubo un ligero aumento en el número de casos de sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años, pasó de 7.8% a 9.7%, casi 2 puntos porcentuales. Cabe resaltar que la cifra de niños de 5 a 11 años de edad con sobrepeso y obesidad en etapa escolar fue de 5, 664, 870 a nivel nacional. Por otra parte, se consideró que 35% de los adolescentes de entre los 12 y 19 años de edad sufrieron sobrepeso y obesidad, lo que representó cerca de 6, 325, 131 a nivel nacional.

De acuerdo a la ENSANUT 2012, el 58.6% de los niños y adolescentes de 10 a 14 años no realizaban ninguna actividad, 38.9% realizó una o dos actividades y 2.5% más de tres actividades. De acuerdo con la clasificación de la OMS, en México 22.7% de los adolescentes entre 15 y 18 años son inactivos, 18.3% son moderadamente activos y 59% son activos. En adultos de 20 a 69 años la inactividad física fue más notable y esta su vez aumentó casi 47.3% de 2000 a 2012

Dada la magnitud de la problemática de obesidad que se vivía, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba que para el año 2015 habría aproximadamente 2 millones 300 mil adultos con sobrepeso, poco más de 700 millones de personas con obesidad y más de 42 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso. De acuerdo a estudios realizados por la OCDE, se estimó que para el año 2020 dos de cada tres personas tendrían sobrepeso u obesidad.

Considerando un estudio publicado por el IMSS (Barrera, Rodríguez y Molina, 2013) se obtuvo que las Enfermedades Crónicas No Transmisibles ECNT tiene una gran incidencia en las causas de muerte. En dicho estudio se observó que el 75% es el porcentaje de muertes causadas por dicho padecimientos e incluso no solo se habla de muertes, sino de años de vida perdidos en cuanto a la calidad y salud de misma. De acuerdo a estadísticas regionales se menciona que en América Latina una de las enfermedades común entre los mayores de 50 años es el Síndrome Metabólico (SM).⁴

⁴ El Síndrome Metabólico (SM) es un conjunto de anormalidades metabólicas consideradas como un factor de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular y diabetes.

Pero las enfermedades cardiovasculares, de acuerdo a la OMS (2017), fueron consideradas la principal causa de muerte a nivel mundial. De acuerdo a datos estadísticos en 2015 se calculó que murieron por enfermedades cardiovasculares cerca de 17.7 millones de personas, por lo que representó el 31% de todas las muertes registradas a nivel mundial; 7.4 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria y 6.7 millones a los accidentes vasculares cerebrales. Se prevé que para el año 2030 los decesos por enfermedades cardiovasculares sigan siendo la principal causa de muerte, considerando cerca de 23.3 millones de muertes al año.

La obesidad es considerada una enfermedad que disminuye la esperanza y calidad de vida⁵, aproximadamente entre 6 y 20 años menos. De acuerdo a la revista publicada por el IMSS en 2013, al año morían 2.8 millones de personas a causa del sobrepeso y la obesidad. Se consideró que las personas que tenían obesidad grave; considerando que se tenían más de 15 kg más de peso; morían 8 o 10 años antes que una persona con peso normal.

Cabe mencionar que el problema de la obesidad afecta directamente e indirectamente la economía del país y de la población mexicana. De 2000 a 2008 el costo directo anual incrementó un 61%, pasando de 26, 283 millones de pesos a 42, 246 millones de pesos. En 2008 el costo directo fue de 42, 000 millones de pesos, se utilizó el 13% del gasto total en salud y un 0.3% del Producto Interno Bruto (PIB); en 2013 se utilizó del 1 al 3% del total de gastos de atención médica en la mayoría de los países. Se estimó que para 2017 el costo directo de la obesidad se encontrara entre los 78, 000 millones, un incremento del 86%.

Una persona con sobrepeso genera mayor gasto en servicios de salud que una persona sana; debido a las enfermedades que se generan como la diabetes, el cáncer, las cardiovasculares, entre otras. En 2011 la población en México pagó

⁵ La **esperanza de vida** es definida como aquel cálculo demográfico sobre la edad media que pueden alcanzar los individuos de una población en una época determinada. La **calidad de vida** es aquella percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

directamente una mayor cantidad de dinero para su salud, comparado con el 20% de los países miembros de la OCDE.

Los gastos indirectos tienen mayor porcentaje comparado con los directos; de 2000 a 2008 la cifra aumentó de 9, 146 millones de pesos a 25, 099 millones de pesos. El incremento se refleja en el porcentaje de aproximadamente 13.51% anual. Cabe resaltar que un gasto indirecto refiere a la poca productividad que genera una persona con obesidad durante su tiempo de trabajo, debido al ausentismo, bajas laborales e incluso el alta tasa de mortalidad a temprana edad.

En conclusión, la suma total del costo directo e indirecto que generó el sobrepeso y la obesidad del año 2000 a 2008 fue de 35, 429 millones de pesos a 67, 345 millones de pesos. De acuerdo a la revista publicada por el IMSS en 2013, se estimó que para el 2017 ascendería la cifra a 150, 860 millones de pesos. Con base a un análisis por parte de la OCDE (2011) una estrategia para combatir la obesidad sería efectiva y evitaría que al año 55, 000 muertes por dicha enfermedad disminuyeran. El costo anual per cápita que costaría para implementar la estrategia sería de \$12 USD en México.

A raíz de las estadísticas y estudios que a través de los últimos años han demostrado que la obesidad y el sobrepeso son un grave problema para la salud de la población, fue primordial ejecutar acciones que priorizaran la atención de esta enfermedad. Es a través de las Políticas Públicas de Salud que se diseñaron e implementaron que se comenzó a poner énfasis en una de las enfermedades que se puede prevenir.

Cabe resaltar que México se colocó entre los primeros lugares de obesidad y sobrepeso. Desafortunadamente fueron en aumento las cifras y no se pudo disminuir que la mayoría de población sufriera esta enfermedad. Lo curioso es que es una enfermedad que puede prevenirse, y aunque existen diversos factores que lo detonan (factores genéticos, falta de ejercicio, una mala alimentación, el sedentarismo, el estrés y el mal sueño) a la gente le preocupa más verse bien, que le quede la ropa o cambiar su aspecto, que preocuparse seriamente en su salud.

Cabe mencionar que las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y algunos cánceres provocados por la obesidad y el sobrepeso, fueron una de las principales causas de muerte.

La falta de atención que hubo por parte del gobierno, considero que también fue un factor para que la obesidad y el sobrepeso se aceleraran de manera gigantesca. No se prestó la suficiente atención en atender la problemática que se estaba suscitando, tanto que no se declaraba que la obesidad y el sobrepeso eran los principales causantes de enfermedades graves y por ende de mayor casos de muertes.

Por ello fue considerable tomar medidas para priorizar la problemática del sobrepeso y la obesidad. Es en 2013 cuando se implementa una Estrategia Nacional para prevenir y controlar el sobrepeso, la obesidad y la diabetes. A raíz de la implementación de la estrategia surgen Programas de Salud Específicos a través del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), tal como, el Programa de Acción Específico (PAE) Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2013-2018.

3.2 Diseño del Programa “Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular

Ante la emergencia sanitaria que se iba suscitando, en 2013 Peña Nieto lanzó un comunicado donde presentó la *Estrategia Nacional para la prevención y el control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. El principal objetivo fue mejorar el bienestar de la población disminuyendo el incremento de sobrepeso y obesidad en los mexicanos; la finalidad fue revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, a través de intervenciones de salud pública.

En la Estrategia Nacional se planteó la integración de tres pilares y seis ejes estratégicos (cuadro 7), orientados a cumplir sus objetivos.

Cuadro 7. Descripción de la integración de los tres pilares de la Estrategia Nacional.

<i>PILARES</i>	<i>DESCRIPCION DEL PILAR</i>	<i>EJE ESTRATÉGICO</i>
<i>Salud Pública</i>	A través de la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud, campañas de educación y acciones preventivas, se buscó preservar la salud de los mexicanos.	1.- Investigación y evidencia científica. 2.- Corresponsabilidad. 3.- Transversalidad. 4.- Intersectorialidad. 5.- Evaluación. 6.- Rendición de Cuentas.
<i>Atención Médica</i>	Acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud, brindando atención oportuna, infraestructura de calidad y abasto de medicamentos. La implementación de diversas tecnologías que faciliten y mejoren la accesibilidad a los diferentes servicios que brindan las unidades de la salud. Capacitación del personal del sector salud, así como fomentar la investigación y la generación de evidencia científica.	
<i>Regulación sanitaria y política fiscal</i>	Promover distintas medidas para concientizar la salud, estableciendo ciertas reformas en materia de publicidad de alimentos y bebidas de manera particular la dirigida al público infantil, además de impulsar políticas fiscales que disminuyan el consumo de alimentos con escaso valor nutricional.	

Fuente: Elaboración propia, con base en Secretaria de Salud, 2013, p.58-59.

El cuadro anterior básicamente describe la estructura de la Estrategia Nacional, basándose en tres pilares. Como primer rubro esta la *Salud Pública* la cual la principal tarea es preservar la salud a través de la promoción de una alimentación saludable, además el monitoreo de personas que presentaban factor

de riesgo y el fomento de la prevención. El siguiente pilar es la *Atención Médica*, donde se pretendía dar acceso efectivo y de calidad a servicio de salud, Asimismo la capacitación del personal de salud, abasto de medicamentos, entre otros. Finalmente un tercer pilar es la *Regulación Sanitaria y Política Fiscal*, donde se promovió establecer medidas para la disminución del consumo de alimentos y bebidas con escaso valor nutricional, a través de reformas del etiquetado y publicidad de estos.

Tras declararse la Estrategia Nacional, tiempo después se fue llevaron a cabo programas preventivos donde se realizaron campañas educativas, promoviendo una difusión en los medios de comunicación sobre una alimentación saludable y la activación física. La Reforma Educativa fue aprobada y en ella se establecía la prohibición de la comida chatarra en las escuelas; se aprobó un impuesto a bebidas azucaradas y alimentos poco saludables; el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) además contaba con programas preventivo de monitoreo de diabetes mellitus, entre otros.

A raíz de la estrategia Nacional y preservando los objetivos que se tenían establecidos, surge el Programa de Acción Especifico (PAE) Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2013-2018. Los objetivos específicos del programa a grandes rasgos fueron prevenir la obesidad y el riesgo cardiovascular para tratar y controlar la enfermedad y así evitar que hubiera mayores complicaciones; el aumento de personas adultas mayores de 20 años que llevaban un control en el tratamiento de hipertensión arterial; la promoción de la actividad física y la sana alimentación; una atención medica de calidad a pacientes para disminuir la morbilidad y mortalidad por obesidad y riesgo cardiovascular.

Cabe destacar que el diseño del PAE Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2013-2018, así como de cualquier otro programa social o de salud, la característica especial es que haya un problema público que afecte a la población, para que el gobierno pueda intervenir y tratarlo. Por ello, se hace un diagnóstico de la situación de la problemática, que desde años atrás con la ayuda de estadísticas y estudios fue que se logró considerar a la obesidad como una de

las enfermedades más graves de los últimos tiempos y así analizar la factibilidad del programa y la estrategia de operaciones que se llevará a cabo.

La creación de este programa surge de la necesidad de tratar específicamente la obesidad y el riesgo cardiovascular, que fueron los principales detonantes de mayores casos de muertes en México. Como se describió anteriormente las cifras fueron en aumento; se propuso disminuir el número de casos y que se atendiera a la población que ya estaba enferma. Todo ello para tener una buena calidad de vida y que se lograra mantener y mejorar la salud de la población.

3.2.1. Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud 2013–2018.

Considerando que todos los actores deberían participar en el cumplimiento de ciertos objetivos a nivel nacional, el Programa de Acción Específico (PAE) Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2013-2018 se vinculó con ciertas metas del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y del Programa Sectorial de Salud, correspondiente al periodo 2013-2018. El Plan Nacional de Desarrollo, es uno de los documentos de mayor importancia, en él se exponen los objetivos de las políticas públicas, entre ellas las de salud, estableciendo acciones específicas para dar cumplimiento a estos; asimismo se proyectan los indicadores para medir los avances que se han obtenido.

El PAE se alineó al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 dando cumplimiento a la Meta Nacional “México Incluyente”; se vinculó en su objetivo de asegurar el acceso a los servicios de salud, donde el PAE se hizo presente con sus cuatro objetivos establecidos.

Cuadro 8. Alineación del PAE con el PND 2013-2018.

<i>Meta Nacional</i>	<i>Objetivo de la Meta Nacional</i>	<i>Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional</i>	<i>Objetivo del PAE</i>
2. México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.	1. Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.
		2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	3. Impulsar en las entidades federativas la promoción de la actividad física y alimentación correcta que motiven la adopción de conductas saludables.
		2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	2. Incrementar el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control con hipertensión arterial en tratamiento.
		2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	4. Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad y mortalidad por obesidad y/o riesgo cardiovascular.
		2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.	

Fuente: Secretaría de Salud 2013, p.42.

El cuadro 7 muestra los objetivos del PAE dando cumplimiento de los objetivos de la Meta Nacional. El principal objetivo fue asegurar el acceso a los servicios de salud; esto se llevaría a cabo a través del mejoramiento de atención a la población, la prevención y detección oportuna de obesidad y riesgo cardiovascular. Asimismo impulsando a la entidades federativas a promover la actividad física y la sana alimentación para disminuir la morbilidad y mortalidad por personas con obesidad y riesgo cardiovascular.

Considerando dar cumplimiento a la problemática de la obesidad, el PAE de la misma manera tuvo alineación con el Programa Sectorial de Salud (PROSESA)

2013–2018 con ciertos objetivos (cuadro 9). Asimismo sus estrategias y líneas de acción. Cabe señalar que el Programa Sectorial de Salud es aquel instrumento donde el Gobierno formula estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de Salud se establecen en el PND 2013-2018.

Cuadro 9. Alineación del PAE con el PROSESA 2013-2018.

<i>Objetivo del PROSESA</i>	<i>Estrategias del PROSESA</i>	<i>Objetivo del PAE</i>
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.	3. Impulsar en las entidades federativas la promoción de la actividad física y alimentación correcta que motiven la adopción de conductas saludables.
	1.2. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.	1. Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral.	4. Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad y mortalidad por obesidad y/o riesgo cardiovascular.
	2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.	
	2.3. Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales.	1. Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.
	2.6. Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad.	
	2.7. Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.	2. Incrementar el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control con hipertensión arterial en tratamiento.

Fuente: Elaboración propia, con base en Secretaria de Salud, 2013, p.43-44.

Los objetivos que estableció el PROSESA se alineaban perfectamente con los objetivos que el PAE planteó. Estos a su vez daban cumplimiento a lo que fue la

Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, a través de ciertas estrategias que se establecieron para su cumplimiento. Algunas de las estrategias que estableció el PROSEAS fueron la promoción de conductas saludables, la prevención de la Obesidad y el Sobrepeso, el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud; estas a su vez se vinculaban con los objetivos establecidos por el PAE.

Para que el problema del sobrepeso y la obesidad pudiera ser resuelto, fue necesario la actuación de diversos actores y en su caso de ciertos programas de salud que de manera conjunta establecieron objetivos, estrategias y acciones que fueron ejecutadas para cumplir con la meta principal que era disminuir o evitar la obesidad y el sobrepeso en la población. Anteriormente se expusieron dos principales documentos con los cuales tuvo vínculo el PAE y que estos a su vez tenían como propósito cumplir con los objetivos de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

3.2.2. Elementos constitutivos del programa

Esta parte fue fundamental del programa, aquí se expone la organización que se planeó; los objetivos, estrategia y líneas de acción. Ellos fueron el marco clave para atender lo que el Programa de Acción Específico (PAE) Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2013-2018 había proyectado.

El programa se rigió por cuatro objetivos generales:

1. Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.

Dado que el problema de obesidad y sobrepeso había ido en aumento en los últimos años, el primero objetivo fue comenzar a fortalecer la prevención para fortalecer y evitar que surgieran nuevos casos de dicha enfermedad. Fue necesario reforzar la capacitación del personal de salud, impulsando la prevención y el control de estas enfermedades.

Para lograr que se cumpliera este objetivo se establecieron una serie de acciones. Se promovió desarrollar modelos, programas y crear organismos colegiados para la prevención y control de las ECNT. Asimismo realizar auditorías y evaluar las actividades hechas por el Sistema Nacional de Salud, por lo que se planteó una capacitación del adecuado manejo de personas con obesidad y riesgo cardiovascular al personal de salud.

2. Incrementar el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control con hipertensión arterial en tratamiento.

El principal objetivo, fue acercar a personas que ya padecían obesidad y por consecuencia hipertensión arterial a tener un control de su enfermedad y así evitar creciera el número de morbilidad y mortalidad. Por ello la estrategia fue incrementar el abasto de medicamentos y recursos humanos para una mejor atención de obesidad y riesgo cardiovascular.

Las acciones para cumplir este objetivo fueron la supervisión del cumplimiento de las Unidades Médicas de Especialidades en Enfermedades Crónicas UNEME EC, dedicadas al control de diabetes, la obesidad y el riesgo cardiovascular. Se promovió la gestión de establecer plantillas para la atención de pacientes en las distintas entidades federativas; así como el abasto de medicamentos de forma oportuna y completa a personas de primera línea que padecían dichas enfermedades.

3. Impulsar en las entidades federativas la promoción de la actividad física y alimentación correcta que motiven la adopción de conductas saludables.

Fue de suma importancia impulsar la promoción de la actividad física, así como la sana alimentación en todos los niveles de la entidad federativa; dado que la obesidad es una enfermedad que puede prevenirse y con ello evitar Enfermedades Crónicas No transmisibles. La estrategia fue crear acciones que contribuyeran a adoptar conductas saludables en la población.

Por ello se estableció que en las escuelas, trabajos, comunidades y en eventos masivos se difundieran las recomendaciones adecuadas de una

alimentación saludable. Asimismo la capacitación al personal de salud en cuanto a actividad física y una alimentación correcta. Se promovió la orientación y consejería para el autocuidado y con ello identificar factores de riesgo; así como la creación de espacios para llevar a cabo la actividad física con perspectiva de género.

4. Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad y mortalidad por obesidad y/o riesgo cardiovascular.

La estrategia fue que se fortaleciera la recopilación de datos de aquellas personas que padecieran obesidad y riesgo cardiovascular, con la finalidad de que la toma de decisiones fuera precisa. Para dar cumplimiento se estableció el monitoreo de casos nuevos de obesidad y riesgo cardiovascular; así como el desarrollo de campañas educativas a nivel federal, que promovieran la prevención de ECNT, impulsando la detección oportuna de sobrepeso y obesidad.

Algo que caracterizó el programa fue enfocar las acciones de alimentación saludable y actividad física a mujeres y hombres, reconociendo sus diferencias biológicas, físicas y sociales, dando cumplimiento a la Estrategia Transversal y Perspectiva de Género del PND 2013-2018. En la exposición anterior se logró analizar cuáles fueron los cuatro objetivos que estableció el PAE y la esencia que estos tenían.

3.2.3 Propósitos cualitativos y cuantitativos

Dando cumplimiento a la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes y al PAE Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular 2013-2018; las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, determinaron ciertas actividades y procesos, en donde se medirían los resultados a corto y largo plazo, mediante diez indicadores con sus respectivas metas.

Cuadro 10. Indicadores y metas del PAE

<i>Objetivo del PAE</i>	<i>Indicador</i>	<i>Periodicidad</i>	<i>Metas Sexenales</i>
Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones.	1.- Porcentaje de detección de hipertensión arterial en población de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.	<i>Trimestral</i>	33%
	2.- Porcentaje de detección de dislipidemias, en población de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.	<i>Trimestral</i>	7%
	3.- Porcentaje de detección de obesidad, en población de 20 años y más, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	<i>Trimestral</i>	33% anual
Incrementar el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control con hipertensión arterial en tratamiento.	4.- Incremento de casos de hipertensión arterial que ingresan a tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de salud.	<i>Anual</i>	40%
	5.- Porcentaje del control de la hipertensión arterial en la población de 20 años y más en tratamiento, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.	<i>Trimestral</i>	60%
Impulsar en las entidades federativas la promoción de la actividad física y alimentación correcta que motiven la adopción de conductas saludables.	6.- Contener el porcentaje de obesidad en hombres y mujeres de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.	<i>Sexenal</i>	<32.4%
	7.- Incremento de casos de obesidad que ingresan a tratamiento responsabilidad de la Secretaría de Salud.	<i>Anual</i>	40%
	9.- Incremento de casos de dislipidemias que ingresan a tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	<i>Anual</i>	35%

Propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad y mortalidad por obesidad y/o riesgo cardiovascular.	8.- Porcentaje del control de la obesidad en la población de 20 años y más en tratamiento responsabilidad de la Secretaría de Salud.	<i>Trimestral</i>	40%
	10.- Porcentaje del control de dislipidemias en la población de 20 años y más en tratamiento, responsabilidad en la Secretaría de Salud.	<i>Trimestral</i>	60%

Fuente: Elaboración propia, con base en Secretaria de Salud, 2013, p.51-60.

En el (cuadro 10) se enmarcan los diez indicadores que se implementaron y que a su vez fueron guía para dar cumplimiento al PAE y a la Estrategia Nacional. Se colocaron los indicadores de acuerdo a cada objetivo que se estableció en el programa; así como la periodicidad, que establecía en qué determinado tiempo se tenía que evaluar esos indicadores y con ello ver que se cumpliera las metas que se establecieron.

El indicador 1 se refiere al porcentaje de detecciones de hipertensión arterial en población de 20 años y más, la meta era pasar de 23% al 33%. El indicador 2 se refiere al porcentaje de detecciones de dislipidemias (alteración de colesterol total o triglicéridos) en población de 20 años y más. El indicador 3 se refiere al porcentaje de detecciones de obesidad en población de 20 años y más. El indicador 4 describe los casos de hipertensión arterial que ingresan a tratamiento en la población de 20 años y más. Se considera incrementos anuales, como metas intermedias; estos se irán acumulando hasta alcanzar el 40% en 2018.

El indicador 5 mide el control de la hipertensión arterial en la población en tratamiento población de 20 años y más, la meta sexenal fue llegar a 60%. El indicador 6 mide la diferencia de prevalencia de obesidad en el año 2018 en la población de 20 años y más en el Sistema Nacional de Salud respecto a la obtenida en el año 2012. El indicador 7 describe los casos de obesidad en la población de 20 años y más que ingresan a tratamiento. Se consideran incrementos anuales, como metas intermedias; estos se irán acumulando hasta alcanzar el 40% en 2018.

El indicador 8 mide el control de la obesidad en la población de 20 años y más responsabilidad de la Secretaría de Salud. El indicador 9 describe los casos de dislipidemias que ingresan a tratamiento en la población de 20 años y más. Se consideran incrementos anuales, mismos que se visualizan en la parte de abajo como metas intermedias, estos se irán acumulando hasta alcanzar el 35% en el 2018. El indicador 10 Control de dislipidemias en la población de 20 años y más en tratamiento.

Tener un marco de referencia el cual sea guía para llevar a cabo acciones que ayuden a dar cumplimiento a los objetivos, es posible a través de establecer indicadores y metas. Tomando en cuenta que los objetivos son aquellas situaciones a las que se pretende llegar y por lo cual se expresan el propósito central del programa, es indispensable establecer metas, diseñadas a partir de indicadores. En párrafos anteriores se expusieron los cuatro objetivos establecidos por el PAE y los indicadores y metas, que dejaron ver la correcta interpretación de lo que se intentó lograr.

3.3. Evaluación del programa “Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2012-2018”

Para llevar a cabo la siguiente evaluación del Programa de Acción Específico: Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular en el periodo 2013-2018, se realizaron una serie de entrevistas a Informantes Clave⁶. La información recabada fue fundamental para la investigación, todo ello gracias a las entrevistas que fueron realizadas a personal de salud operativo y que participaron de forma directa e indirecta en acciones y programas de salud dirigidos al control y disminución de prevalencia de obesidad y sobrepeso. Asimismo se analizaron los resultados establecidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2018.

⁶ Son aquellas personas que por sus vivencias, capacidad de empatizar y relaciones que tienen en el campo pueden apadrinar al investigador convirtiéndose en una fuente importante de información a la vez que le va abriendo el acceso a otras personas y a nuevos escenarios.

El Programa de Acción Específico: Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular en el periodo 2013-2018, surge del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) para dar atención a la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Cabe destacar que no existe una evaluación específica por parte de alguna institución. Por ello se lleva a cabo el análisis de algunas evaluaciones y encuestas realizadas por parte de instancias evaluadoras, institutos nacionales y de la Secretaría de Salud.

El CONEVAL realizó una serie de evaluaciones al diseño de programas dirigidos a la prevención de la obesidad. En 2010 surge el programa “Prevención contra la obesidad” integrado al programa presupuestario P019; sin embargo en 2011 el programa cambia de clasificación a la modalidad U008 manteniendo el mismo nombre. En 2014 el programa cambia de nombre “Prevención y Control del sobrepeso, obesidad y diabetes.” Cabe destacar que estos programas también fueron establecidos para atender la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

Las evaluaciones que realizó el CONEVAL se realizaron en 2014 y 2015 para monitorear los programas “Prevención contra la obesidad” y “Prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes”. En dichas evaluaciones al diseño del programa se detectarían fortalezas, debilidades y oportunidades para mejorar su ejecución. Uno de los hallazgos que se detectaron fue el porcentaje de personas atendidas, en 2014 la cobertura en 32 entidades llegó a 26, 237, 197 mujeres atendidas y 13, 772, 950 hombres. Resalto un dato muy importante al haber un excesivo porcentaje de población de 20 años y más con control de obesidad superando las metas establecidas de 32% y 90%. En los datos se detectó un mal manejo en la cuantificación de la Población Atendida (PA) y la Población Objetivo (PO); para medir población potencial y PO se utiliza número de personas como unidad de medida, para medir PA se utiliza número de detecciones o pruebas de tamizaje.

Otro hallazgo relevante fue la desarticulación del nombre, debido a la forma en que se distribuye el presupuesto y los indicadores de resultados. Cuando en

2014 el programa se denominaba "Prevención contra la obesidad", este mismo realizaba acciones en torno a detección, tratamiento y control de sobrepeso, diabetes, dislipidemias y problemas cardiovasculares. Sin embargo, los indicadores de resultados, derivan del nombre original que sólo se enfocaba en el control del sobrepeso y excluía a las demás enfermedades crónicas no transmisibles. Sería conveniente que los indicadores reflejen las acciones llevadas a cabo por el programa y no sólo aquellas en torno al tema de obesidad.

Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Secretaría de Salud (SS) llevaron a cabo en 2018 la ENSANUT. Estas encuestas son realizadas con la finalidad de conocer el estado de salud y las condiciones nutricionales de la población al término de cada sexenio de gobierno. El estudio fue realizado a un total de 126.3 millones de personas, entre las cuales la población de 0-4 años representaba un 7.7%; la población de 5-9 años representaba el 8.8%; la población de 10-19 años el 18.1% y la población de 20 años y más el 65.4%.

De manera general, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad no disminuyó; a nivel Nacional el porcentaje de obesidad y sobrepeso de personas de 20 años y más fue de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), mientras que en 2012 fue de 71.3%, lo que refleja un ligero aumento en las cifras. Cabe señalar que las mujeres son las más afectadas con enfermedades causadas por el sobrepeso y la obesidad que los hombres.

3.3.1. Eficacia del programa “Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2012-2018”

Considerando los objetivos establecidos en el programa Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2012-2018, los resultados finales no fueron los esperados. El primer objetivo establecido en el programa fue: Prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular para tratar, controlar y evitar complicaciones. De acuerdo a la ENSANUT 2018 la derechohabiencia a servicios de salud era baja, especialmente para la población joven (20-29 años)

78.4% mujeres y 70.6% hombres. Las mujeres tenían la tasa más alta de uso de servicios de salud tanto ambulatorios como de hospitalización. Cabe resaltar que los servicios ambulatorios además de brindar bienestar incluyen la prevención como programas de asesoría psicológica y de control para bajar de peso.

De acuerdo a la Licenciada Virginia Flores Martínez, Jefa de enfermeras de la Clínica de Atención Integral de Diabetes y Obesidad (CAIDO) en el Hospital General de México (HGM) “Dr. Eduardo Liceaga”, para hacer frente a la enfermedad de la obesidad considerada de alto riesgo se inauguró la CAIDO en 2015. A partir de la creación de la Clínica se comenzó con la medicación a pacientes y se elaboraron algunos instrumentos para llevar los registros del seguimiento del paciente. Al principio si hubo una alta demanda de pacientes, afortunadamente se corría la voz y acudían a la clínica.

La Jefa de la CAIDO comentó que lo que le faltó al gobierno fue ser más estrictos en cuestión de implementar las estrategias, porque si bien si se aplican correctamente, solo es por un tiempo y se deja de hacer, no hay un seguimiento, un control. Además de ello comenta que a la obesidad no se le daba la importancia que en realidad se merece, se formaron las clínicas donde se vio la necesidad de atender al paciente de forma integral con otras especialidades porque esta es una enfermedad que requiere la intervención de varios profesionales de la salud: medicina interna, psicología y nutrición, las básicas, los pilares para poder hacer frente a esta situación.

Cabe resaltar que en el Hospital General de México (HGM) “Dr. Eduardo Liceaga” se recibe a pacientes que son considerados de tercer nivel, con ello se entiende que son pacientes que ya van en un estado avanzado de enfermedad. El Dr. Serafín Ramírez Jefe de cirugía cardiotorácica del HGM nos compartía que ellos en su área actúan de manera indirecta; el aspecto preventivo, el manejo de la obesidad de pacientes cardiopatas siempre es un trabajo que recae en el cardiólogo clínico. A los pacientes que son operados se les dan las indicaciones y medidas de prevención y control post-operación, una vez que el paciente fue operado del corazón se le envía a nutrición y rehabilitación cardiaca para que tengan un peso

adecuado y una alimentación sana, dando indicaciones de medicamentos que sirven para evitar la elevación del colesterol y los triglicéridos, incluyendo las cuestiones dietéticas.

Por parte del IMSS se llevaron a cabo algunas medidas de prevención con programas como “mídete, muévete”, donde también laboró el Dr. Serafín Ramírez. Se propició al mismo personal del Seguro Social realizar un poco de actividad física, incluso se implementaron otras actividades como el consumo de alimentos bajos en grasa y saludables dentro del hospital por parte de pacientes, de los familiares o del personal médico y se prohibió la comida chatarra. Algunos de estos hábitos aún siguen vigentes debido a que en el hospital ya encuentras variedad de alimentos saludables, ensaladas, jugos, entre otros, años atrás no había esa posibilidad de encontrar alimentos sanos.

El Dr. Serafín Ramírez considera que le faltó al gobierno establecer políticas de salud bien aterrizadas y planeadas, que aunque si existen, no se refleja en los resultados. Debido a ello estadísticamente México sigue en segundo lugar de Obesidad después de Estados Unidos y podría decirse que en primer lugar por el número de habitantes. Como siempre de la mano de la voluntad política va el dinero, otro factor importante sería mayor aporte de recursos al sector salud, eso es algo que se ha adolecido desde hace mucho tiempo, se necesita mayor aporte de recurso en prevención y en manejo de pacientes con complicaciones de pacientes con obesidad.

Otra de las aportaciones importantes que se dieron para la investigación, fue la realizada por la Dra. Laura Olivia Pech Rueda Médico Adscrito en la CAIDO del HGM “Dr. Eduardo Liceaga”. La manera en que participo el HMG para la lucha de la obesidad fue la creación de la CAIDO en 2015, donde se hace un majeo con un equipo multidisciplinario. En la clínica se otorga e ingresa a consulta médica, una vez que ingresa el paciente se realiza una evaluación desde cero y se procede a dar tratamiento que va desde educativo, nutricional, psicológico, cirugía bariátrica, aunque hay pacientes que necesitan mayor atención que otros, tratamientos médicos y quirúrgicos en caso que así lo requiera el paciente.

Asimismo como medida de prevención en la CAIDO de manera global realiza evaluaciones a los pacientes trimestralmente; en primera instancia se realiza una evaluación inicial y de ahí se parte para realizar las evaluaciones periódicas cada tres meses para valorar seguimiento y ajustes de tratamiento. Las consultas se individualizan y se atienden de acuerdo al grado de atención médica que requiera cada paciente, por ejemplo puede haber pacientes que necesiten mayor atención nutricional o psicológicos y sus consultas para el control son cada mes.

Cabe mencionar que en la Clínica de Atención Integral de Diabetes y Obesidad CAIDO del HGM solo atiende a pacientes con grado de obesidad I y II siendo esta una atención secundaria. El mejor lugar para detectar el número de porcentaje de prevención que existe en los pacientes es en las consultas externas. La consulta externa es un servicio que se da a los pacientes con una cita asignada previamente para acceder a atenciones médicas para diferentes tipos de diagnósticos. Es aquí donde se da la realiza una prevención primaria debido a que los médicos son quienes detectan al paciente y actúan para prevenir una enfermedad más grave.

Algunos de los programas que mencionó la Dra. Laura Olivia Pech Rueda que fueron establecidos años atrás para la lucha contra la obesidad fue el programa del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) “mídete, muévete”, en donde median perímetro de cintura y se recomendaba a los pacientes actividad física, pesarse y dar algunas recomendaciones del plan de alimentación. Otras estrategias que fueron llevadas a cabo por el gobierno fue el etiquetado de los alimentos, el aumento de impuesto a comida malsana.

En el cuadro 11 de acuerdo a la ENSANUT realizada en 2018 se muestran los resultados que se lograron en materia de obesidad y sobrepeso, Asimismo se hace una comparación de cómo estaban las cifras en el año 2012 con las del año 2018.

Cuadro 11. Cuadro comparativo de las cifras de Sobrepeso y Obesidad del año 2012 y 2018

<i>Edad</i>	<i>Sobrepeso</i>		<i>Obesidad</i>		<i>Total</i>	
	<i>2012</i>	<i>2018</i>	<i>2012</i>	<i>2018</i>	<i>2012</i>	<i>2018</i>
<i>5-11 años</i>	19.8%	18.1%	14.6%	17.5%	34.4%	35.6%
<i>12-19 años</i>	21.6%	23.8%	13.3%	14.6%	34.9%	38.4%
<i>20 años y más</i>	39.0%	39.5%	32.1%	35.3%	71.1%	74,8%

Fuente: Elaboración propia, con base en la ENSANUT 2018, p.37-41.

A pesar de que en el año 2016 surgiera una Declaratoria de Emergencia Epidemiológica, los resultados que se aprecian en el cuadro 8 no son favorables. La problemática de la obesidad fue en ascenso, y afectaba a niños, jóvenes y adultos por igual. En 2018 el 22% de la población de niños de entre 0-4 años era identificada con riesgo de sobrepeso. Cabe resaltar que sí hubo un aumento considerable en los porcentajes de 2012 a 2018, por lo que no se logró el cumplimiento del primer objetivo establecidos al 100%. Causa de ello fue que no hubo un debido control por parte de las autoridades y como bien lo mencionaban los informantes clave, al principio de cada programa de salud se cumplían por un tiempo determinado y después se olvidaban de los objetivos y se volvía a lo mismo. Faltó mayor prevención y detección de casos, son varios los factores que afectan a que no se cumpla con el objetivo, no solo es parte del gobierno, también es indispensable la participación de la población.

Tomando en consideración el segundo objetivo establecido en el Programa Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2012-2018 que fue

incrementar el porcentaje de pacientes de 20 años y más en control con hipertensión arterial en tratamiento. El porcentaje de la población de 20 años y más con diagnóstico médico previo de hipertensión en el año 2012 fue, en el caso de las mujeres del 18.5% y en los hombres de 14.1%, dando un total de 16.6%. Los datos comparados al 2018 son de 20.9% de mujeres y 15.3% de hombres, dando un total de 18.4%. Se aprecia que sí hubo un aumento de 1.8 puntos porcentuales, lo que indica que a pesar del aumento de personas con presión arterial alta, si hubo un control de pacientes con hipertensión arterial.

Conforme se incrementa la edad, crece el porcentaje de población con diagnóstico previo de hipertensión, principalmente a partir de los 50 años, llegando al 26.7% en el grupo de 70 a 79 años en 2018. Las entidades que prevalecen con el nivel más alto de hipertensión arterial son Campeche, Sonora, Veracruz, Chihuahua y Coahuila, quedando con un porcentaje de 22.4% a 26.1%.

El tercer objetivo establecido en el Programa Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2012-2018 fue impulsar en las entidades federativas la promoción de la actividad física y alimentación correcta que motiven la adopción de conductas saludables. De acuerdo a la ENSANUT 2018 el mayor porcentaje de actividad física que realiza la población es de menos de 2.5 horas por semana, quedando las mujeres con un porcentaje de 32.5% y los hombres con 24.8%, siendo un total con 29 punto porcentuales.

De acuerdo con la Dra. Laura Olivia Pech Rueda algunas recomendaciones que indica la CAIDO para evitar el riesgo cardiovascular son en primer instancia el control de peso, considerado la principal causa de padecer enfermedades cardiovasculares. Otra recomendación es la actividad física, donde se recomienda caminar 10, 000 pasos al día, así como realizar al menos 150 minutos de actividad física a la semana. Otros factores de suma importancia son la reducción del tabaquismo y la detección temprana y tratamiento de la hipertensión considerada la principal casusa de muerte para pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Comentaba la Licenciada en Enfermería Virginia Flores Jefa de CAIDO que uno de los problemas que se suscitaron por parte del Gobierno fue que debían ser

más estrictos en sus políticas. Surgieron varias estrategias para el combate de la obesidad, por ejemplo evitar la comida chatarra en las escuelas, al momento de implementarse si se procuraba cumplir con el objetivo, pero ahora todo sigue en lo mismo. Se dio el etiquetado de todos los alimentos para que nos diéramos una idea de que tan alto es el índice de grasas, de sal, de azúcares y solo tuvo el impacto cuando se implementó pero no se le dio un seguimiento y ahora seguimos igual.

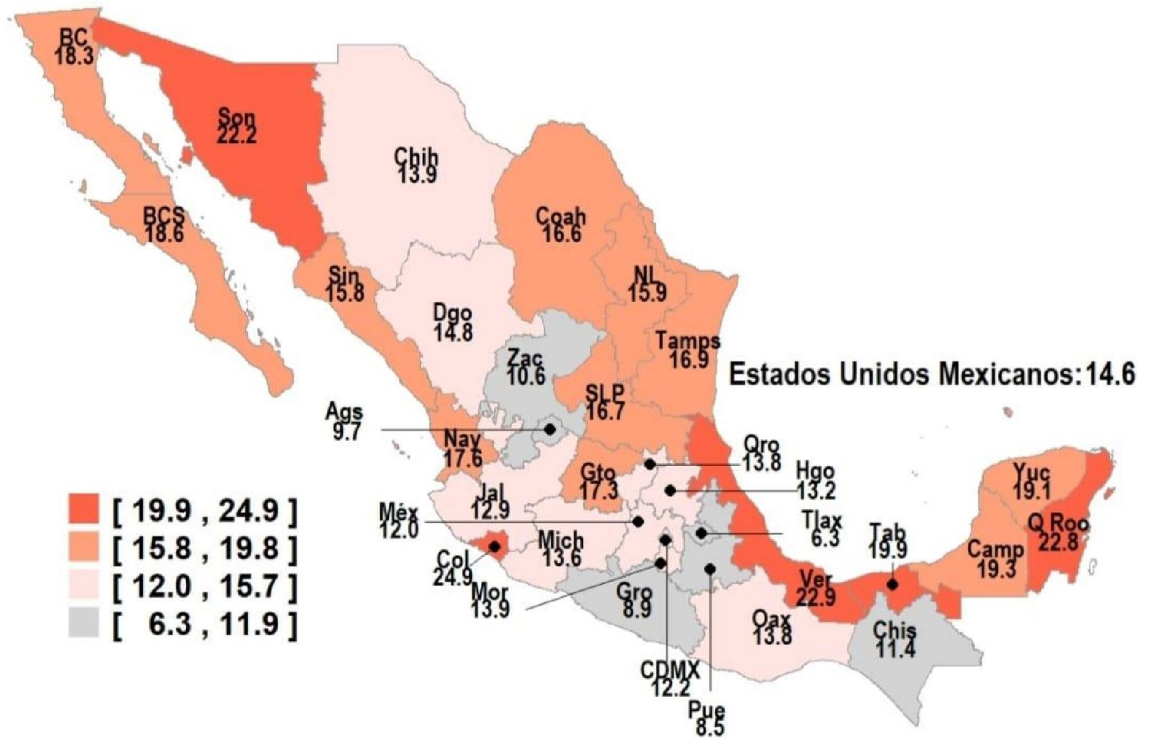
Asimismo la Dra. Laura Olivia Pech Rueda considera que los problemas principales que afectaron que continuara una alta prevalencia de obesidad fueron la educación y la accesibilidad de alimentos saludables. Se ha detectado que el paciente tiene poca educación en que alimentos sí debe de comer y que no, independiente del estatus socioeconómico. Otro problema que detectó la Dra. Es la poca accesibilidad de alimentos saludables, porque cuando un paciente quiere llevar una vida saludable se topa con pared muy seguido y entonces tiene que estar luchando contra corriente y esa es una limitante para el paciente.

Se han realizado algunos estudios donde se comprueba que es más fácil el acceso a comida chatarra que comida saludable. Por ejemplo menciona la Dra. Laura Olivia Pech Rueda si realizamos un experimento afuera del hospital donde se les de 100 pesos a dos personas y el objetivo sea conseguir alimentos saludable y no saludable, en un minuto llega la persona con el alimento no saludable y el otro tarda demasiado en conseguirlo. Por ello considera la Dra. el acceso a alimentos sanos es uno de los problemas que no permiten que la población tenga una vida saludable.

El cuarto objetivo del Programa Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2012-2018 fue propiciar en entidades federativas la atención integral de pacientes para desacelerar la morbilidad y mortalidad por obesidad y/o riesgo cardiovascular. Con el aumento de morbilidad de obesidad y sobrepeso se desencadena un alto porcentaje de otras enfermedades. De acuerdo a cifras establecidas por la ENSANUT 2018 en la Imagen 1 se exponen el porcentaje de obesidad que hay en todas las entidades del país en adolescentes de 12 a 19 años,

entre los que destacan por su alto porcentaje los estados de Veracruz Quintana Roo, Colima, Sonora y Tabasco.

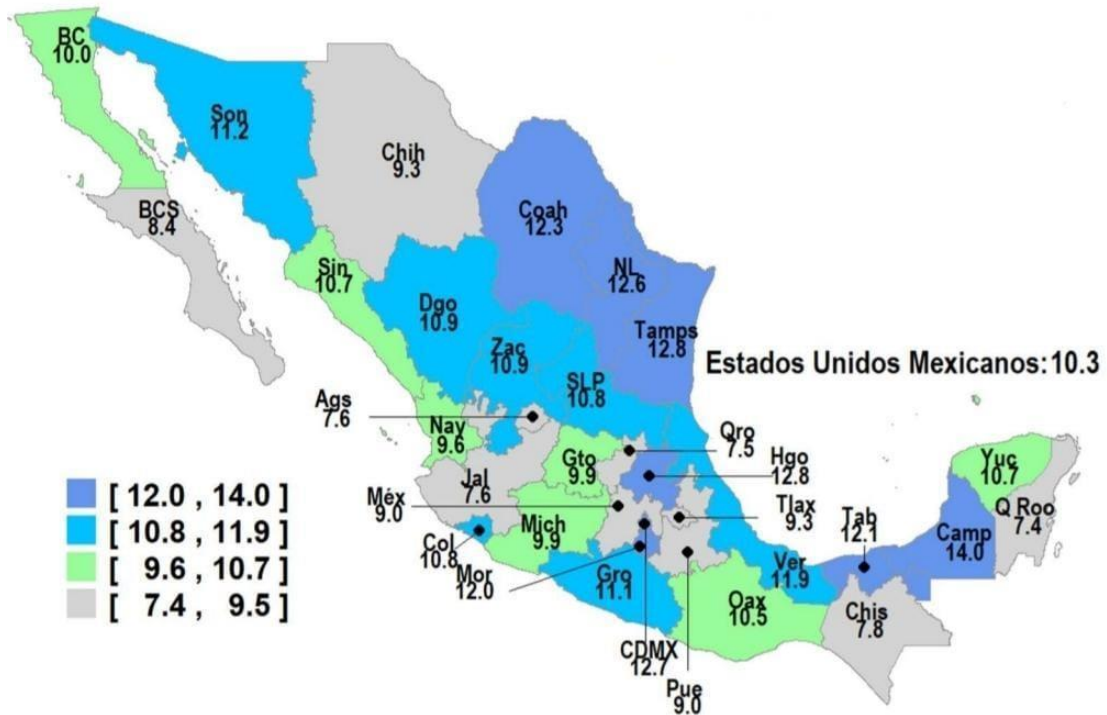
Figura 1. Porcentaje de Obesidad en la República Mexicana en adolescentes de 12 a 19 años.



Fuente: ENSANUT 2018, p.40.

La diabetes es considerada una enfermedad consecuencia del sobrepeso y la obesidad, por lo que en la Figura 2 se ilustra el porcentaje en las entidades federativas de diabetes que resulto en 2018 en personas de 20 años y más. Los estados con mayor porcentaje de diabetes fueron Campeche, Tamaulipas, Hidalgo CDMX, y Nuevo León, seguidos de Sonora, Durango, Zacatecas, San Luis Potosí, Colima, Guerrero Y Veracruz. Con ello se responde al no cumplimiento de atención al desaceleramiento de la obesidad, que se establecía en el objetivo cuatro del Programa Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2012-2018.

Figura 2. Porcentaje de Diabetes en la República Mexicana en población de 20 años y más.

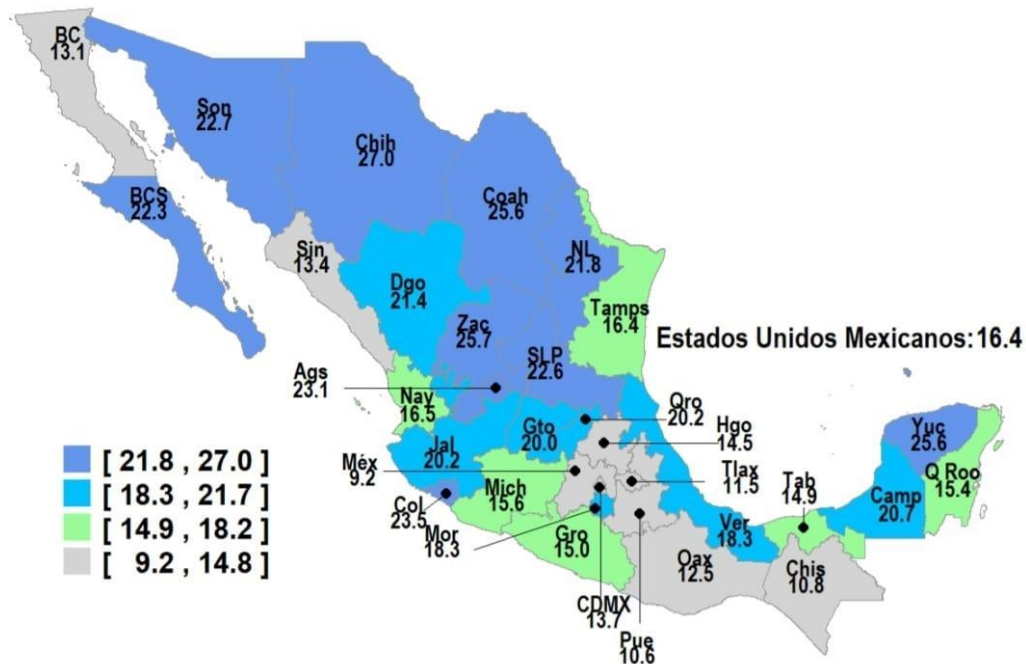


Fuente: ENSANUT 2018, p.19.

El consumo excesivo de alcohol puede causar miocardiopatía alcohólica (el corazón se dilata y deja de funcionar adecuadamente). Asimismo puede ocasionar infartos al corazón, su consumo regular eleva los niveles de sodio y calcio en la célula y puede producir otra enfermedad conocida como Hipertensión Arterial. El consumo excesivo de alcohol puede producir arritmias graves en personas sanas. Estas enfermedades son parte de las enfermedades cardiovasculares, que de la misma manera en el objetivo cuatro se establecieron que en las entidades federativas se atendiera y desacelera la morbilidad y mortalidad. En las Figura 3 se ilustran los porcentajes de alcoholismo que hubo en las Entidades Federativas en la población de 20 años y más, siendo Chihuahua, Zacatecas, Coahuila, Yucatán y Colima los estados con mayor consumo de alcohol diariamente o semanalmente.

Seguido los estados antes mencionados se encuentra Durango, Jalisco, Guanajuato, Veracruz, Campeche, Morelos y Querétaro, con un porcentaje de población de entre 18.3 y 21.7%.

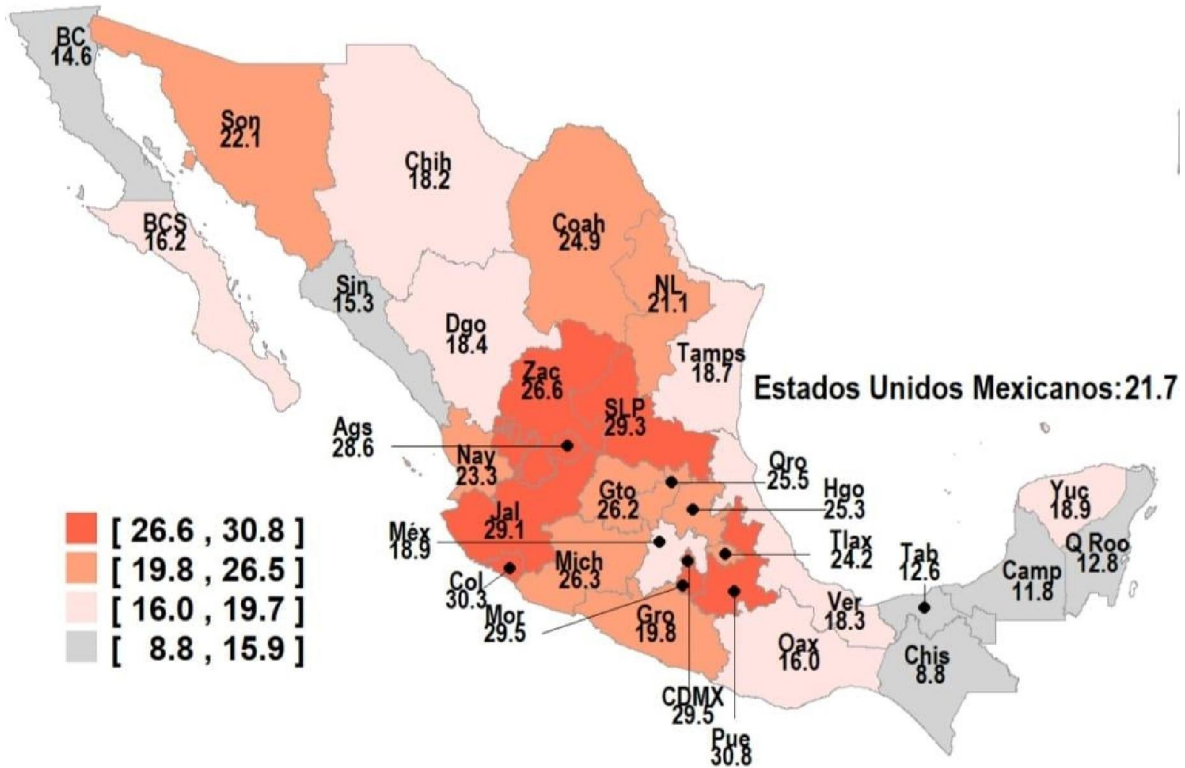
Figura 3. Porcentaje de Consumo de Alcohol en población de 20 años y más.



Fuente: ENSANUT 2018, p.26.

En la figura 4 se evidencia el porcentaje del consumo de alcohol en adolescentes de 10 a 19 años, dejando ver que el porcentaje es aún más alto que en la población de 20 años y más. Los estados que encabezan esta lista son Puebla, Colima, CDMX, San Luis Potosí, Jalisco, siendo estos donde hay mayor consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes. Seguido de estos el consumo medio-alto de alcohol en adolescentes y jóvenes fue en los estados de Sonora, Coahuila, Nuevo León, Guanajuato, Querétaro, Michoacán, Guerrero, Tlaxcala, Hidalgo y Nayarit, estando entre los 19.8 y 26.5 puntos porcentuales de población de entre 10 y 19 años.

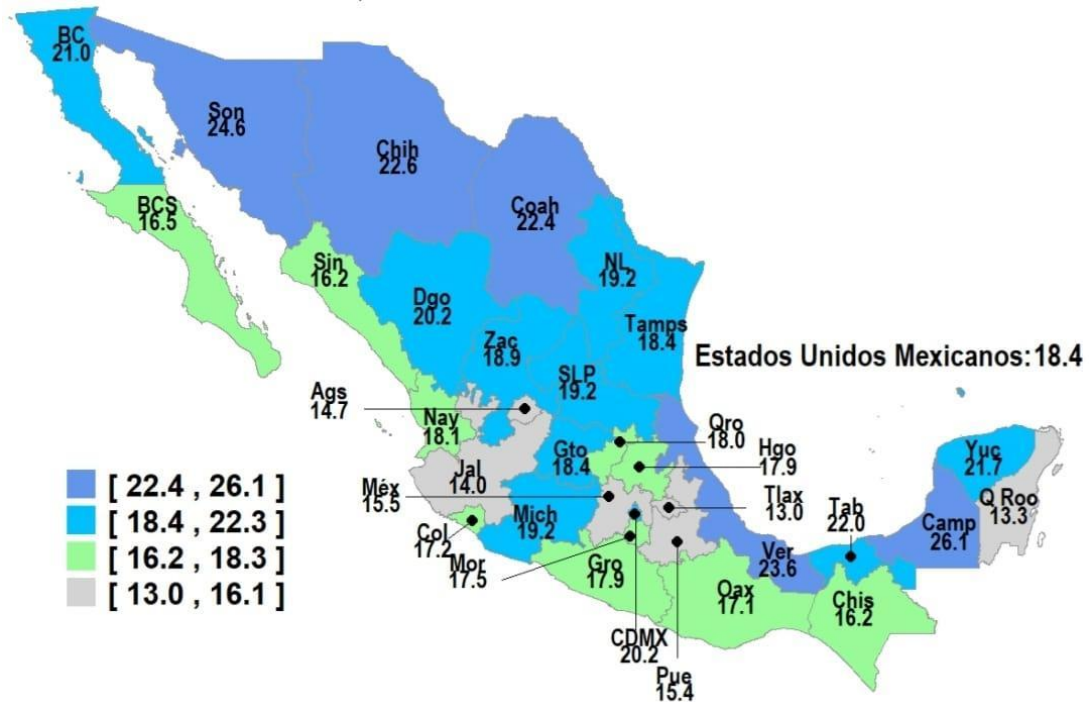
Figura 4. Porcentaje de Consumo de Alcohol en población de 10 a 19 años.



Fuente: ENSANUT 2018, p.24.

Otra enfermedad que también forma parte de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión arterial. El sobrepeso y la obesidad pueden aumentar la presión arterial, sube los niveles de glucosa en la sangre, colesterol, triglicéridos y ácido úrico, lo que dificulta que la sangre fluya por el organismo. En la figura 5 se exponen los porcentajes de presión arterial en la población de 20 años y más, donde Campeche, Sonora, Veracruz, Chihuahua y Coahuila, son los estados con mayor porcentaje de hipertensión arterial con diagnóstico médico previo. Seguido de Baja California, Durango, Zacatecas, San Luis Potosí, Guanajuato, Michoacán, Tamaulipas, Nuevo León, Yucatán y Tabasco, estados con un porcentaje de entre 18.4 y 22.3% de hipertensión arterial.

Figura 5. Porcentaje de Hipertensión Arterial en población de 20 años y más.



Fuente: ENSANUT 2018, p.21

De acuerdo a las cifras obtenidas por la ENSANUT 2018 y los testimonios de los especialistas en la salud a los que se les realizó la entrevista, podemos concluir que los resultados del Programa Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2012-2018 fueron desfavorables. Por un lado se observa que sí hubo un aumento de obesidad y enfermedades cardiovasculares, que estas a su vez generan otro tipo de enfermedades igualmente de alto riesgo para la salud; por otro lado también se muestra el aumento al índice demográfico.

3.3.2 Impacto del programa “Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2012-2018

El sobrepeso y la obesidad además de incrementar significativamente el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y no transmisibles, afecta de manera muy importante a la economía. Dichas enfermedades han generado un grave y costoso

problema de salud pública en México. El número de morbilidad y mortalidad que hubo a pesar de los esfuerzos del Gobierno con Programas de Salud fue muy relevante para que en 2016 la Secretaría de Salud declarara una Emergencia Epidemiológica por obesidad y diabetes. El impacto de la Obesidad y el Sobrepeso fue muy desalentador debido a que afectaron a 33% de la población infantil y al 72.5% de la población adulta. México fue considerado como uno de los países con mayor riesgo de muerte prematura y padecimiento de enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares y la diabetes. Logró ser el segundo país con mayor número de personas adultas con Obesidad según la OCDE.

De acuerdo a cifras de la Secretaría de Salud se estimó que el costo total de la obesidad en 2017 fue de 240 mil millones de pesos. Retomando un estudio realizado por el Instituto Mexicano de la Competitividad (IMCO) se calculó que los costos totales en el 2013 exclusivamente de una enfermedad (diabetes) que están asociados a la obesidad ascendieron a 85 mil millones de pesos al año. Derivado de ello el 73% corresponde a gastos para tratamiento médico, el 15% al costo que genera el ausentismo laboral, y 12% al costo por pérdidas de ingreso debido a mortalidad prematura.

Con base en los testimonios de los especialistas de la Salud, la Licenciada Virginia Flores Jefa de la de CAIDO manifiesto que la obesidad desarrolla diversas enfermedades crónicas tales como la diabetes y la hipertensión, por lo que el paciente presenta múltiples incapacidades médicas y el medicamento que debe tomar generan altos costos. Por otro lado el Dr. Serafín Ramírez comenta que las enfermedades cardiovasculares generan un gasto público impresionante para el Gobierno, tener Síndrome Metabólico es aún más costoso, debido a gastos en tratamientos. De acuerdo a la Dra. Laura Olivia Pech Rueda el gasto para el sistema de salud es de un 30 o 40% más y eso tan solo por el peso que va desde gastos de la salud, días de incapacidad o muerte prematura. .

Consideramos que el impacto que tuvo el Programa Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2012-2018 no fue relevante. Recordemos que el programa fue implementado para atender la Estrategia Nacional para la

Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, pero al momento de preguntar a los especialistas de la Salud, no tenían noción de que existía ese programa en específico. También pudimos observar al momento de buscar evaluaciones del programa que no había alguna evaluación que midiera el grado de avance o su eficacia. Por lo que consideramos que no hubo impacto del Programa hacia la población.

CONCLUSIONES

El tema de la Obesidad ha sido considerado un problema muy importante que no se ha podido revertir. A través de los años el Gobierno ha implementado distintos programas de salud para atender la problemática de la Obesidad y no han tenido el impacto esperado. Hoy en día México es considerado uno de los países con mayor número de personas con Obesidad y Sobrepeso. Los temas epidemiológicos y demográficos son de mayor magnitud comparado con años anteriores, por ello el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud es cada vez más complejo.

El análisis realizado de las Políticas de Salud que se establecieron en gobiernos anteriores como los de Vicente Fox y Felipe Calderón dejó ver la falta de atención por parte del Gobierno hacia la problemática de la Obesidad y el Sobrepeso. Dichos antecedentes sirvieron para implementar nuevas estrategias en el Gobierno de Enrique Peña Nieto, dada la alta incidencia de personas con Obesidad y Riesgo Cardiovascular, que se convirtieron en las causas número uno de mortalidad y morbilidad en México.

De acuerdo a entrevistas realizadas a personal de Salud del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", se logró identificar algunas deficiencias del Gobierno. Por un lado la falta de seguimiento a los programas implementados, debido a que solo se le da la importancia al iniciar un programa social de salud, pero con el paso del tiempo o los cambios de administración se deja de lado el trabajo iniciado. Otro punto que cabe resaltar es la falta de accesibilidad a alimentos sanos y de buen precio, pareciera que alimentarse sanamente es un trabajo muy difícil de lograr, debido a los altos costos en los alimentos y lo poco probable que es encontrar cerca comida sana.

El objetivo principal de este trabajo consistió en evaluar los resultados obtenidos del programa "prevención y control de la obesidad y el riesgo cardiovascular" del periodo 2013-2018 en México, para conocer el impacto que generó en la población. Por lo que consideramos que el impacto que generó el

Programa de Acción Especifico: Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular 2013-2018 fue negativo.

En primera instancia este dato se comprueba de acuerdo a las cifras de obesidad y enfermedades no transmisibles que se obtuvieron al final del gobierno de Peña Nieto. Por otra parte se pudo comprobar el poco conocimiento que tenía el personal de salud entrevistado acerca del programa, debido a que no tenían conocimiento de que había existido un Programa de Acción Especifico dirigido a la obesidad y el riesgo cardiovascular. Así mismo al investigar acerca de evaluaciones del programa, no se logró encontrar alguna evaluación que midiera el grado de eficacia o diseño.

La hipótesis establecida en el presente trabajo es comprobada, debido a que los resultados obtenidos de la evaluación del Programa de Acción Especifico “Prevención y Control de la Obesidad y el Riesgo Cardiovascular” del periodo 2013-2018 en México, comprueban que el programa no cumple con los objetivos establecidos y no genero un impacto positivo en la población.

Cabe mencionar que sí se lograron los objetivos establecidos del presente trabajo. En primer plano se logró la descripción teórica de las etapas de las Políticas Publicas y de Salud, enfatizando la etapa de la evaluación. Todo ello sirvió como base para tener un mayor panorama y conocimiento en el área a estudiar. Asimismo se expuso en el trabajo datos importantes de los programas sociales en materia de salud y enfocados precisamente al tema de la obesidad en gobiernos anteriores al del objeto de estudio, lo que produjo una comparación del cómo fue evolucionando la problemática de la obesidad.

ESTADO DE REFERENCIA

- Aguilar, C. Lima, M. (2009), ¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas, en contribuciones a las ciencias sociales, disponible en www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm.
- Aguilar, L. (2004), “Recepción y desarrollo de la disciplina de política pública en México. Un estudio introductorio” en Sociología, año 19, núm. 54, enero-abril 2004, pp. 15-38.
- Aguilar, L. (2010), Política Pública, México, Ed. Siglo XXI
- Arenas, D. (2021), “Evaluación de programas públicos”, serie Gestión Pública, N° 87, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Bardach, E. (2004), “Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas”, un manual para la práctica, México, CIDE.
- Barrera, A. Rodríguez, A. Molina, M. (2013), Escenario actual de la obesidad en México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México.
- Calvillo, A. (2012), El Poder del Consumidor A.C. ¿Sexenio de la salud, el de Calderón?
- Campos, I. (2013), Prevalencia de Obesidad en Adultos Mexicanos, 2000-2012, Centro de Investigación en Nutrición y Salud Instituto Nacional de Salud Pública, Morelos, México.
- Cardozo, M. (2006), La evaluación de políticas y programas públicos. El caso de los programas de desarrollo social en México, México, M. A. Porrúa.
- Cardozo, M. (2009) Evaluación y Meta evaluación en los programas mexicanos de desarrollo social. UAM-X.
- Cedeño, J. Vásquez, P. Roca, V. (2016), “Riesgo cardiovascular relacionado con el consumo de alcohol”, Dominio de las Ciencias, Vol. 2, núm. 4, pp. 17-27.

Comisión Nacional del Deporte CONADE, (2001), Programa Nacional de Cultura Física y Deporte 2001-2006, elaborado en el Centro Nacional de Información y Documentación del Deporte.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo social (CONEVAL), 2021, México, disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2021, México, disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Paginas/principal.aspx>

De La Mora, R. (2019), EL "CICLO DE LAS POLÍTICAS" EN LA ENSEÑANZA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS, núm. 25, Redalyc, Universidad Externado de Colombia.

El poder del consumidor, A.C. El fin del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) y la necesidad de una Ley y Política integral de combate a la obesidad. Disponible en <https://www.elpoderdelconsumidor.org>.

Langer, A. (2012). Durante el sexenio de Felipe Calderón Hinojosa aumentaron muertos por diabetes. El economista.

Laswell, H. (1992), "orientación hacia las políticas" en Estudio de las políticas públicas, Luis F. Aguilar Villanueva, ed. Porrúa, pp. 79-103.

Leal, G. (2002), El Programa Nacional de Salud 2001-2006. Imponiendo una agenda. El cotidiano vol. 19, núm. 114, julio - agosto, 2002, pp. 100-111 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco, Distrito Federal, México, disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32511410>.

Lowi, T. (1992), en hechura de políticas públicas, Aguilar, Luis F., ed. Porrúa.

Menéndez, E. (2005), Políticas del Sector Salud Mexicano (1980-2004): Ajuste Estructural y Pragmatismo de las Propuestas Neoliberales, Revista SALUD COLECTIVA, La Plata, 195-223, Mayo - Agosto, 2005.

Organización Mundial de la Salud (2004) Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2013) Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.

Organización Mundial de la Salud (2021) en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

Organización Panamericana de la Salud (2007) Salud en las Américas, Vol. I- Regional.

Parsons, W. (2007) Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas, México, FLACSO.

Revuelta, B. (2007) "La implementación de políticas públicas." *Dikaion*, Vol. 21, núm.16, pp.135-156 Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72001610>

Rivera, J. (2013) *Obesidad en México: Recomendaciones para una Política de Estado*, UNAM, México, D.F. 1ª ed. electrónica, Ed. Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.

Robledo, J. (2009) "Observación Participante: informantes claves y rol del investigador" Departamento de Investigación FUDEN, *Nure Investigación*, nº 42.

Roth, A. (2002), *Políticas Públicas: Formulación, Implementación y Evaluación*, Bogotá, Aurora.

Secretara de Salud (2013) *Estrategia Nacional para la prevención y el control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*, México D.F., 1ª Edición.

Secretaria de Gobernación (2001) *Plan Nacional de Salud 2001-2006*, México D.F., 2da edición.

Secretaría de Gobernación (2007) Diario Oficial de la Federación, Programa de Comunidades Saludables, México.

Secretaría de Salud (2001) Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares, México.

Secretaría de Salud (2005) Diario Oficial de la Federación, DECRETO por el que se regula el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Secretaría de Salud (2007) Programa Sectorial de Salud 2007-2012, México D.F., 1ª edición.

Secretaría de Salud (2008) Programa de acción específico 2007-2012: Riesgo cardiovascular, México.

Secretaría de Salud (2010) Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad: Programa de Acción en el Contexto Escolar en Diario Oficial de la Federación, México.

Secretaría de Salud (2010) Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad, México.

Secretaría de Salud (SS), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), México.

Secretaría de Salud, (2022), Antecedentes de Salud, disponible en [http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_salud.htm#\[Citar%20como\]](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_salud.htm#[Citar%20como])

Tobar, F. (2012), "Políticas de salud: Conceptos y herramientas" en "Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal". Buenos Aires. Editorial La Ley. 2012.

ANEXO 1 ENTREVISTA

1. De acuerdo a su experiencia y a la problemática de obesidad que se suscitaba en el gobierno de Enrique Peña Nieto ¿Cómo fue que en el ámbito de sus competencias participó?
2. Durante el periodo de Enrique Peña Nieto ¿Qué programas sociales de salud se llevaron a cabo para el combate de la obesidad?
3. ¿Cómo consideraba la problemática de la obesidad antes de que se implementara la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes?
4. ¿Cuál fue el objetivo de emitir una Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes?
5. ¿Por qué considera que la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes no obtuvo los resultados que se esperaban?
6. ¿Qué prevalencia de obesidad había antes de establecer la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes?
7. ¿Cómo considera que el problema de la obesidad y el sobrepeso afectan al desarrollo y economía del país?
8. ¿Bajo qué criterios se toma la decisión de crear y atender un Programa de Acción Especifico (PAE) para prevenir la obesidad y el riesgo cardiovascular?
9. ¿En qué determinado tiempo se evaluaban las metas a corto y mediano plazo establecidas para el combate a la obesidad y diabetes?
10. ¿Qué porcentaje de pacientes con problemas de obesidad y sobrepeso se obtuvo raíz de establecer el PAE?
11. ¿Qué acciones se llevaron a cabo para la prevención y detección de casos de obesidad y riesgo cardiovascular?
12. ¿Considera que aumento el porcentaje de prevención y detección de casos de obesidad y riesgo cardiovascular?
13. ¿Qué acciones se llevaron a cabo para impulsar la promoción de la activación física y la correcta alimentación?
14. ¿Considera que incremento el número de control de casos de dislipidemias y obesidad?

15. ¿Cuáles fueron las razones que detonaron que en el año 2016, surgiera una declaratoria de emergencia epidemiológica?
16. ¿Qué considera que hizo falta para que el índice de sobrepeso y obesidad disminuyera en el sexenio de Enrique Peña Nieto?

ANEXO 2

Lic. en Enfermería Virginia Flores Martínez. Jefa de enfermeras de la Clínica de Atención Integral de Diabetes y Obesidad (CAIDO) del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga.

Dr. Serafín Ramírez. Jefe de cirugía cardiorádica del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga.

Dr. Miguel Ángel Sierra. Jefe del área de Cardiovascular del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga.

Dra. Laura Olivia Pech Rueda. Médico adscrito a la Clínica de Atención Integral de Diabetes y Obesidad (CAIDO) del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga.