



**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

División de Ciencias Sociales y Humanidades

**Análisis a la intervención gubernamental de
Prevención y Control del Sobrepeso y Obesidad en México
de los años 2013 a 2019**

**T R A B A J O T E R M I N A L
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN POLÍTICA Y GESTIÓN SOCIAL
P R E S E N T A:**

LISSETTE HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

Asesora:

MARÍA DEL PILAR BERRIOS NAVARRO

México, Ciudad de México

Junio, 2021

INDICE

Introducción	3
Capítulo I. Descripción del Problema del Sobrepeso y Obesidad en México	
a. El problema de Obesidad y Sobrepeso en México.....	7
b. Determinantes del Sobrepeso y obesidad.....	10
c. Consecuencias económicas y sociales del sobrepeso y Obesidad en México.....	13
d. Evolución del Sobrepeso y Obesidad en México.....	16
Capítulo II. Análisis de las intervenciones gubernamentales de prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes en casos seleccionados de América Latina	
a. Antecedentes.....	21
b. El caso de México.....	27
c. El caso de Cuba.....	32
d. El caso de Chile.....	35
e. El caso de EE. UU	37
f. Recomendaciones a partir del estudio de casos de AL.....	44
Capítulo III. Evaluación de desempeño del PNCPSOD y Acciones sugeridas para su mejoramiento.	
a) La evaluación en México.....	46
b) ¿Qué es la metaevaluación?.....	48
c) Metaevaluación al PNCPSO.....	53
d) Propuesta de cambios al PNCPSOD a partir de la Metaevaluación.....	65
Conclusiones.....	67
Bibliografía	

INTRODUCCION

El sobrepeso y obesidad es el problema de salud pública más importante en México derivado de su asociación directa con diferentes tipos de enfermedades crónico-degenerativas, mismas que inciden de forma directa en el incremento del gasto público que es destinado a la salud, así como la productividad laboral, la competitividad y las muertes tempranas que afectan a la actividad económica del país. Su acelerado incremento en las últimas décadas ha ocasionado un creciente interés por parte del gobierno para resolver esta problemática.

Sin embargo, los esfuerzos gubernamentales para frenar el sobrepeso y la obesidad han sido insuficientes e inadecuados, el problema ha ido en aumento, con una tasa de crecimiento preocupante entre la población escolar de preescolar y primaria de todo el país.

“En el país más de 70% de los adultos padecen sobrepeso y obesidad, además de 35% de los adolescentes y cerca del 10% de los niños menores de 5 años” (Gutiérrez JP 2012). Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en 2018 reveló que “8.6 millones de personas viven con diabetes en México, y 15.2 millones más presentan hipertensión”.

“Panorama de la Salud 2013 (Health at a Glance 2013) menciona que México es el segundo país, después de los Estados Unidos, con mayor obesidad. Casi un tercio de los adultos (32.4%) mexicanos sufrían de obesidad en el año 2012, un importante aumento partiendo del 24% que había en el año 2000. Además, casi un tercio de los niños mexicanos tiene sobrepeso o sufre de obesidad. (OCDE, 2013)

En el contexto actual, la diabetes es la enfermedad crónica relacionada directamente con la obesidad que afecta principalmente adultos. Pero particularmente y en años recientes el mayor incremento está relacionado con los niños del país. Una vez descrito lo anterior, la presente investigación tuvo por objeto

describir el problema de salud pública de obesidad y sobrepeso en México, mediante el análisis de la intervención gubernamental en esta materia.

El objetivo de este análisis del programa nacional de prevención y control de sobrepeso, la obesidad y diabetes analiza las medidas adoptadas por el Estado mexicano para controlar y prevenir la obesidad y sobrepeso en nuestro país, mediante el estudio de las alternativas en América Latina implementadas que han tenido la mayor incidencia en el combate de obesidad. Sin embargo el capítulo dedicado a la metaevaluación interioriza en el diseño e implementación del programa, a través de los resultados de los metaevaluadores y los objetivos que motivaron los trabajos de evaluación realizados.

El Programa Nacional de Prevención y control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes presenta deficiencias en el diseño del programa y en sus resultados, pues no ha logrado contener o reducir la obesidad en México. Esto principalmente a las Deficiencias del programa en cuanto a su Diseño e Identificación inadecuada de la población objetivo, se consideró en esta investigación que el programa No cuenta con indicadores que contabilicen a los beneficiarios del programa, debido a que no se cuenta con registro o seguimiento de los casos. En cuanto a la operación del programa se consideraron inconsistencias en la coordinación administrativa, esto a consecuencia de la falta de reglas de operación del programa. También se encontró que los indicadores no miden adecuadamente los objetivos para los cuales fueron planteados debido a que la población objetivo es de 20 años y más, el programa no aporta acciones directas para el cumplimiento de los objetivos del programa.

Aunado a lo anterior el programa público de prevención y combate a la obesidad y sobrepeso no considera los aspectos urbanos, rurales, socioculturales y económicos, ignorando la diversidad social del país, en la que interactúan diversos estratos socioeconómicos, que difícilmente se adaptan a lo propuesto en el programa público. En lo que se refiere al incremento del sobrepeso y obesidad de la población mexicana se demostró que las enfermedades por enfermedades no

transmisibles se asocian a la falta de conocimiento de hábitos alimenticios saludables por parte de la población.

Se contestó la pregunta ¿Cuáles son las deficiencias del programa Nacional de Prevención y Control del sobrepeso, obesidad y diabetes en México y que medidas serían adecuadas para un mejor funcionamiento y resultados?

El primer capítulo titulado “*Descripción del Problema del Sobrepeso y Obesidad en México*” hace un recorrido histórico en el que se describen los determinantes del sobrepeso y la obesidad en México, tales como como la globalización, la cultura, el nivel socioeconómico, la educación, el entorno social y político. Se describen también las consecuencias económicas y sociales del sobrepeso y obesidad entre las que destaca la presencia generalizada de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en todos los sectores de la sociedad mexicana, y donde los más desfavorecidos económicamente de la población enfrentan una mayor carga por las enfermedades crónicas asociadas con la obesidad. Se considera el gasto público y privado en el tratamiento del sobrepeso, obesidad y sus comorbilidades, así como el costo social que el sobrepeso y la obesidad generan en la productividad social de los mexicanos, el énfasis de este capítulo recae en la descripción histórica del origen y prevalencia del problema del sobrepeso y obesidad en el territorio mexicano de los años cincuenta, a la fecha actual. Pues se hace un rastreo epidemiológico de los principales padecimientos de la sociedad mexicana asociados a la salud y nutrición.

En el segundo capítulo titulado “*Análisis de las intervenciones gubernamentales de prevención y control de obesidad y diabetes en casos seleccionados de América Latina*” se llevó a cabo el estudio de cinco casos de América Latina (México, Cuba, Chile y EE.UU) en los que se han llevado acabo intervenciones gubernamentales a nivel nacional de prevención y combate al sobrepeso y obesidad, este capítulo describe el tipo de política implementada en los cuatro países estudiados, se comparan las formulaciones de las intervenciones gubernamentales, pues lo que resulta interesante son los resultados similares de los programas con diseños de

políticas tan distintos, pues mientras que hay quienes optan por políticas de la promoción de la oferta de alimentos saludables, mediante incentivos al campo, y otros por la promoción del consumo de alimentos saludables mediante regulaciones fiscales a los alimentos “chatarra” los niveles de prevalencia de sobrepeso y obesidad se aumentan en los países.

Finalmente, en el capítulo tercero titulado “*Evaluación de desempeño del PNPCPSOD y Acciones sugeridas para su mejoramiento*” se considera la revisión de las diferentes evaluaciones hechas al programa nacional de prevención y combate al sobrepeso, obesidad y diabetes por El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en los años del 2013 a 2018. A fin de realizar una meta evaluación al programa que permitiese conocer la calidad de las evaluaciones realizadas al programa, mediante el método propuesto por Santos Guerra enumera en seis “contextos básicos de exploración” compuesto por los procesos de constitución, justificación, presentación, valoración y difusión de una evaluación a un programa social. Esta meta evaluación permitió la realización de una propuesta de mejora al PNPCPSOD en la que se describen acciones sugeridas para un mejor funcionamiento del programa.

El desarrollo de esta investigación se llevó a cabo en el contexto de la pandemia por del COVID19 por lo que la metodología implementada en principalmente documental, obtenida de las fuentes oficiales del gobierno respecto al programa de Prevención y Combate al Sobrepeso y obesidad, así como las evaluaciones hechas al mismo.

Resulta relevante la información vertida en esta investigación para la toma de acciones transversales y efectivas por parte de las autoridades competentes en la prevención y combate de las enfermedades no transmisibles tales como el sobrepeso y la obesidad y sus comorbilidades para mejorar los hábitos alimenticios de la sociedad para garantizar el bienestar y vida de los mexicanos en un contexto como el actual en el que una buena alimentación y hábitos saludables resultan imperantes en el combate contra la COVID19.

I. El problema de Obesidad y Sobrepeso en México

Descripción del Problema del Sobrepeso y Obesidad en México

El Instituto Nacional de Salud (INSP) define a la obesidad como “el resultado de un desequilibrio entre la ingestión y el gasto energético” (INSP, 2016). La obesidad es una enfermedad multifactorial pues entre sus condicionantes intervienen factores genéticos y biológicos, además del ambiente y el estilo de vida de los individuos.

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud define “La obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa perjudicial para la salud resultado de un desequilibrio entre la ingestión y el gasto energético por el aumento del peso corporal” (OMS, 2020)

La "comorbilidad", o la también "morbilidad asociada", es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona a consecuencia de una misma enfermedad. Lo particular de este tipo de ocurrencia es su manifestación al mismo tiempo o uno después del otro. “La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas” (Abuse, 2018).

“Dentro de las comorbilidades mayores asociadas a la diabetes mellitus tipo 2 se encuentran; el síndrome de hipoventilación-obesidad, el síndrome de apnea obstructiva del sueño, la hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular, algunos tipos de neoplasias (endometrio, mama, hígado) y la artropatía degenerativa de articulaciones de carga. Dentro de las comorbilidades menores destacan la dislipemia, el reflujo gastroesofágico, la colelitiasis, el hígado graso, la infertilidad. (García, 2018)

Por otro lado, existen enfermedades que han demostrado una asociación indirecta al sobrepeso y obesidad, estas según refiere la Revista Española de Endocrinología y Nutrición son el “síndrome de ovarios poliquísticos, la incontinencia urinaria, la nefrolitiasis, otros tipos de cáncer (esófago, colon-recto, próstata, vesícula biliar), la

insuficiencia venosa, la fibrilación auricular, la insuficiencia cardiaca congestiva, ciertos tipos de demencias y la hipertensión endocraneal benigna". (García, 2018)

El Universal reportó en 2015 que "la comorbilidad por obesidad está relacionada con la muerte de 170 mil mexicanos al año: de las cinco causas principales de fallecimiento en México, cuatro son, en alto porcentaje, relacionadas con la obesidad. Por enfermedades cardiovasculares mueren más de 113 mil personas al año, 50% registradas como obesas. La diabetes mellitus es la segunda causa de muerte en el país, una afección por la que mueren alrededor de 100 mil personas anualmente (y en un 80% está relacionada con la obesidad); por tumores malignos fallecen 73 mil personas al año (41% de ellos tienen obesidad) y por hígado graso más de 34 mil (un 36% con sobrepeso)" (Gómez, 2015).

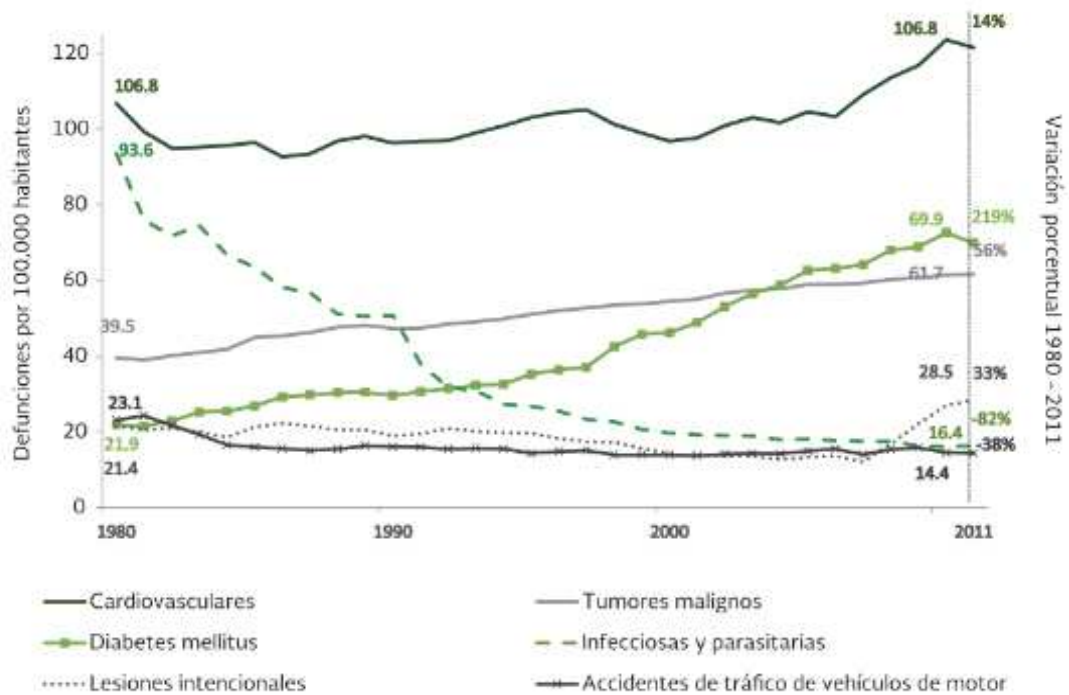
Si bien estas enfermedades son provocadas por múltiples factores, tienen en como uno de los principales factores de riesgo la mala alimentación, pues debido al rápido crecimiento de la obesidad y las evidencias medicas se deja clara su relación con el perfil epidemiológico, lo que hace que las ya los antes mencionados padecimientos se asocien al sobrepeso y obesidad como comorbilidades del mismo padecimiento.

En ese sentido, el índice de masa corporal (IMC) es el indicador que nos ayuda a identificar el sobrepeso y obesidad. "Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) se considera a una persona con sobrepeso cuando su IMC es de 25 o más y obesidad cuando el IMC es de 30 o más" (OMS, 2020).

El sobrepeso y la obesidad es un grave problema de salud pública, que como se enunció antes afecta a gran parte de la población mexicana. En palabras de A.E, Martínez; "En el año 2000 había en promedio más de 30 millones de personas con sobrepeso y obesidad, y la distribución porcentual de las causas de obesidad se había disparado considerablemente en relación con los años 30. Mientras que en

aquella época la diarrea era la principal causa de muerte, actualmente las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar. Este hecho, se relaciona directamente con lo que han llamado en años recientes la epidemia de la obesidad, misma que en términos generales ha cobrado la vida de miles de mexicanos. (A.E, 2017)

Principales causas de defunción, México 1980-2011
(Defunciones por 100,000 habitantes)



Fuente: Plan Sectorial de Salud, 2013-2018

Es decir, el grado de mortalidad ha aumentado considerablemente en poco tiempo, pues como logra apreciarse en el gráfico “Principales causas de defunción, México 1980-2011” en tres décadas las defunciones en México por diabetes mellitus presento un incremento de 219%, un incremento realmente acelerado considerando que la principal causa de muerte para la década de los ochenta era por infecciones y paracitos.

Por ello se hace énfasis en los costos económicos y sociales que se asocian al sobrepeso y obesidad, pues los costos económicos directos recaen en quienes

padecen la enfermedad, e indirectos para la sociedad en cuanto a la cantidad de impuestos que se requiere para el tratamiento, muy elevados, difícilmente costeables con los recursos individuales y del Estado para un buen tratamiento de la enfermedad.

Por ello, desde el punto de vista de las Instituciones del Estado, particularmente del sector salud, esta enfermedad crónica debe ser atendida mayormente con un enfoque de prevención pues debido a su elevado impacto asociado a su prevalencia, requiere y requerirá de mayores inversiones sustanciosas para su solo tratamiento en los próximos años de no atenderla debidamente en el contexto actual. Está claro que, frente a los recursos limitados en el sector público de salud, la optimización en su uso es fundamental. Pues, aunque no se ignora la predisposición biológica y genética de los que padecen de sobrepeso y obesidad, la propuesta de cambios a la intervención actual de prevención y combate al sobrepeso gira en torno a los factores que pueden ser alterados por intervenciones gubernamentales.

a. Determinantes del Sobrepeso y obesidad en México

La obesidad es un problema de salud que tiene origen multifactorial, en el que convergen factores genéticos, estilos de vida y el ambiente que a la vez reciben influencia de algunos determinantes externos como la globalización, la cultura, el nivel socioeconómico, la educación, el entorno social y político en el que los individuos llevan sus actividades cotidianas, debido a su complejidad, no es posible sugerir o implementar una medida única para su tratamiento y control. Se debe pensar en medidas integrales que contemplan cada uno de sus determinantes.

A manera global, la (OMS, 2020) atribuye a diversos factores el aumento del sobrepeso y la obesidad, entre ellos la modificación mundial de la dieta y la tendencia a la disminución de la actividad física. “Existe una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con

escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes. Además, el proceso de urbanización también interviene, ya que la urbe ofrece más alimentos con grandes cantidades de densidad calórica y un mayor acceso a la nueva industria alimentaria y su publicidad, lo cual influye en la selección de alimentos de la población” (Obesidad: Problema de Salud Pública en México, 2002)

De acuerdo con el Instituto de Salud Pública (INSP, 2006), se ha detectado que el tiempo que se dedica a la actividad física es mucho menor a comparación del exceso en el tiempo dedicado a actividades sedentarias, esta relación en el cambio de las tareas explica parcialmente el incremento de la prevalencia del sobrepeso y obesidad en el país. Es decir, la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas de las actividades económicas y sociales como lo son los trabajos, los cambios en los medios de transporte y la creciente urbanización son factores que han incidido de forma negativa en la prevalencia del sobrepeso y obesidad pues se estos cambios han contribuido a la sedentarización de los individuos.

Cristina Solano del Real afirma que “Nuestro país ha experimentado en las últimas décadas cambios importantes en sus perfiles demográficos y socioeconómicos. Las tasas de fecundidad y de mortalidad infantil han ido en descenso producto de una mayor información pública y una mayor respuesta de las instituciones ante las demandas de salud” (Real, 2007).

En los últimos 30 años, las condiciones demográficas se han visto seriamente modificados, pues en los últimos años la población mexicana se concentró en las zonas urbanas del país, viéndose modificadas en consecuencia las costumbres alimentarias, aumentando el consumo de calorías, azúcares simples y grasas. Lo que dio como resultado “un incremento en el contenido calórico de la dieta y una reducción en el gasto de calorías por medio del ejercicio”. (CA., 1999)

Una de las principales causas de obesidad en México se atribuye a la mala alimentación de la población derivado de la oferta de alimentos ultra-procesados,

que tienen como característica el bajo costo, y la facilidad de ser adquiridos, casi en cualquier lugar, además de la facilidad que ofrecen a los consumidores para ser ingeridos sin tener que invertir tiempo en su preparación. Así mismo, la incorporación gradual de la mujer en el ámbito laboral, aspecto social que ha contribuido no sólo al crecimiento del consumo de alimentos procesados y comida rápida, así como de la modificación de la manera de comer en casa; que combinado con la falta de información clara para el que consumidor aumentan la ingesta frecuente de estos productos, mismos que afectan gravemente su salud según un informe de (PROMEXICO, 2018).

En suma, el cambio en los hábitos de consumo de alimentos se debe, particularmente, a la coincidencia de distintos fenómenos interrelacionados entre sí que han llevado a la transformación del estilo de vida de la población mexicana, mismo que se relacionan el proceso de globalización en nuestro país, mismos que generar efectos en la urbanización, así como empleos caracterizados por el sedentarismo, lejos de casa, incremento en el ingreso, y la oferta omnipotente de productos ultra-procesados a bajo costo, de bajo aporte nutrimental.

El ambiente socioeconómico de constante desarrollo tecnológico y la creciente búsqueda de los humanos por la comodidad en las actividades de la vida cotidiana han afectado de forma directa a la incidencia de sobrepeso y obesidad.

“Como resultado de estas transiciones, en México los padecimientos infecciosos como causas de muerte están siendo sustituidos por los problemas crónicos degenerativos. “Un análisis reciente de la transición epidemiológica en México encontró que en 2006 las enfermedades no transmisibles causaron 75% del total de las muertes y 68% de los años de vida potencialmente perdidos” (Sánchez M. C., 2013).

Durante los últimos años la venta de productos que pertenecen al grupo de harinas refinadas y con alto contenido de azúcar ha aumentado en el área rural a través de las pequeñas tiendas. Esta situación, aunada a los precios elevados y muchas veces inaccesibles de las frutas, verduras y de otros alimentos de calidad

nutricional, ha contribuido a fomentar un ambiente obesogénico en las comunidades rurales.

b. Consecuencias económicas y sociales del sobrepeso y obesidad en México.

A pesar de la presencia generalizada de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en todos los sectores de la sociedad mexicana, los más desfavorecidos de la población enfrentan una mayor carga por las enfermedades crónicas asociadas con la obesidad, las cuales son un gasto repetitivo y de por vida, que le genera una mayor vulnerabilidad al no poder sobrepasar la pobreza o a recaer en ella.

En palabras de Ernesto Acevedo Fernández, subsecretario de Economía, “esta enfermedad ha generado no sólo una emergencia sanitaria sino económica, que cuesta al país 1.3 billones de pesos anuales (Navarro, 2020)”. En consecuencia, las implicaciones económicas que traen consigo el sobrepeso y la obesidad no tienen precedentes en la época actual, y lo que resulta aún más preocupante es el incremento anual en la inversión pública para atender la alta prevalencia de las enfermedades crónicas relacionadas con el sobrepeso y la obesidad que han condicionado una creciente demanda de servicios de salud, por lo que resulta imperante reforzar las medidas que reduzcan el consumo de productos ultra-procesados

“El costo de la obesidad en nuestro país se estima en 120 mil millones de pesos anuales y sólo representa el presupuesto gubernamental en salud para atender las enfermedades derivadas de esta condición; según estudios del Banco Mundial y la Organización Internacional del Trabajo, la pérdida económica anual atribuida a la obesidad y sus comorbilidades en México, es de 250 mil millones de pesos, al afectar la productividad, el deterioro de las funciones cognitivas y el aumento en la atención médica (Informe CONACyT, 2016; Informe INSP, 2014) (SISTOS, 2016)”.

El no realizar ejercicio predispone a no mantener un peso corporal adecuado. Al mismo tiempo, el tener sobrepeso y obesidad ocasiona que la persona no se sienta con la energía de realizar ningún deporte. Esto se refleja en la Encuesta Nacional de la Juventud 2005 en donde se observa que “60% de los mexicanos de 12 a 29 años no practica actividades físicas, mientras que un 39.8% sí, siendo los hombres quienes hacen más ejercicio” (Secretaría de Salud, 2010).

Por otro lado, según informes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT de 2006, reportan que “35.2% de los adolescentes (entre 10 y 19 años) son activos, 24.4% son moderadamente activos y 40.4% son inactivos. Además, más de 50% de los adolescentes pasa más de dos horas diarias frente a un televisor y de estos más de una cuarta parte hasta tres horas por día en promedio”.

La atención al problema de la obesidad requiere de una intervención con un enfoque multidisciplinar que entienda y atienda todos los aspectos que contribuyen a su comprensión.

En la actualidad, los procesos macro sociales, como la globalización y sus expresiones como lo son la disponibilidad y acceso de los alimentos, así como la difusión de los conocimientos, la migración o bien el aumento de la motorización de las actividades económicas, de manera acelerada en todos los países hacen que sea imperativo el análisis estos cambios en la vida cotidiana de la gente y sus actividades para la subsistencia diaria ha contribuido en la prevalencia del sobrepeso y obesidad debido al creciente aumento del sedentarismo.

En tanto, la transformación cultural de la sociedad es indispensable para modificar hábitos de conducta dañinos y el fomento del deporte es crucial para atender a esta problemática. *“La cultura, la organización social y el desarrollo económico influyen en la modificación de la demanda alimentaria, puesto que, en un mundo globalizado es evidente pensar en la adopción de conductas y patrones conductuales de otros países a través de la información que llega por los medios de comunicación masiva, y que es lógico que también tiene influencia en los patrones y cultura alimentaria.”* (Rivera D. J. A., 2015)

Desde hace más de tres décadas, en México se han reproducido hábitos nocivos de alimentación con el creciente consumo de comida rápida, la ingesta de alimentos con alta densidad energética. Los factores que han influido en este creciente consumo son diversos, como lo son la ya antes mencionada globalización y motorización de las actividades económicas y sociales, la influencia del ambiente como factor importante, para ello se emplea el término de “ambiente obesogénico”, que se refiere a aquellos aspectos socioculturales y socioeconómicos que influyen en el desarrollo de la obesidad, y que se caracteriza por la disponibilidad de alimentos hipercalóricos, debido a que son de costos más bajos y que resulta fácil su adquisición;

Martínez apunta que: “la estructura de las zonas de residencia, la modificación de ambientes rurales a urbanos ha limitado la presencia de espacios de recreación que favorezcan la realización de actividad física; la economía, al existir una economía abierta, la población está más expuesta a productos de baja calidad nutrimental; la cultura, debido a la incorporación de alimentos distintos a los patrones alimentarios mexicanos; y la publicidad, que se ha beneficiado por la globalización.” (A.E, 2017)

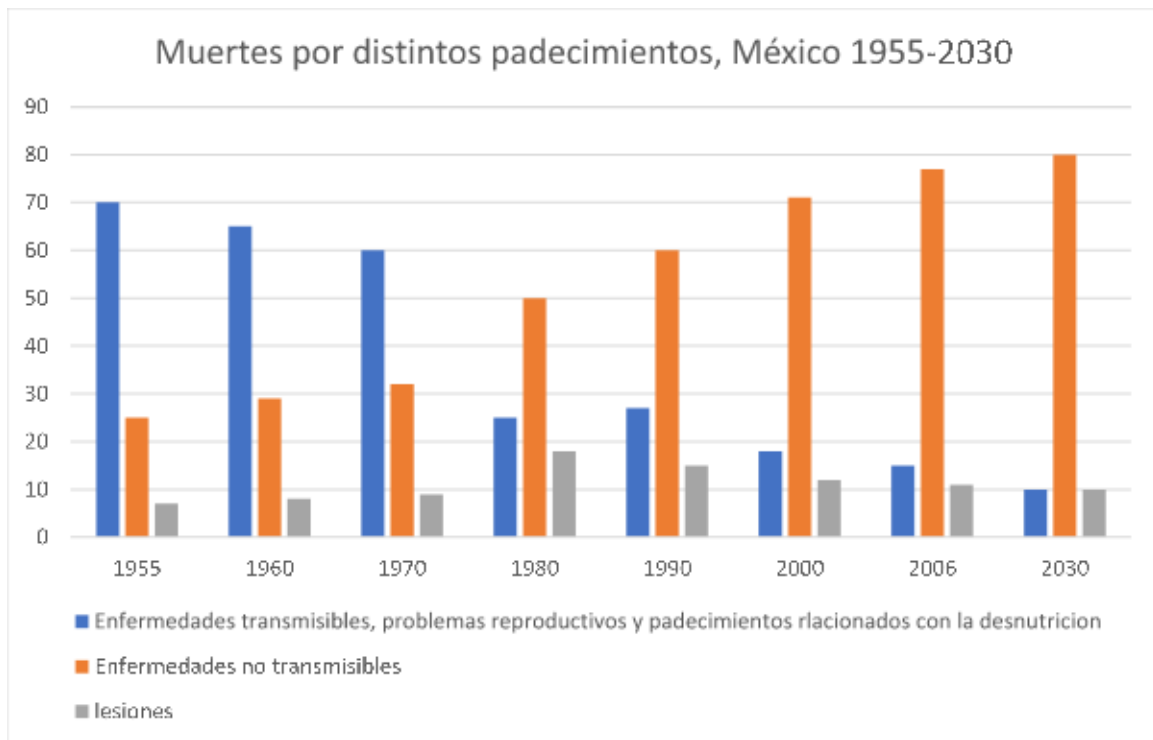
Finalmente, una implicación social de esta problemática del sobrepeso y la obesidad son el empobrecimiento de la población y la falta de educación, debido a que estas disminuyen la productividad laboral y provoca gastos catastróficos en salud relacionados con enfermedades crónicas. Considero que el factor socioeconómico es el más importante, por la extensión que requiere este punto, solo se señalara que, el nivel socioeconómico es el que condiciona los aspectos anteriores, como lo son, el ambiente, la educación, el acceso a los alimentos, mismo que a su vez se relaciona con la calidad de los mismos. En tanto, una persona pobre se encuentra en un mayor grado de vulnerabilidad de padecer de sobrepeso u obesidad, sus posibilidades de calidad de vida decrecen aún más considerando el ya antes mencionado costo individual que los individuos deben afrontar una vez diagnosticados.

c. Evolución del Sobrepeso y Obesidad en México

La obesidad es un grave problema de salud pública que afecta a una gran parte de la población mexicana. “En el año 2000 había en promedio más de 30 millones de personas con sobrepeso y obesidad, y la distribución porcentual de las causas de obesidad se había disparado considerablemente en relación con los años 30” (Simón Barquera, 2013).

En 1997, una reunión consultiva de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió la presencia creciente de sobrepeso y obesidad infantil como una peligrosa emergencia para la salud. Por lo que México crea el Sistema Nacional de Encuestas de Salud (SNES) con la tarea de Generar y obtener información pertinente y precisa de las condiciones de salud de la población y del desempeño del Sistema de Salud.

La Secretaria de salud describe en el Protocolo de la Encuesta Nacional de Nutrición: “En 1988 se llevó a cabo la primera Encuesta Nacional de Nutrición, que permitió conocer por primera vez la situación nutricional tanto a nivel nacional como de cuatro regiones (Norte, Centro, Ciudad de México y Sur) del país. Realizada en la población general, de tipo probabilística misma que incluyó 13, 236 hogares representativos, la encuesta detectó que 10% de las mujeres de 12 a 14 años y 8% de las mujeres entre 15 y 19 años presentaban sobrepeso; que las mujeres de edad reproductiva presentaban tasas de prevalencia de sobrepeso y obesidad de 10.2% y 14.6%, respectivamente; y que 5.3% de los menores de 5 años tenían sobrepeso u obesidad (en la región Norte la prevalencia era de más de 7%, mientras que en el resto de las regiones se ubicaba en alrededor de 4% y 5%), en esta encuesta, las tasas de prevalencia de sobrepeso y obesidad aún no eran alarmantes, pero sugerían realizar una vigilancia más estricta



Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

Años más tarde, la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) de 1999 mostró que, a nivel nacional, las mujeres en edad fértil (30.6%) tenían sobrepeso, y (21%) obesidad en ella destaca la mayor prevalencia de las mujeres de la región norte del país (aproximadamente 60%); en el Centro y la Ciudad de México, las tasas de prevalencia fueron similares a las nacionales y en el Sur la prevalencia fue ligeramente menor (46.9%). Para este punto, la mala nutrición y el sedentarismo empiezan a causar estragos en nuestra población adolescente. Pues para la ENN de 1999, el 27 por ciento de la población adolescente ya sufre de sobrepeso u obesidad.

Los datos reportados en esta misma encuesta para los niños menores de 5 años, comparación de los resultados de la encuesta anterior con la de 1999 mostró un aumento discreto (0.8%) en la prevalencia de sobrepeso y obesidad. No obstante, los resultados para niños en edad escolar (5 a 11 años), indicaron una prevalencia de obesidad de 27.2%; en este grupo de población, la región Norte y la Ciudad de México tuvieron una prevalencia de sobrepeso de 35.1% y 33.4%, respectivamente, mientras que en el Centro y el Sur fue menor (25.4% y 21.9%).

Incremento de la obesidad en México de 1999 a 2016			
Niños y niñas de 5 a 11 años			
Obesidad en niños de 5 a 11 años	1999	2006	Incremento 1999 a 2016
Prevalencia Nacional en niños	5.35%	9.4%	77.0%
Prevalencia nacional en niñas	5.9%	8.7%	47.0%

Como puede observarse, el incremento fue ligeramente acelerado en los años que van de 1999 a 2006, sin embargo, para los años que van de 2006 a 2016, los datos resultan bastante preocupantes debido a la rápida aceleración del padecimiento en este grupo de edad.

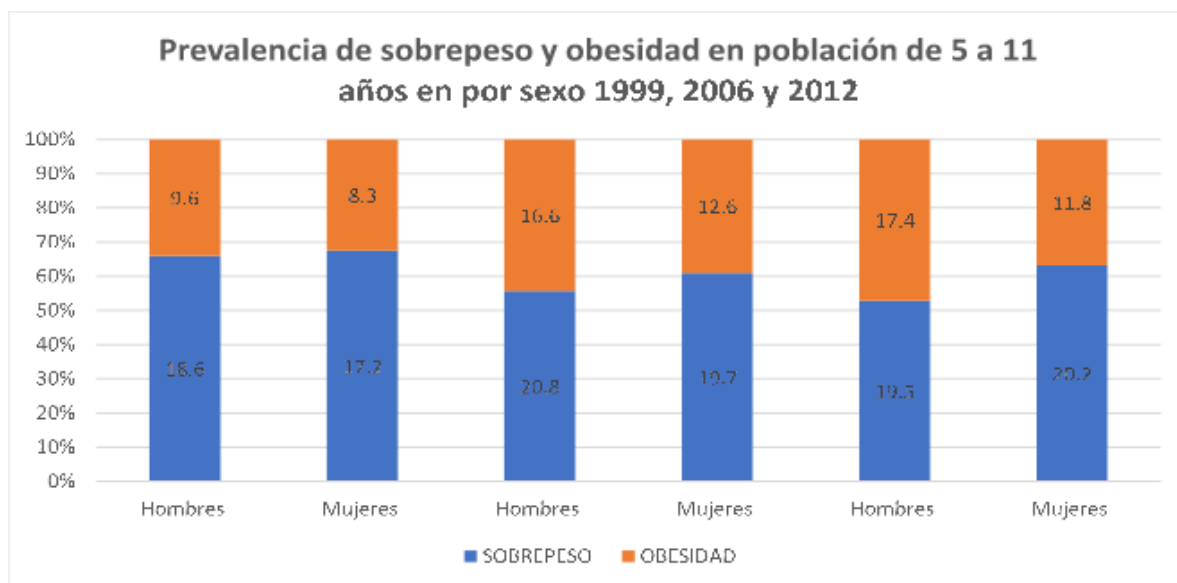
Por ello, en la ENN del año 2000 ya se hablaba de una altísima prevalencia de sobrepeso y obesidad entre la población adulta. En términos de la población en general, casi dos terceras partes presentaron un índice de masa corporal (IMC) por arriba de lo normal.

La intervención gubernamental a nivel nacional implementada en México no considera a los menores de 18 años como población objetivo por lo que no se describen acciones concretas para llevar a cabo para la prevención y control del sobrepeso y obesidad, considerando que la OMS ha señalado que actualmente somos el país con más niños con sobrepeso y obesidad, resulta incongruente la implementación de un programa social que no contempla a la población más vulnerable

“La obesidad fue diagnosticada en 23.7% de los casos y el sobrepeso en 38.4%, de modo que existían alrededor de 30 millones de adultos en México con sobrepeso u obesidad (18.5 millones con sobrepeso y 11.4 millones con obesidad)” (INSP, 2016). Respecto a la población infantil, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, como se mencionó antes el incremento más alarmante ocurrió en la prevalencia de obesidad en los niños de 5 a 11 años; y los resultados señalaban la

urgencia de aplicar medidas preventivas para controlar este problema en los escolares y detener el aumento progresivo durante los últimos años.

Sin importar el nivel socioeconómico, como se ha documentado en las encuestas nacionales de nutrición 1988, 1999 y 2006, la prevalencia de obesidad se ha incrementado: “47% en niñas en edad escolar (5 a 11 años) en tan sólo siete años (1999-2006), y 77% en el caso de los niños. Representando un incremento porcentual de 7.8% en sobrepeso y 33.3% de obesidad en mujeres adolescentes”. Estas cifras dejan al descubierto que el sobrepeso y la obesidad se presentan indistintamente entre todos los grupos de edad, de igual manera cada vez es menor la prevalencia de obesidad en zonas urbanas y rurales. Según la revista nexos en “los países de ingreso medio y alto los individuos de menor nivel socioeconómico son lo que más frecuentemente sufren obesidad”. En contraste, los países en vías de desarrollo, como México, existe una relación directa entre el nivel socioeconómico y la obesidad. (Sofía Charvel Orozco, 2013)



Fuente: CAMEG con base en INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales

Por otra parte, la Academia Mexicana de Pediatría, A.C. y la Academia Nacional de Medicina de México, A.C. reportaron que en

“2006 el 26% de los niños en edad escolar sufrían de sobrepeso y obesidad; además, precisaron que la tasa de sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años se mantuvo en alrededor de 16% entre 1988 y 2006. Asimismo, señalaron que 75% de las muertes en México en 2004 fueron ocasionadas por enfermedades no transmisibles, siendo las principales causas la enfermedad isquémica del corazón (13% del total), la diabetes mellitus tipo 2 (9.7% del total) y la enfermedad cerebrovascular (6% del total), cuyos principales factores de riesgo responsables fueron la hiperglicemia (14.1% del total de muertes), el IMC elevado (12.2% del total de las muertes) y la hipertensión (9.9% del total de las muertes), todos asociados directamente con el problema de obesidad”.

Datos alarmantes considerando la falta de acciones concretas para atender a la población menor de 18 años, a pesar de la basta evidencia de la urgencia por atender a los más pequeños considerando el acelerado crecimiento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en este grupo de edad. Pues como ya se mencionó los análisis efectuados en 2012 por la OCDE ubican a México entre los países con los niveles más altos de obesidad infantil en el mundo.

Ahora bien, en 2007, el Instituto Nacional de Salud Pública llevó a cabo el estudio “Contribución de los desayunos escolares del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Estado de México (DIFEM)”, cuyos resultados mostraron una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población escolar, cercana al 20%.

Cabe precisar que conforme a los datos de la Encuesta Nacional de Salud en Escolares (ENSE) de 2010, “en México existen más de 3 millones de estudiantes de nivel primaria y cerca de un millón 500 mil estudiantes de nivel secundaria con exceso de peso, para sumar un total de 4.5 millones de estudiantes con sobrepeso y obesidad”. (COFEMER, 2012).

La obesidad es un problema complejo de tratar debido a su multicausalidad, sin embargo, a lo largo de este capítulo se ha descrito la situación actual en la que se encuentra nuestro país desde hace más de 30 años, mismos en los que se han realizado intervenciones gubernamentales que han tenido poca incidencia en el problema público de salud. Debido a que el enfoque del tratamiento del problema no contempló la realización de un análisis multidisciplinario que de manera integral describiera las causas de obesidad, pues como se describió con antelación la dimensión multicausal del sobrepeso y obesidad se atribuye tanto a cuestiones sociales como individuales en las que la acción gubernamental se encuentra limitada y determinada.

Apartado II. Análisis de las intervenciones gubernamentales de prevención y control de obesidad y diabetes en casos seleccionados de América latina

A. Antecedentes

En el siguiente apartado se detallará la acción gubernamental establecida en el Plan Nacional de Desarrollo del año 2013 en la que se contemplan acciones intersectoriales que tienen por objetivo la disminución de la tasa de prevalencia del sobrepeso y obesidad en México. En tanto, para conocer el desempeño que tuvo en los años de su implementación se contempla una metaevaluación que ofrezca un acercamiento al grado de eficacia y eficiencia que el programa represento en la administración anterior.

La metodología de investigación de este apartado es un estudio de casos comparativa, se analizan variaciones en los contextos institucionales de cuatro países (México, Cuba, Chile y EE. UU.). Mediante la utilización de los programas existentes de prevención y control de sobrepeso y obesidad. sobre indicadores que determinan las líneas de acción, así como la población objetivo de los programas, así como los objetivos que se plantean en el combate y prevención del sobrepeso y

la obesidad, mismos que servirán en la identificación de las variaciones y coincidencias de sus contextos institucionales y la implementación de sus diferentes estrategias en el combate y prevención del sobrepeso y obesidad que tienen como propósito encontrar los elementos de mayor relevancia en la región que han ofrecido resultados favorables en el tratamiento de esta enfermedad.

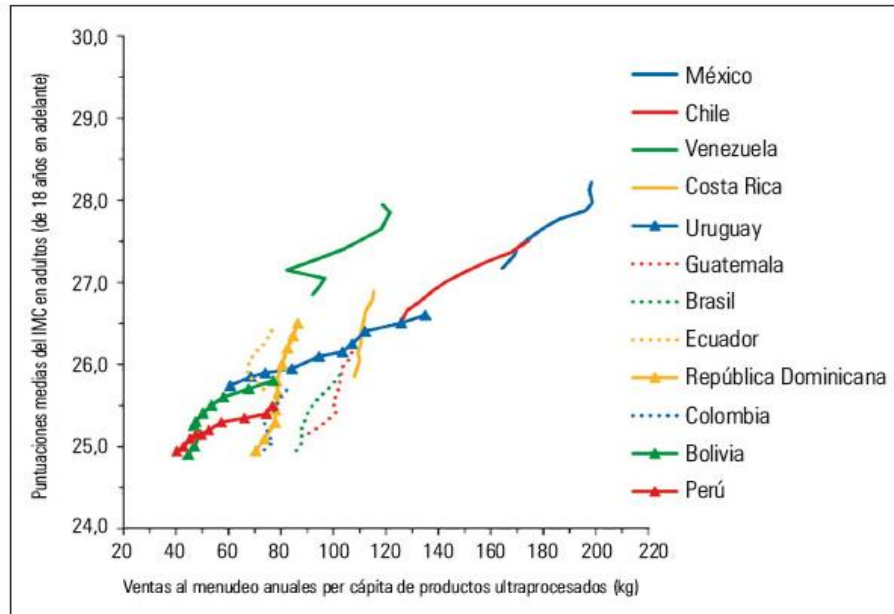
Esta metodología es pertinente, en virtud de que los cuatro países pertenecen a una misma región, América Latina; en la que si bien se encuentran diferencias fuertemente marcadas tales como régimen institucional de salud a cargo del Estado; los países están diseñando e implementando políticas de salud, acorde a las recomendaciones de organismos internacionales y mundiales, como estrategias nacionales de prevención y control del sobrepeso y la obesidad.

Algunas de la causa de malnutrición tienen origen con el funcionamiento del sistema alimentarios en el que interactúan procesos de producción y distribución de alimentos, que impactan directamente en su consumo. En tanto el entorno alimentario es un espacio favorable para el diseño de políticas, ya que representa el contexto físico, económico, político y cultural y sociocultural en el que los individuos interactúan con el sistema alimentario.

América Latina ha impulsado en los últimos años distintas políticas para la creación de entornos más saludables que contrarresten los efectos del sobrepeso y obesidad.

El problema de la obesidad a nivel mundial preocupa debido a su impresionante aumento, pues como se demostrará en este apartado el sobrepeso y la obesidad no es un problema exclusivamente regional. Según un estudio del Imperial College de Londres “la población mundial ha engordado entre 5 y 6 kilos por persona en los últimos 31 años”, en el que varios países de AL figuran entre aquellos que han registrado un mayor aumento del índice de masa corporal de sus habitantes, así como en el porcentaje de obesos.

Equation 1 Ventas anuales per cápita de alimentos y bebidas ultra procesados en América Latina, 2000-2009



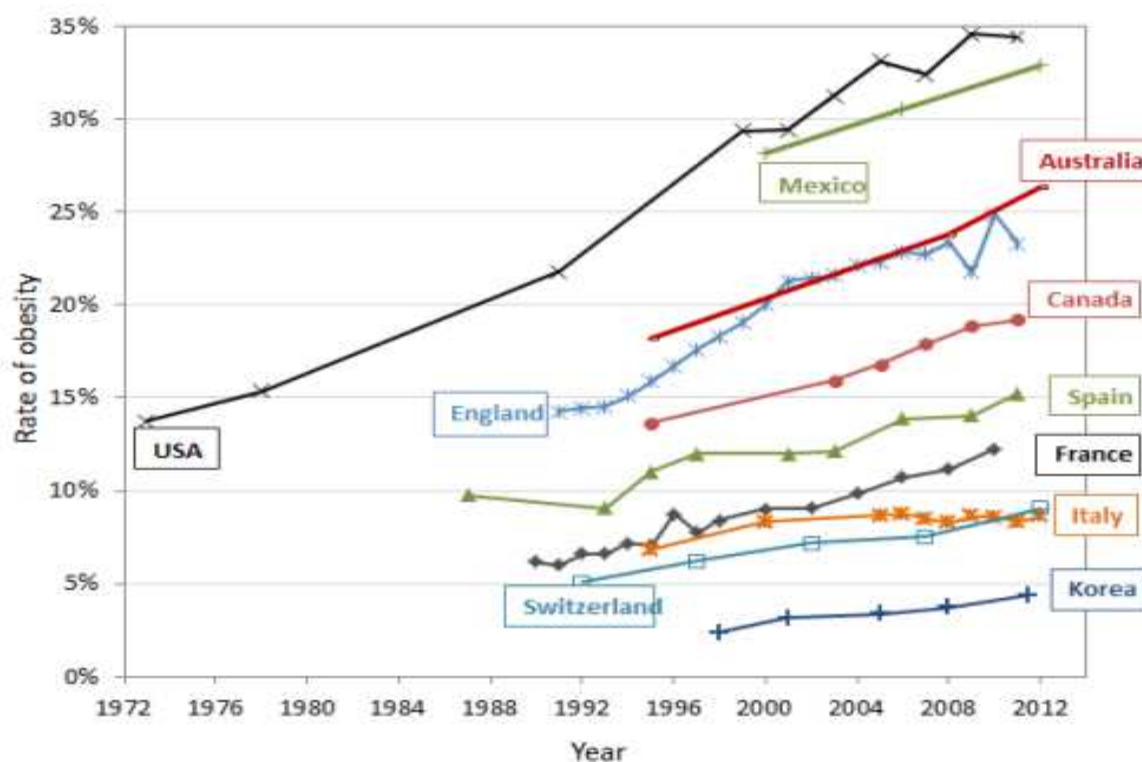
Fuente: Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas Washington, DC: OPS, 2015.

Ventas anuales per cápita de productos alimentarios y bebidas ultraprocesadas y puntuaciones medias por IMC en 12 países de América Latina, 2000-2009.

Las cifras son abrumadoras: “105 millones de personas padecen obesidad; un 24% de la población de la región, que se coloca así a la cabeza de la ingesta excesiva de calorías en todo el mundo. Mientras tanto, el hambre, la otra cara de la malnutrición, ha crecido un 11% desde 2014 y afecta ya a 42,5 millones de latinoamericanos” (FAO, 2019)

Aunado a lo anterior, la muerte prematura a consecuencia del sobrepeso y obesidad lo reporta el informe del Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional 2019, que menciona que “cada año 600.000 personas mueren en América Latina y el Caribe debido a enfermedades relacionadas con la mala alimentación y la obesidad”.

Equation 2 Tasa de crecimiento de la Obesidad en países de la OCDE, 1972-2012



Con el gráfico anterior se aprecia que la región ha empezado a reaccionar ante el alza de la malnutrición mediante una serie de políticas públicas. Países como Chile, Ecuador, Perú y Uruguay han implementado leyes de etiquetados de alimentos, que permiten a los consumidores tomar mejores decisiones al momento de la compra. Recientemente México empezó a incluir etiquetados que regulan el consumo de alimentos procesados empaquetados, para regular la oferta de productos con bajo contenido nutricional. El propósito de este capítulo es indagar en las políticas de regulación que han adoptado países en América Latina.

“La obesidad constituye un factor de riesgo relacionado con las enfermedades crónicas no transmisibles, afecta a todos los segmentos de la población y forma parte del proceso global de transición demográfica y epidemiológica por la cual atraviesan actualmente los países latinoamericanos”. (OMS/OPS, 2002)

El elevado consumo de alimentos de gran densidad energética y el sedentarismo, son los elementos principales asociados al sobrepeso y obesidad en la región latinoamericana, debido a su vulnerabilidad socioeconómica y educacional de su población.

Reporte del Euro monitor, OMS y Encuestas Nacionales sobre los porcentajes de Sobrepeso y Obesidad son:

PAIS	OBESIDAD	SOBREPESO	TOTAL
Argentina	19.20%	32.60%	51.80%
Bolivia	32.20%	37.60%	69.80%
Brasil	20.90%	32.70%	53.60%
Costa Rica	26.20%	38%	64.20%
Colombia	25.30%	38.80%	64.10%
Chile	27.10%	38.40%	65.50%
Cuba	13.70%	29.80%	43.50%
Guatemala	31.30%	37.70%	69%
Ecuador	14.20%	36.70%	50.90%
El Salvador	23%	37%	60%
Perú	17.50%	34.70%	52.20%
Paraguay	22%	35%	57%
Panamá	25%	36.50%	61.50%
República Dominicana	27.10%	37.50%	64.60%
México	32.20%	36.90%	69.10%
Nicaragua	28.30%	36.50%	64.80%
Uruguay	27.60%	37.20%	64.80%
Venezuela	26.30%	34%	60.30%
Honduras	19.20%	57.40%	76.60%

Fuente: Encuesta de alimentación de la Habana). INEI, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014, Perú. Encuesta de Factores de riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del Ministerio de Salud, Paraguay 2011. Prevalencia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedad Cardiovascular (PREFREC) Panamá 2010-2011. Encuesta Factores Riesgo Cardiovascular Rep. Dominicana EFRICARD 2011. Encuesta Mundial de Salud escolar en El Salvador, 2013 y EFRAES 2008. Encuesta Nacional de México 2014. Prevalencia de obesidad y sobrepeso Venezuela 2010. Encuesta Nacional de Uruguay 2012. Encuesta CMDI, Nicaragua. Nieto R y col. Nutrients 2014,6, 1333-63. OMS informe Honduras 2014. Encuesta Nacional de Chile 2010. 3er Encuesta Nacional de Factores de riesgo de Argentina 2013

“La prevalencia de la obesidad fue de 35.7% entre los jóvenes adultos entre los 20 y los 39 años, muy cerca del 40% de los estadounidenses. Cerca del 40% de los estadounidenses entran en la categoría de obesos”. (Liñán, 2020) Las tasas de

obesidad en los niños se han incrementado en las décadas recientes, exponiendo a más personas al peligro de enfermedades del corazón, diabetes y algunos tipos de cáncer

b. Caso mexicano

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, “aproximadamente 7 de cada 10 adultos tienen exceso de peso”. Por otro lado, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), coloca a México en el segundo lugar en prevalencia de obesidad a nivel mundial. Como consecuencia de ello, la diabetes mellitus tipo 2 presenta una dimensión crítica en nuestro país, toda vez que México ocupa el primer lugar en cuanto a personas que la padecen.

Ante este panorama el gobierno federal formulo un programa nacional para la prevención y control de las enfermedades relacionadas al sobrepeso y obesidad cuyo principio básico fue la participación articulada entre el Gobierno de la República, la iniciativa privada y la sociedad en su conjunto.

El Programa Nacional de Control Y Prevención del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes fue contemplado en el año de 2013 en el Plan Nacional de Desarrollo del mismo año en el sexenio de Enrique Peña Nieto, el programa está enmarcado en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. La intención de este acuerdo es fomentar una política de Estado de carácter intersectorial que identifique las acciones necesarias para lograr cambios sustanciales y revertir la actual epidemia de obesidad y enfermedades crónicas asociadas.

A raíz de este acuerdo se constituyó el Foro Nacional para la Prevención del Sobrepeso y la Obesidad conformado por el Ejecutivo Federal, otras instancias de los gobiernos estatal y municipal, la industria, la academia, las organizaciones de la

sociedad civil, los sindicatos, así como representantes de otros sectores involucrados.

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO, OBESIDAD Y DIABETES	
País	México
Clasificación	Salud y nutrición, Condiciones sanitarias
Sitio web	http://promocion.salud.gob.mx/dgps/.../Estrategia_con_portada.pdf
Objetivos	<p>Objetivo General</p> <p>Mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, a través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Promover la consolidación de una cultura que facilite la adopción de estilos de vida que mantengan la salud de las personas.</p> <p>Detectar oportuna y masivamente el universo de casos de sobrepeso, obesidad y diabetes para garantizar su adecuado control y manejo.</p> <p>Generar una plataforma que permita contar con recursos humanos capacitados e insumos suficientes para hacer efectivo el acceso a los servicios de salud.</p> <p>Incrementar el número de pacientes en control metabólico con diabetes mellitus tipo 2.</p>
Componentes y/o productos	<p>Acceso efectivo a Servicios de Salud.</p> <p>Calidad en Servicios de Salud.</p> <p>Mejora de las competencias y la capacidad resolutive del personal de salud.</p> <p>Infraestructura y tecnología.</p> <p>Abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio.</p> <p>Monitoreo de la cadena de suministro.</p> <p>Centro de atención a la diabetes.</p> <p>Cirugía bariátrica.</p>

	<p>Investigación y evidencia científica. Regulación sanitaria y política fiscal Establecer respuestas efectivas ante el panorama de las enfermedades no transmisibles, a través de la regulación del etiquetado y la 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.</p> <p>Reformas en materia de publicidad de alimentos y bebidas. Reformas en materia de etiquetado de alimentos y bebidas. Medidas fiscales para disminuir el consumo de alimentos y bebidas de escaso valor nutricional.</p>
Población objetivo	Toda la población mexicana
Alcance	Nacional
Institución responsable Institución ejecutora	Secretaría de Salud

Fuente: (SAN, 2021)

El reporte de la OPS de 2016 la salud de las Américas y el Caribe reporta que también en México se han implementado medidas transversales que aportan al combate de la obesidad y sobrepeso, tales como;

- Sistemas integrales de protección social, mediante el Programa de Inclusión Social “Prospera”. Se contemplan objetivos y acciones específicas vinculadas a la obesidad infantil
- Impulso de medidas fiscales basadas en impuestos y subsidios. Mediante la ley del impuesto especial sobre producción y servicios
- Recientemente incorporado el uso del etiquetado frontal de advertencia nutricional. (NOM-051)
- Fijar estándares o regulaciones para los alimentos que se distribuyen o comercializan en los centros educativos. NORMA Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar.

- Potenciar la Educación Alimentaria y Nutricional (EAN), Norma Oficial Mexicana NOM-043 de Servicios Básicos de Salud, Promoción y Educación Para la Salud en Materia Alimentaria del 2012. (OMS/OPS, 2002)

En el contexto institucional mexicano, el régimen de seguridad social está compuesto por tres grandes componentes o tipos de protección social, el primero está compuesto por las instituciones de seguridad social, que otorgan servicios a la población que tiene un trabajo formal, o población asalariada; son conformadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), y la Secretaría de la Marina.

Según el Análisis comparativo del programa de educación en Diabetes Mellitus de México y Cuba estas instituciones “cubren entre el 50 y 55% de la población; el segundo segmento está conformado básicamente por la Secretaría de Salud, el Programa IMSS Solidaridad, y actualmente el Seguro Popular, estas instituciones están dirigidas a proporcionar atención a la población no asegurada: el tercer segmento, lo integran los servicios privados, el acceso a estos servicios depende de la capacidad de pago de las personas; algunos tienen acceso por seguros médicos, cabe destacar que este segmento funciona en un contexto poco supervisado, brinda atención de calidad desigual, con precios variables y es bastante fragmentado”. (Ma. Guadalupe Interrial Guzmán, 2013)

La estrategia de combate y prevención de sobrepeso y obesidad en México se caracteriza por regular la venta, consumo y publicidad de alimentos ultra-procesados, es un programa que se caracteriza por tener como población objetivo a toda la población, es decir, ciudadanos mexicanos con o sin acceso a servicios de salud. Así mismo, otra de las características que destacan en este programa es la

participación articulada del Gobierno de la República, de la iniciativa privada y de la sociedad en su conjunto en el diseño del programa

a. El caso de Cuba

En el caso de Cuba, “La obesidad constituye hoy un factor predominante, se ha convertido en un problema de salud para el 42 % de la población y el 13% de esta cifra correspondía a menores de edad”, explicó la Dra. Lilian Valdivia García, jefa del grupo de apoyo nutricional del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso de la capital cubana (MINSAP, 2019).

Según Ma. Guadalupe Interrial Guzmán, “La diabetes mellitus se ubica entre sus primeras 10 causas de mortalidad; así mismo, se reporta un incremento sostenido en los últimos años; su prevalencia es de 33.3 (tasa por 1,000 habitantes). Al compararse con otros países, tiene una distinción particular respecto al sexo, pues su prevalencia es mayor en mujeres 41.5% que en hombres 25%” (Ma. Guadalupe Interrial Guzmán, 2013).

El contexto institucional de Cuba, referente al régimen de al sistema de seguridad social actual tiene como principal característica, la implementación de una política nacional después del triunfo de la revolución, a cargo del Sistema Nacional para la Salud, cuyos principios son, la garantía de los servicios de salud accesibles, gratuitos, regionalizados e integral, es decir, la salud está al alcance de todos los ciudadanos, en el campo y en la ciudad, de cualquier filiación política, de cualquier raza, religioso o ateo, en tanto, por lo que existe una universalización de los servicios de salud en toda la población, y una homogenización en la operación del programa estatal que previene y combate el sobrepeso y obesidad en el país.

El Programa de agricultura urbana que se fundamenta en que alrededor del 75% de la población de Cuba está viviendo en pueblos y ciudades, por lo que es necesario acercar la producción a concentra en la producción de hortalizas y frutas.

PROGRAMA DE AGRICULTURA URBANA Y SUBURBANA

País	Cuba
Clasificación	Desarrollo de cadenas productivas, Insumos productivos, Investigación y tecnología
Dimensión SAN	Disponibilidad
Sitio web	http://www.cubagob.cu/
Objetivos	<p>Misión Apoyar el autoabastecimiento alimentario local.</p> <p>Objetivo social Contribuir a la satisfacción de la demanda alimentaria de la población local, utilizando tecnologías agroecológicas sobre la base de movilizar y crear un alto grado de sostenibilidad territorial a partir de la producción de insumos que todos esos productores necesitan: semilla, abono orgánico, manejo agroecológico de plagas, etc.</p>
Componentes y/o productos	<p>Insumos productivos Tecnología agroecológica</p> <p>Se fundamenta en que alrededor del 75% de la población de Cuba está viviendo en pueblos y ciudades, por lo que hay que acercar la producción a población. Ese es el fundamento principal de este programa de agricultura urbana, el cual se concentra en la producción de hortalizas y frutas porque son de difícil transportación a grandes distancias, sobre todo con las altas temperaturas y humedades de la isla. Además, existen numerosos espacios vacíos o subutilizados en las ciudades y periferia que pueden utilizarse en la producción de alimentos y hay una abundante fuerza de trabajo disponible en las ciudades. Por último, permite utilizar los residuos de todas esas producciones para alimentar animales o alimentar las plantas a través de su procesamiento y producción de abonos orgánicos.</p> <p>La producción urbana tiene una extensión total de unas 10.000 hectáreas y se focaliza principalmente en la producción intensiva de vegetales de hoja y frutas.</p>

	<p>Su comercialización es directa al usuario. Existen 142.000 mil fincas suburbanas, (142.000 familias) que están en distintas unidades en todo el país.</p> <p>La comercialización de la agricultura urbana distribuye a la población los productos obtenidos localmente en los barrios, de manera directa, sin transporte ni gastos de combustible, a través de su red de puntos de venta, debidamente ubicados.</p>
Población objetivo	Población de pueblos y ciudades urbanas y suburbanas.
Alcance	Nacional
Cobertura geográfica	Urbano

Fuente: (SAN, 2021)

Las características que destacan de este programa se encuentran principalmente en la definición del problema del programa, en el que se pondera principalmente la prevención mediante acciones que fomentan el cambio de hábitos alimenticios, en los cuales se fomenta la agricultura, con un incremento en la oferta de alimentos saludables.

A la par en el país cubano existe otra acción gubernamental que aporta en el combate y prevención del sobrepeso y la obesidad:

"Tal es el caso del programa Agricultura Urbana y Suburbana que tiene como propósito el desarrollo de la agricultura Urbana y Periurbana, y que tiene fomenta el cultivo de plantas y la cría de animales en el interior y alrededores de las ciudades" (OMS/OPS, 2002).

En cuanto al contexto institucional de este país destacamos que Cuba tiene un sistema único de seguridad social. El cual demuestra que la efectiva implementación del programa de debe al establecimiento claro de reglas de operación y responsabilidades pues resulta más fácil controlar la operación de un programa nacional cuando es único. (Ma. Guadalupe Interrial Guzmán, 2013). Pues al contrario del caso mexicano, al no tener un sistema de seguridad social segmentado, en la

que las instituciones encargadas de implementar el programa, las instituciones actúan en conjunto y no actúan de forma distinta a lo establecido, por lo tanto, no reproducen desigualdades en la atención brindada en las personas que padecen la misma enfermedad.

b. El caso de Chile

Los últimos datos publicados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) muestran que “el 74% de la población adulta en Chile sufren sobrepeso u obesidad. Esto sitúa a Chile en el país de la OCDE con más alta tasa de obesidad y sobrepeso, por encima de México (72,5%) y Estados Unidos (71%)”. Esto sitúa a Chile en el mismo panorama que México, en cuanto al deterioro de los alimenticios y en el creciente desarrollo del sobrepeso y obesidad.

Ahora bien, lo preocupante en Chile además del porcentaje de la población que presentan sobrepeso y obesidad es el rápido crecimiento que este padecimiento ha tenido en el país, pues a diferencia del caso mexicano la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población chilena es poco más reciente que la de México. (OPS/ONU, 2015)

La CEPAL señala que “El sistema de protección social en Chile consiste en una red de servicios y políticas contributivas y no contributivas diseñada para ofrecer protección estatal de por vida para los diferentes grupos socioeconómicos. Para mejorar la colaboración intersectorial se han emprendido diversos arreglos institucionales, tales como la creación de la Secretaría Ejecutiva de Protección Social, institución que pertenece al Ministerio de Desarrollo Social y que coordina las actividades de protección social de varios ministerios, entre los que se incluyen el Ministerio de Salud (MINSAL), Ministerio de Educación (MINEDUC), Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) y Ministerio del Trabajo y Previsión Social (MINTRAB)”. (Farías, 2013, pág. 14)

Con base en los datos de 2009 de la encuesta CASEN, “el porcentaje de personas que no tienen ningún seguro médico ha disminuido a 3,5% según el Ministerio de Salud, del país”. Pues la mayoría de los trabajadores que contribuyen al sistema de salud en Chile están afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA)(Farías, 2013, pág. 51)

ACERCA DEL PROGRAMA

“El Programa Vida Sana y Obesidad, ejecutado por el Ministerio de Salud, tiene como objetivo controlar la malnutrición por exceso, mejorar el perfil metabólico y la condición física en la población entre los 6 y 65 años con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares. Consiste en un tratamiento multiprofesional de la obesidad por nutricionista, psicólogo(a) y profesor de educación física. El programa puede operar en diversos lugares, tales como una sede comunitaria, en la escuela o en el mismo centro de salud”. (SAN, 2021)

VIDA SANA Y OBESIDAD	
País	Chile
Clasificación	Extensión e información en nutrición, Salud nutricional
Sitio web	http://www.crececontigo.gob.cl/beneficios/.../
Objetivos	Objetivo Controlar la malnutrición por exceso, mejorar el perfil metabólico y la condición física en la población entre los 6 y 65 años con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.

Componentes y/o productos	Tratamiento multiprofesional de la obesidad Consiste en un tratamiento multiprofesional de la obesidad por nutricionista, psicólogo(a) y profesor de educación física, consistente en: i) 8 atenciones individuales (1 médico, 5 nutricionista, 2 psicólogo); ii) 5 intervenciones grupales (dupla nutricionista-psicólogo); iii) sesiones guiadas de actividad física y ejercicio físico por 12 meses (144 sesiones de 60 minutos o 96 sesiones de 90 minutos, con un total de 144 horas) a cargo de un profesor(a) de educación física, terapeuta de actividad física, kinesiólogo(a) y/o derivación a gimnasio según orientación técnica; 2 exámenes de glicemia y perfil lipídico.
Población objetivo	Niños(as) que hayan resultado con sobrepeso u obeso en el diagnóstico nutricional integrado que se realiza en el centro de salud o dentro del establecimiento escolar.
Alcance	Nacional
Cobertura geográfica	Urbano y rural
Organismo responsable Organismo ejecutor	Ministerio de Salud
Fuentes de financiamiento	Organismo responsable

Fuente: (SAN, 2021)

Lo relevante del caso chileno en cuanto al programa federal implementado para el combate y prevención del sobrepeso y obesidad, es la definición del problema, en este caso, la población objetivo está en la población más joven, las acciones principales son el fomento de la actividad física y el acompañamiento médico de los pacientes, sin embargo y como se mencionó al inicio de este estudio de caso, las acciones que combaten el sobrepeso y la obesidad no se encuentran limitadas en cuanto al programa específico de combate al sobrepeso.

Ahora bien, lo que diferencia a un país del otro es la forma en la que han enfrentado el padecimiento que tiene a ambos a sus sistemas de salud en crisis. Calvillo señala que “El primero de junio de 2016, entraron en vigor en Chile las leyes 20.606 y la

20.869 que regulan el etiquetado de los productos, la publicidad que se dirige a los menores de 14 años y los alimentos y bebidas en las escuelas”. (Calvillo, 2016)

En el diseño de este etiquetado se consideró que niños de entre 10 y 12 años pudieran comprender su significado, así como los adultos mayores de 60 años, así se aprobó el llamado “semáforo” en el que se utilizan los colores del semáforo para indicar si el producto tiene bajas, medias o altas concentraciones de azúcar, grasas, sodio y calorías totales.

Las diferencias tienen su origen en cómo fueron diseñadas estas políticas. “El etiquetado chileno fue el producto de un trabajo muy arduo que inició en el Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile y que fue complementado por una empresa privada que realizó grupos focales”. (Calvillo, 2016) entre los grupos poblacionales de su país con el fin de identificar el tipo de etiquetado que se adecuara a las necesidades de los consumidores chilenos, y así pudieran identificar de manera sencilla y útil el contenido nutricional de los alimentos empaquetados

En Chile se pueden encontrar programas que tienen por objetivo transformar el ambiente obesogénico, que inciden positivamente en el combate y prevención del sobrepeso y obesidad. Entre ellas se encuentran los programas y políticas con las líneas de acción en la

- Potencialización del rol de los sistemas actuales de abastecimientos y distribución de alimentos
- Incentivación de los circuitos cortos. (forma de comercio basada en la venta directa de productos frescos o de temporada que limita al máximo posible el número de intermediarios entre productores y consumidores)
- Optimización las ventajas de los Sistemas integrales de protección social
- Promoción del uso del etiquetado frontal de advertencia nutricional
- Regulación de la publicidad de alimentos.

- Fijar estándares o regulaciones para los alimentos que se distribuyen o comercializan en los centros educativos.

c. El caso de EE.UU.

La relación que tiene México y Estados Unidos es tanto cultural, económica como territorial, por eso se considera en este apartado el comportamiento del sobrepeso y obesidad en el ya mencionado país, de igual manera se justifica su análisis al considerar la relevancia histórica de su alta prevalencia de la malnutrición de sus habitantes por exceso en el consumo de alimentos ultra-procesados.

La PAHO señala que en “Estados Unidos la prevalencia de personas con sobrepeso u obesidad aumentó del 40,5% en 1960 a 66,1% en el 2010. Se calcula que más de un tercio de los adultos de Estados Unidos tiene prediabetes, y esto puede aumentar el riesgo de tener diabetes de tipo 2, cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. Para el 2050, incluso uno de cada tres adultos podría tener diabetes”. (PAHO, 2017).

Cabe advertir que si bien el caso de EE. UU no cuenta con las mismas características que los países antes descritos y analizados, son las particularidades las que resultan interesantes en su análisis

La Organización Mundial de la Salud afirma que “En las últimas tres décadas, el índice de obesidad infantil en Estados Unidos aumentó al triple. Los números son aún mayores en la comunidad afroamericana e hispana, en que casi 40 por ciento de los niños tienen sobrepeso o son obesos” (OMS/OPS, 2002).

Lo más relevante del caso estadounidense recae en su contexto institucional. En el cual los servicios de salud son principalmente prestados por el sector privado y aseguradoras comerciales, mismas que desempeñan un papel preponderante en el país en la función de financiamiento en la asistencia sanitaria.

Dicho de esta manera, estados unidos no hay un sistema de salud, hay seis, según el portal web *politikon* estos se componen de la siguiente manera;

- Seguro médico a través de la empresa (49% de la población): este es prestado como parte de una compensación salarial, en este esquema se encuentra casi la mitad de los ciudadanos estadounidenses.
- Medicaid (20%): este esquema presta servicios gratuitos para gente de pocos recursos, este es pagado con contribuciones estatales y federales, pero también individuales, y estos varían según los asegurados
- Medicare (14%); este programa de seguro médico público es para adultos mayores a los 65 años, en el que el financiamiento es similar al Medicaid, pero con mayor financiamiento, sin llegar a compararse con uno privado.
- Mercado individual (6%): en este esquema se encuentran los que se encuentran en empresas que no les ofrecen seguro médico, o que simplemente no lo acepta.
- Sanidad militar (1%): la VA (el Department of Veterans Affairs) es el sistema de salud más grande de Estados Unidos. Todo aquel que ha servido en las fuerzas armadas tiene acceso al sistema, que es básicamente gratuito y cubre casi todo. Es también completamente público: los hospitales son propiedad del gobierno federal, también más eficaz y eficiente que cualquier otro componente del sistema de salud americano.
- Fuera del sistema, sin seguro (9%): “alrededor de 30 millones de americanos no tienen seguro médico de ninguna clase. Son gente que si se ponen enferma tienen que pagarse todo de su bolsillo, y si no pueden, acaban o pagando a plazos hasta terminar” (Move, s.f.).

Ahora bien, en Estados unidos el problema de la obesidad no es tan generalizado como en México, pues podemos encontrarnos con estados que tienen poca prevalencia de obesidad en su población y otros en los que la prevalencia de este padecimiento es muy alta.

El portal electrónico Trust for America's Health señala que “Las tasas de obesidad varían considerablemente entre los estados, con Mississippi y West

Virginia con el nivel más alto de obesidad en adultos en la nación con 39.5 por ciento y Colorado con la tasa más baja con 23.0 por ciento” (Health, 2017).

En este caso, resulta importante señalar el comportamiento que ha tenido el sobrepeso y obesidad en la población latina que residen en Estados Unidos. “La Oficina del Censo de los Estados Unidos indica que actualmente hay “31.7 millones de hispanos en su territorio -11.7% de la población total-, de los cuales casi veinte millones son de origen mexicano” (EFE, chicagotribune, 2016). De esta población el “50.6% de las mujeres hispanas sufre obesidad, mientras que en los hombres del mismo grupo la proporción es del 43.1%”, según los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

“en Estados Unidos, la obesidad infantil en la población hispana está aumentando más rápido que en los otros segmentos de la población. Casi dos de cada cinco niños hispanos entre la edad de 2-19, tienen sobrepeso o son obesos. Los niños hispanos tienen un mayor riesgo de tener sobrepeso o ser obesos durante la niñez y adolescencia. Estas estadísticas son alarmantes dado que la obesidad en la niñez es un factor que contribuye a tener un mayor riesgo de complicaciones de salud como diabetes, enfermedades del corazón, hipertensión, cáncer y asma”. (Health, 2017)

Es por ello por lo que la primera dama del periodo presidencial de Barack Obama creó el programa ¡A moverse! (Let's Move!); un programa integral, creado en el mes de febrero del 2010 para resolver el problema de la obesidad infantil en una generación.

La estrategia gubernamental es una combinación de acciones integrales y sentido común, el programa ¡Let's Move! Tiene por objetivo encaminar a los niños y niñas hacia un futuro saludable, mediante una campaña fundamentalmente informativa, el programa también busca darles a los padres información útil a fin de fomentar entornos que generen la adopción de hábitos más sanos, ofrecer comidas más sanas en las escuelas. Asegurar el acceso a comidas saludables a bajo precio y mediante el fomento a actividades físicas.

Al inicio del programa, el presidente Barack Obama firmó un Memorando Presidencial que constituye el primer Grupo de Trabajo sobre la Obesidad Infantil, Las recomendaciones del Grupo de Trabajo se centrarán en los cinco pilares del programa ¡Let's Move! de la Primera Dama:

1. Darles un comienzo sano a los niños
2. Darles más poder de decisión a los padres y personas a cargo del cuidado de salud
3. Ofrecer comidas saludables en las escuelas
4. Aumentar el acceso a comidas saludables y de bajo precio
5. Aumentar la actividad física

A comparación de los casos revisados anteriormente en este apartado podemos encontrar significativas diferencias al contrastarlas con Estados Unidos, plan diferencia más significativa la podemos encontrar en el contexto institucional, con el modelo de prestación de servicios de sanidad, en la que la mayor parte de los servicios de salud están tan mercantilizados, en la que los servicios son los más diferenciados de la región. De tal forma que la injerencia gubernamental está limitada a los servicios de salud públicos, que no son tan trascendentes debidos al poco porcentaje de población que se encuentran bajo este esquema de financiamiento.

Entre las particularidades que se encuentran en Estados Unidos y que pudiera explicar la falta de un programa nacional que se dedicara al tratamiento y prevención de la obesidad y sus comorbilidades destaca el comportamiento de este padecimiento entre la población estadounidense, y es que a diferencia de nuestro país, el sobrepeso y la obesidad no está generalizada en toda la población, De acuerdo al estudio de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC),

“el sur de Estados Unidos, es la zona con mayor prevalencia de obesidad, con un 31.2 %, mientras que en el oeste central se registra el 30.7%, en el

noreste el 26.4 % y el oeste el 25.2 %. Solo los estados de California, Colorado, Hawái, Massachusetts, Montana y Utah, además del Distrito de Columbia, reportaron una prevalencia de obesidad entre 20 % y 25 %” (EFE, Chicago tribune, 2016).

A pesar de que Estados Unidos es considerado como uno de los principales países con gran prevalencia de sobrepeso y obesidad, el estudio llevado a cabo por los CDC demuestra que hay estados que no tienen un problema grave asociado al sobrepeso.

Por otro lado, en el caso de los hispanos, “la tasa de obesidad reportada en ese periodo fue del 31.9 %, comparado con un 38.1 % entre los afroamericanos y un 27.6 % entre los blancos. En los estados de Texas, Arizona, Arkansas, Illinois, Kansas, Idaho, Dakota del Norte, Pensilvania, Maryland, Michigan y West Virginia, los hispanos reportaron una prevalencia de 35 % o más” (EFE, Chicago tribune, 2016). Resulta interesante resaltar los índices que presentan los hispanos en la incidencia del sobrepeso, y a pesar de que el análisis de este caso no es la averiguación de las causas a las que se atribuye este porcentaje en la población hispana, podría considerarse que esto se debe a la cultura alimenticia de esta población y a su ingreso económico.

Estudio de casos seleccionados de América Latina; tipo de Política					
País	Cobertura	Tipo de financiamiento	Organismo responsable	Población objetivo	Tipo de intervención
México	Nacional	Público	Secretaría de salud	Toda la población mexicana	Políticas para promover el consumo de alimentos saludables
Cuba	Nacional	Público		Población de pueblos y ciudades urbanas y suburbanas.	políticas para promover la oferta de alimentos saludables

Chile	Nacional	Público	<u>Ministerio de Salud</u>	Niños(as) que hayan resultado con sobrepeso u obeso, de poblaciones rural y urbana	políticas para promover la oferta de alimentos saludables y Políticas para promover el consumo de alimentos saludables
EE.UU	Nacional	Público		Niños(as) que presentan obesidad	Conformada por combinación de estrategias integrales y sentido común

Fuente: elaboración propia

En el cuadro anterior se observa las similitudes de las intervenciones gubernamentales en cuanto a la prevención y control del sobrepeso en los países estudiados de América latina. Las convergencias de estos países se encuentran en la cobertura de estos programas, de igual manera el financiamiento público de estos al ser implementados por el Estado.

Ahora bien, las diferencias son sustanciales entre los cuatro estados analizados, en el caso mexicano y cubano, se contempla como población objetivo toda la población mayor de 18 años con o sin acceso a servicios de salud (caso mexicano), sin distinción de edad o sexo que padezcan de sobrepeso y obesidad. Sin embargo, en el caso cubano y norteamericano, la población objetivo está limitada a niños(as) con sobrepeso y obesidad.

También se observan diferencias en la definición del problema de cada país analizado, en la definición se encuentran enmarcadas las estrategias del tipo de política que implementaran, como se menciona con anterioridad, existen dos tipos de políticas de prevención y combate a la obesidad y sobrepeso. La primera está encaminada a incentivar la oferta de alimentos saludables, mientras que la segunda tiene por objetivo incentivar el consumo de alimentos saludables.

En el caso cubano se ha adoptado principalmente por la primera estrategia encaminada a promover la oferta de alimentos saludables, mediante apoyos al campo y a los agricultores, lo que busca este tipo de políticas es hacer más asequible los alimentos saludables.

Mientras tanto, México y Chile han adoptado en sus estrategias de prevención y control ambas políticas, facilitando la oferta de alimentos saludables a la población, Chile en mayor medida que México, es el apoyo a los agricultores y campos de sus países en el acercamiento de productos saludables a sus poblaciones. Lo realmente destacable de estos dos casos es la implementación las políticas de promoción de consumo de alimentos saludables, en este tipo de estrategias se encuentran las regulaciones fiscales de los alimentos ultra-procesados. Principalmente Chile y México son los países latinoamericanos que en ellos últimos años han avanzado considerablemente en cuanto a regulación de alimentos “chatarra” en su mercado. Entre los más recientes podemos encontrar el etiquetado frontal de advertencia que tiene por objetivo orientar al consumidor sobre el contenido nutricional de los productos, e incremento de los precios a los productos ultra-procesados a consecuencia de impuestos por contenido calórico.

En cuanto Estados Unidos, el estudio de caso arroja muchas particularidades en cuanto al comportamiento del padecimiento en la región, como primera particularidad, se encontró en su análisis que el programa ¡Let’s Move! No cuenta con un presupuesto fijo en el ejercicio fiscal del Estado, es una iniciativa de la primera dama que no cuenta con las características de política pública o de un programa social, la descripción del programa es considerada una combinación de estrategias integrales y sentido común en la que la población objetivo son los niños(ñas) previamente diagnosticados con sobrepeso y obesidad, en la que se instruye a los menos sobre hábitos alimenticios sanos y la importancia de la actividad física en su rutina cotidiana.

Considerando que Estados Unidos de América es considerado el país con la mayor prevalencia de personas en su población y en la región que padecen de esta condición según datos de la OCDE, se esperarí una política de salud contundente

en la prevención y combate del sobrepeso y obesidad, sin embargo, es el país en el que se encuentra la intervención gubernamental más endeble en comparación con los casos anteriores, entre sus causas encontramos que el contexto institucional de salud que prevalece en el país, mismo que no permite la intervención gubernamental en su sistema de salud.

Por otro lado, las características de prevalencia del sobrepeso y obesidad en Estados Unidos se comportan de manera distinta en la región, pues a diferencia de los casos anteriores la obesidad en este país se encuentra segmentada en minorías, los latinos residentes en estados unidos son los que presentan la mayor tasa de prevalencia como se señaló anteriormente, y dicha prevalencia se encuentra identificada igualmente por estados, a diferencia de los casos estudiados de América Latina en la que la prevalencia de sobrepeso y obesidad se encontraba generalizada en su población.

d. Recomendaciones a partir del estudio de casos de AL

En el caso mexicano los esfuerzos institucionales, especialmente, los federales quedan a la deriva en cuanto a la implementación de la política pública, pues a pesar de que las normas están bien diseñadas, las instituciones encargadas de llevar a cabo las acciones pautadas en el programa tienen la libertad de implementar el programa de acuerdo con los recursos disponibles, por lo que se presentan inconsistencias en su implementación. Por ello se considera que la inconsistencia institucional repercute de manera negativa en cuanto al combate y prevención del sobrepeso y la obesidad, así mismo, las intervenciones gubernamentales en el caso mexicano no retoman acciones que fomenten la producción de alimentos saludables por lo que se recomienda la incorporación de políticas que apoyen al campo y fomenten la producción de alimentos saludables.

En cuanto a las acciones gubernamentales que se han implementado en América Latina no son desdeñables, es clara la resistencia de los productores de alimentos

privados, la dura resistencia de los intereses privados ha perjudicado de manera importante en la implementación de acciones gubernamentales realmente efectivas.

La obesidad sigue en aumento, el gasto público destinado a la atención de las enfermedades por sobrepeso y obesidad, así como sus comorbilidades cada vez es mayor, mientras que las instituciones de salud encargadas de su tratamiento cada vez se encuentran con menores recursos para librar la batalla al sobrepeso y obesidad, el resultado, miles de muertes a consecuencia de la obesidad y sus comorbilidades.

Finalmente existe un tipo de intervención gubernamental que sobresale en el control y prevención del sobrepeso y obesidad, esta es la de Chile, como se describió con anterioridad, la intervención no queda solo en la aplicación del programa específico, también se apoya el mismo de acciones integrales que tienen como propósito el fomento de consumo de alimentos saludables, y de forma particular en este caso encontramos que se toman acciones que incentivan al campo en la producción de alimentos saludables, si bien México ha incorporado algunas acciones similares, la intervención se orienta mayormente a la regulación de la oferta de alimentos ultra-procesados, con muy poco incentivos al campo en la producción de alimentos saludables, principalmente podemos atribuir este problema a que los intereses privados han preponderado en la formulación y diseño de programas que tienen como propósito el combatir el problema de malnutrición en el país.

La influencia de los intereses de los grandes productores de alimentos ultra-procesados se debe principalmente a dos cuestiones, por un lado, nuestra cercanía con EE. UU., territorial y culturalmente ha logrado una interacción económica en la que nuestro país depende de la inversión del país vecino, que, con el paso de los años, se ha creado una codependencia de sus productos convirtiéndonos en sus principales consumidores. Creando relaciones estrechas y poco flexibles con los principales productores de este tipo de alimentos. Relaciones que no se logran identificar en Cuba y Chile.

Se encuentra en común entre los cuatro países de América Latina el alto incremento de las defunciones anuales de miles de personas a consecuencia de enfermedades no transmisibles. En cuanto a México y EE. UU. Se puede rastrear el problema del sobrepeso y obesidad en los años ochenta, sin embargo, tanto en Chile como en Cuba, los índices de Sobrepeso y obesidad son más recientes, y podemos observar que son estos últimos presentan mayores avances en cuanto a la formulación de acciones encaminadas al combate y prevención de enfermedades no transmisibles.

Por ello es importante el diseño e implementación de políticas públicas diseñadas de acuerdo el contexto económico-social de cada país, a fin de ofrecer resultados que contribuyan en la solución del problema. En este contexto, es importante verificar la calidad de las evaluaciones a fin de determinar el desempeño de los programas sociales.

III. Evaluación de desempeño del PNCPSOD y Acciones sugeridas para su mejoramiento.

a) La evaluación en México

En palabras de Cardozo “En los años recientes se ha incrementado el interés por la valoración de las acciones y actuaciones de los gobiernos, lo cual se traduce en una necesidad de llevar a cabo evaluaciones constantes de los programas que integran la política pública con el objetivo de seleccionar los más eficientes y eliminar o modificar aquellos que resulten improductivos. En México, las preocupaciones en torno a la evaluación se intensifican a finales de los setenta” (Cardozo M. B., 2006);

Sin embargo, “el proceso de evaluación de programas gubernamentales comenzó a instrumentarse de manera sistemática a partir de 1997 con la creación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) y se generalizó en forma obligatoria para todos los programas gubernamentales sujetos a reglas de operación, con base en la decisión incluida en el Presupuesto de Egresos de la

Federación, aprobado por la Cámara de Diputados en el año 2000” (Cardozo M. I., 2006, pág. 13)

Sin embargo, el marco normativo que institucionalizó el proceso de evaluación se dio entre 1999 y 2006, se establecieron las “reglas del juego”, la definición de acciones y atribuciones de los actores en materia de evaluación de desarrollo social.

Dicho lo anterior, las evaluaciones permiten establecer el grado de cumplimiento de las metas de los programas sociales el grado de eficiencia operativa, el costo beneficio y la adecuación a las normas operativas, apego al marco normativo y la correcta correspondencia entre gasto y objetivos. “Es posible que la explicación más importante del cambio de cultura hacia la evaluación suceda a partir de los avances democráticos en el país, entendidos como el equilibrio de poder entre el Congreso y el Ejecutivo, iniciados en 1997. Fueron el punto de partida de una nueva era en la política mexicana (la era del gobierno plural), pues desde entonces ningún partido político ha sido capaz de ganar la Presidencia y alcanzar la mayoría absoluta en el Congreso simultáneamente” (Nacif, 2010)

De tal manera que “las evaluaciones resulten ser procesos eminentemente políticos. Hasta hace unas décadas, sólo los autores próximos a enfoques “cualitativistas” - como MacDonald (1977), House (1980) o Guba y Lincoln (1981; 1987; 1989), entre otros- hubieran suscrito tal afirmación” (Sánchez E. G., 2014).

En palabras de Cardozo; "Las evaluaciones tienen como objeto de estudio -las políticas y los programas públicos- que son propuestos, elaborados, debatidos, financiados y aprobados en el seno del proceso político". Su dinámica, sus estructuras y sus actores -en especial, aquellos implicados en la política pública evaluada- inciden notablemente en su realización. (Cardozo, 2006)

“Aunque la evaluación se realice para políticos, no es un ejercicio de política militante; es un ejercicio académico, científico y profesional sobre el estado en que se encuentra un problema de la agenda pública. Por lo tanto, el primer

riesgo de la evaluación consiste en que los valores y creencias del evaluador lo acerquen a la dogmática política y lo conviertan en parte de la contienda. Frente a este posible sesgo, lo que queda es su legitimidad científica–técnica que debe ser percibida como objetiva, independiente, creíble, imparcial, veraz”. (Salcedo, 2011, pág. 19)

Por ello es que el proceso evaluativo se considera una actividad intrínsecamente política, pues en ella se ven involucrados diversos intereses de diversos actores, que difícilmente no se contraponen en la lucha por obtener mayor cuota de poder e influencia en el proceso evaluativo, con el propósito de influir a favor de sus preferencias. Sin embargo el proceso evaluativo debe alejarse de este tipo de disputas, pues el objetivo de las mismas debe encaminarse a la construcción de escenarios racionales, neutrales e integrados en torno a objetivos comunes. Es decir, deben buscar la mejora constante de las intervenciones gubernamentales en favor del bienestar común.

b) ¿Qué es la meta evaluación?

Es necesario distinguir primero entre evaluación y meta evaluación. Como se mencionó con anterioridad, la evaluación se ocupa de los resultados del proyecto. En cambio, a la meta evaluación le interesan los resultados solo en cuanto síntoma de la evaluación, es decir, una meta evaluación es la evaluación de la evaluación, sin embargo, el criterio no es tan simple, es más bien un tipo de evaluación; para Cardozo es “un tipo particular de evaluación que enjuicia la calidad y el mérito de lo que hacen los evaluadores profesionales, persigue el perfeccionamiento de sus trabajos y promueve una mayor comprensión de estos” (Cardozo M. I., 2006, pág. 136)

La meta evaluación se concibe, pues, “como un proceso que propicia el diálogo abierto y el juicio colectivo sobre la utilización de los resultados de la evaluación y, de este modo, contribuye al aprendizaje organizativo mediante la investigación evaluativa” (Sánchez E. G., 2014). Es por ello que se considera al proceso de meta

evaluación es considerado un termómetro de la veracidad, viabilidad, objetividad y fiabilidad de la información recabada en el proceso evaluativo.

El concepto de Meta evaluación se maneja desde una fecha tan temprana como es el año 1968. La Meta evaluación, la evaluación de la evaluación, es un concepto introducido por Scriven (1968) cuando afirmaba que “los evaluadores tienen la obligación profesional de que las evaluaciones propuestas o finalizadas estén sujetas a una evaluación competente, la metaevaluación”. Su base racional es que “la evaluación es un tema particularmente auto-referente, puesto que se aplica a todos los esfuerzos humanos serios y, en consecuencia, a la propia evaluación” (Mateo, s.f.).

A continuación, se presenta un breve recorrido por algunos de los principales enfoques de evaluación y metaevaluación, en la que se destacan los diferentes enfoques que los autores han destacado como los más relevantes en el análisis evaluativo y su dimensión política.

“La obra de Michael Scriven (1969; 1991; 2007) constituye, en este recorrido, una parada ineludible. No en vano, fue este autor el que acuñó el término metaevaluación a finales de los años sesenta. En su opinión, el meta evaluador puede y debe servirse no sólo de aquellos estándares que han sido específicamente formulados para la metaevaluación, sino también de aquellos otros que han sido concebidos para la realización de evaluaciones. De esta consideración surgieron sus dos propuestas: la Meta-Evaluation Checklist y la Key Evaluation Checklist. La Meta-Evaluation Checklist (MEC) incluye una serie de ítems, que el autor obtiene de diversas fuentes, sobre el deber ser del estudio evaluativo”. (Sánchez E. G., 2014)

Propuesta “Checklist“ para la meta evaluación

Cuadro-resumen

Meta-Evaluation Checklist (Scriven, 1991)

La evaluación debe:

	<ul style="list-style-type: none"> -explicitar y justificar los estándares de valor realizados -ser comprensible -ser creíble -ser ética -ser factible -ser precisa desde el punto de vista técnico, pero sin que se olviden cuestiones como, la relevancia de la información proporcionada. - ser “sensible” desde el punto de vista político, esto es, que atienda y responda a las necesidades de las distintas audiencias. -ser oportuna -ser segura -ser válida -ser rentable en términos de coste-eficacia.
<p>Key Evaluation Checklist (Scriven, 1991; 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La metaevaluación debe analizar: - Los antecedentes y el contexto de la evaluación - La definición de los términos empleados - Las descripciones de la evaluación que hagan sus responsables - Los criterios de valor - La identificación de las audiencias y de los stakeholders. - La determinación de los costes y recursos. - La valoración del proceso de investigación y de sus resultados. - Las alternativas existentes a la evaluación - La posibilidad de generalización de la evaluación - La significación global de la investigación evaluativa - La existencia de recomendaciones sobre el uso o el destino de la evaluación.
<p>(Schwandt y Halpern, 1988)</p>	<p>La metaevaluación debe comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la metodología empleada en la metaevaluación es la adecuada. - Si las evidencias encontradas son correctas (y, por tanto relevantes, fiables, suficientes, representativas y han sido recabadas a tiempo)

<i>(Program Metaevaluations (Stufflebeam, 1999)</i>	<i>Evaluations Checklist</i> Las evaluaciones deben cumplir con los siguientes requisitos: - Utilidad - Viabilidad - Pertinencia (adecuación a las normas) - Rigor (precisión)
<i>Guiding Principles Checklist for Evaluating Evaluations (Stufflebeam, Goodyear, Marquert Y Johnson, 2005)</i>	La meta evaluación debe analizar - Si la evaluación es una investigación sistemática. - El grado de competencia de los evaluadores - La integridad y honestidad del proceso. - Si ha existido respeto por las personas - Si los evaluadores han asumido responsabilidad por el bienestar de la sociedad
<i>Evaluación democrática deliberativa (House y House,2000)</i>	La metaevaluación debe comprobar si la evaluación se ha atendido a los principios de: - Inclusión - Deliberación - Diálogo

Elaboración propia con base en Metaevaluación de políticas públicas: una visión desde la ciencia política, Ester García Sánchez. (2009)

A lo anterior Ester García, menciona que la metaevaluación no puede quedar reducida al mero examen de la calidad técnica de una evaluación. Pues la metaevaluación como se mencionó antes es un proceso de investigación, así mismo, también es una empresa política que se desarrolla en un contexto político. Tal como menciona Patton (1997), “la meta evaluación es tanto más necesaria cuanto más politizado esté el contexto y cuanta más visibilidad e importancia hayan alcanzado las evaluaciones en él”. (Sánchez E. G., 2014),

Ahora bien, Santos Guerra enumera en seis “contextos básicos de exploración” la problemática de la evaluación en la que la matriz cambia. La propuesta de Guerra es una propuesta de comprobación o guía para el meta evaluador, en ese sentido, está aporta una visión global y comprensiva del itinerario que puede seguir el meta evaluar al revisar una evaluación. Momentos de la evaluación según Guerra: constitución, justificación, presentación, valoración y difusión.

DIAGRAMA: LOS MOMENTOS DE LA METAEVALUACIÓN (Basado en Santos Guerra, 1999)	
CONSTITUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Génesis de la evaluación • Iniciativa <ul style="list-style-type: none"> - Impuesta desde la jerarquía - Generada por los protagonistas • Proceso de negociación
JUSTIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias, métodos y procedimientos • Tratamiento de los datos • Rigor <ul style="list-style-type: none"> - argumentación utilizada - selección y aplicación de métodos - triangulación
PRESENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Contenido y forma de los informes • Adecuación a diversas audiencias • Estructura lógica, coherencia interna, extensión, claridad expositiva, etc.
NEGOCIACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Carácter democrático • Entrega rápida y no jerarquizada
VALORACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Motivaciones, intenciones, actitudes, presiones
DIFUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho de los afectados a la información • Derecho de los profesionales a la discreción • Riesgos: demora excesiva, adulteración de los informes, maquillaje

Para el presente trabajo, se considera la propuesta de Santos Guerra para la realización de la metaevaluación al Programa Nacional de Prevención del Sobrepeso, obesidad y Diabetes, debido a que su trabajo detalla los pasos que deben seguirse, sistemáticamente en una metaevaluación, la valoración que debe tener el informe y la importancia del metaevaluador.

c) Metaevaluación al PNCPSOD

“El costo de la obesidad en nuestro país se estima en 120 mil millones de pesos anuales y sólo representa el presupuesto gubernamental en salud para atender las enfermedades derivadas de esta condición; según estudios del Banco Mundial y la Organización Internacional del Trabajo, la pérdida económica anual atribuida a la obesidad y sus comorbilidades en México, es de 250 mil millones de pesos, al afectar la productividad, el deterioro de las funciones cognitivas y el aumento en la atención médica” (Ciencias, 2018)

La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes fue emitida el 31 de octubre de 2013 con la finalidad de promover la prevención y control de la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades no transmisibles. Según datos organismos internacionales, México tiene una de las mayores prevalencias de sobrepeso, obesidad y diabetes en el mundo. “Uno de cada tres niños y siete de cada diez adultos presentan sobrepeso y obesidad (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Resultados Nacionales., 2012). En México, la prevalencia de diabetes mellitus en adultos mayores de 20 años representa alrededor de 14% y es responsable de más de 87 mil muertes cada año” (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013).” El 72.5% de los adultos mexicanos tiene sobrepeso u obesidad, cuando el promedio en la OCDE es de 55.6%, mientras que en el caso de los niños la cifra es de 37.7%, frente a un promedio de 31.4%” (Ortega, 2019).

En el libro El Costo de la Obesidad en México: Propuestas de política pública “Se estima que sólo para diabetes mellitus tipo 2 atribuible al sobrepeso y obesidad se gastan entre 82 y 99 mil millones de pesos al año, cifra que incluye los costos de tratamiento médico, las pérdidas en ingreso por morbilidad y las pérdidas en ingreso por mortalidad” (IMCO, 2015)

Publicación y entrada en vigor de las regulaciones para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.

Alianza por la salud alimentaria, 2015.

REGULACIÓN	LEY O REGLAMENTO QUE SE MODIFICA	PUBLICACIÓN EN DOF	ENTRADA EN VIGOR
Publicidad de alimentos y bebidas dirigida a niños.	Art. 22 Bis, fracción X y 86, fracción VI del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.	15 de abril 2014	Se realizó en 3 momentos: <ul style="list-style-type: none"> • Al día siguiente de la publicación. • A los 90 días, es decir 15 de julio 2014 (botanas, bebidas saborizadas, chocolates, productos similares a chocolates y productos de confitería). • El 1 de enero 2015 (productos no señalados).
Etiquetado frontal de alimentos y bebidas no alcohólicas	Art 25 Bis del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.	15 de abril 2014. 25 de julio 2014 se modifica.	30 de junio de 2015.
Distintivo nutrimental.	Art 25 Bis del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.	15 de abril 2014. 25 de julio 2014 se modifica.	30 de junio de 2015.
Expendio y distribución de Alimentos y Bebidas en Escuelas	Lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica.	23 de agosto de 2010. 16 de mayo 2014 se modifica.	3 etapas de implementación, una por ciclo escolar. En las escuelas del tipo básico: a partir del ciclo escolar 2014-2015. En escuelas del tipo medio superior y superior: el ciclo lectivo, el segundo semestre de 2014.
Impuestos a bebidas azucaradas y alimentos con	Reforma a la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS).	11 de diciembre 2013.	1 enero 2014.

alta densidad energética			
-------------------------------------	--	--	--

El plan de acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles que aprobó la Asamblea Mundial de Salud, en el marco de la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud, *“instó a los estados miembros para elaborar y aplicar políticas y planes integrales de prevención y control de las principales enfermedades crónicas no transmisibles; por lo que la Secretaría de Salud impulsó la creación del Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA)”* (OPS/OMS, 2013). La Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, como una política con carácter multisectorial, tuvo como objetivo principal revertir la epidemia de enfermedades no trasmisibles, derivadas del sobrepeso y la obesidad como la diabetes y la hipertensión, con acciones dirigidas a proporcionar a los individuos los conocimientos y la información necesaria que condujera a un cambio de hábitos alimenticios y de actividad física, el cual estaría a cargo del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud.

La Academia Nacional de Medicina señaló en 2012, en el estudio *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*, *“indicó que el ANSA se enfrentó a diversas barreras para su adecuada implementación, pues no estableció objetivos, ni metas, ni mecanismos de evaluación. Adicionalmente, se señaló que, en términos reales, el costo derivado de las enfermedades asociadas al sobrepeso y la obesidad, ascendieron en 2008 a 42,000 millones de pesos; y de continuar la tendencia se estimó que para 2017, llegaría a 101,000 millones de pesos”*. (Medicina., 2012)

Ante este panorama y la falta de logros del ANSA y del Programa presupuestario U008 “Prevención contra la Obesidad”, que se evidenciaron en la Encuesta Nacional

de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, misma que mostró que “de los 69,245.5 miles de mexicanos de 20 años o más, el 71.3% (49,358.2 miles de personas) presentó sobrepeso (38.9%) u obesidad (32.4%)”. El programa dejó al descubierto sus debilidades y los decadentes resultados obtenidos con el diseño formulado para ese año se tuvieron que someter una profunda modificación.

El *programa de Prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes* tuvo como objetivo prevenir y detectar oportunamente casos de obesidad y riesgo cardiovascular a fin de tratarlas y evitar complicaciones, en tanto se presentó como un programa que se contemplaba en el PND 2013-2018, a través de la Meta Nacional II “México Incluyente” y su Objetivo 2.3. “Asegurar el acceso a los servicios de Salud”. De igual manera en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PSS) mediante el Objetivo Sectorial 1. “Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades” por lo que es un programa que pretende atender a toda la población con una ejecución en todas las entidades del país. (México, 2013)

Ejercicio fiscal del PNPCSD	
Año	Monto asignado
2013	300,000,000.0
2014	299,240,649.0
2015	322,972,434.5
2016	511,898,056.2
2017	369,990,123.9
2018	395,850,232.0
2019	453,260,098.0
2020	512,200,003.0

FUENTE: Elaboración propia con datos de la plataforma transparencia presupuestaria.
 NOTA: No hay presupuesto asignado al programa para el ejercicio fiscal 2021

En los años de su implementación el programa se sometió a numerosas modificaciones en lo que se refiere al diseño e implementación, así como al presupuesto asignado. Pese a que el programa estaba contemplado hasta el año 2018, el gobierno actual decidió conservarlo dos años más, y aunque en la

actualidad no hay un programa similar que lo sustituya, el último presupuesto asignado al programa es rastreable hasta el año 2020.

Como puede observarse en la tabla anterior sobre el ejercicio fiscal presupuestado al PNPCSOD las variaciones al presupuesto asignado al inicio de su puesta en marcha presentó significativos cambios y recortes en el presupuesto asignado, para los últimos años del programa se observan asensos en las cifras que no logran ser significativas para el cumplimiento de los objetivos del programa

“En el PND 2013-2018 se reconoció la falta de capacidad para atender plenamente el derecho a la salud, debido a que las instituciones del sector habían enfocado la atención hacia lo curativo y no a lo preventivo, por lo que el sobrepeso y la obesidad habían llegado a niveles muy elevados en todos los grupos de la población y, dado su papel como causas de otras enfermedades, aumentaron la demanda de los servicios de salud, afectando el desarrollo económico y social de la población. Por ello, el Gobierno Federal diseñó la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, a fin de promover una política pública nacional para generar hábitos de consumo alimenticio saludables y fomentar la actividad física, con el objetivo de mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a desacelerar el incremento en la prevalencia de obesidad” (ASF, 2013)

A continuación, se describen los resultados principales de las evaluaciones realizadas al PNPCSOD, en los años de su funcionamiento.

- Evaluación de Diseño 2013:
https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Ficha_Monitoreo_Evaluacion_2013/SALUD/12_U008.pdf

Evaluación a cargo de: Laura Elena Gloria Hernández. CONEVAL

Resultados

El indicador de Fin de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) en 2013 superó la meta de 31% y alcanzó un valor de 35.18% de control de obesidad en población mayor de 20 años atendida en la Secretaría de Salud. En 2011 y 2012 el valor del indicador fue de 28.33% y 31.25%, respectivamente, mostrando una tendencia ascendente; al tiempo que la meta se incrementó 1% anual en este periodo. Este indicador se considera adecuado para medir la contribución del programa a la solución del problema que busca atender, la obesidad y el sobrepeso.

Observaciones

Se considera que, la MIR del Programa presupuestario U008 "Prevención contra la Obesidad" presentó deficiencias para verificar el cumplimiento de los objetivos del programa, no se corresponde con las atribuciones del centro, como organismo evaluador del impacto de los resultados y de la información generada en los servicios de salud en las entidades federativas, respecto de la detección, tratamiento y control del sobrepeso y la obesidad, para apoyar la toma de decisiones en el sector salud.

- Evaluación de resultados: Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2014 – 2015; https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/ED_2014_2015/SALUD/U008_PYCOBESIDAD/U008_PEYCOBESIDAD_IE.pdf

Evaluación a cargo de: Mireya Vilar Compte; Universidad Iberoamericana, A.C.

Resultados:

En la evaluación se reporta que *"El Programa en 2014 y 2015 no ha identificado claramente el problema que busca atender"*. El objetivo principal del programa se enfoca en un tema de gestión (fortalecimiento del tratamiento y prevención del sobrepeso, obesidad y diabetes) pero no se hace referencia a los resultados que se

pretenden generar por la intervención. En la reestructuración programática para 2016, planteada en el documento "*Estructura programática a emplear en el proyecto de presupuesto de egresos 2016*", se propone la fusión del programa evaluado. En este sentido, el nuevo programa debe contar con un diagnóstico completo que defina claramente la problemática que busca atender y el tipo de intervención que se va a instrumentar. El nuevo diseño debe contemplar las buenas prácticas y las lecciones aprendidas en el sector.

Observaciones

En el informe se consideran inconsistencias en el diseño del programa, se considera modificar indicadores de fin que midan prevalencias del problema que el programa busca modificar.

Se sugiere la elaboración de un Marco Lógico que ayudaría a fijar objetivos, así como a definir indicadores y poblaciones. El programa tiene el reto en el establecimiento de Reglas de Operación que aclaren las acciones vinculadas al programa.

- Evaluación de resultados: Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2014 – 2015; https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/ED_2014_2015/SALUD/U008_PYCOBESIDAD/U008_PEYCOBESIDAD_IC.pdf

Evaluación a cargo de: Mireya Vilar Compte; Universidad Iberoamericana, A.C.

Resultados:

En cuanto a los indicadores de resultados, el indicador de “% de control de obesidad en la población de 20 años y más”, rebasó la meta establecida en 32%, alcanzando un control de obesidad de 36.3%. El indicador de resultados de “% de pacientes que ingresan a tratamiento contra el sobrepeso y la obesidad” rebasó la meta establecida en 90% alcanzando un cumplimiento de 109%, lo cual habla de que ingresaron a tratamiento más personas de las programadas. En cuanto a los

indicadores de servicios y gestión, el indicador “% de detecciones realizadas de obesidad” superó la meta planteada en 2014 que se estableció en 90%. El indicador de “supervisión al personal de salud en las entidades, que realiza acciones contra el sobrepeso y obesidad” alcanzó la meta planteada en 80%. Este indicador ha tenido un avance no constante; en 2012 alcanzó el 100%, y de ahí se redujo a 70% en el año 2013. Para los últimos tres indicadores citados anteriormente, surge la duda de la forma en que se programan las actividades. Además, calcular un porcentaje dividiendo lo logrado entre lo programado tiene potenciales incentivos a programar un número bajo de eventos.

Observaciones

En 2015 hubo un cambio en el nombre y enfoque del programa, pasando de "Prevención contra la obesidad" a "Prevención y control de sobrepeso, obesidad, diabetes". Este cambio es relevante ya que el nombre es ahora consistente con las acciones realizadas por el programa de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles (obesidad, diabetes)

- Evaluación de diseño: Ficha de Monitoreo 2016-2017; https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2016_2017/FMyE_12_U008.pdf

Evaluación a cargo de: Adolfo Martínez Valle: CONEVAL

Resultados:

En la ficha de monitoreo se diagnosticó que existe una desvinculación importante entre el Propósito y los Componentes, así como entre los Componentes y las Actividades, que no existen mecanismos de elegibilidad y asignación de apoyos que se vinculen al financiamiento de las acciones. La MIR presenta modificaciones en 2015, 2016 y 2017, en la redacción de los indicadores en todos sus niveles, tratando de brindar mayor claridad, en relación a la MIR 2016 presenta un indicador de fin, tres de propósito, tres de componente y ocho de actividad; En 2017 se focaliza el

programa y cambia a un indicador de propósito, tres de componente y cinco de actividad, por lo que sólo un indicador de propósito se da seguimiento para 2017, el cual reporta en 2016 un nivel inferior a su meta de 40% en 18.19%, lo que representa 675,203 personas que logran control de sus padecimientos a través del tratamiento recibido por el programa. Este avance se logró debido a la contribución de estrategias establecidas por el programa como el Sistema de Información en Crónicas, que contribuye al seguimiento de pacientes.

Observaciones

La Matriz de Indicadores para Resultados presenta problemas estructurales principalmente en la lógica vertical. El Programa no puede demostrar el desempeño, ya que presenta debilidades en sus mecanismos de monitoreo.

Hay inconsistencia entre las definiciones de las poblaciones (atendida, objetivo y potencial.) Hay inconsistencia en la información relacionada con la cobertura sin encontrar explicaciones asociadas (reportan el doble de mujeres respecto a hombres)

- Evaluación de Diseño; Ficha de Monitoreo 2017-2018; https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2017_2018/FMyE_12_U008.pdf

Evaluación a cargo de: Adolfo Martínez Valle: CONEVAL

Resultados:

Entre los principales hallazgos de la evaluación de Diseño se relacionan con la MIR y señaló deficiencias importantes en la lógica vertical ya que los diferentes niveles no cumplen con las relaciones de causa-efecto. Asimismo, algunos indicadores no miden adecuadamente los objetivos para los cuales fueron planteados. Presenta modificaciones en la MIR de 2015, 2016 y 2017, en la redacción de los objetivos e

indicadores en todos sus niveles, tratando de brindar mayor claridad. En 2017 no modifica su indicador de Fin, pero por ser bianual no tiene información en el ejercicio, aunque es preciso señalar que en datos anteriores ha superado la línea base (14.62), el Propósito se mide con un indicador a diferencia de 2016 que tenía tres, éste reporta avance de 26.74% de su meta programada (40%), el cual se justifica por la reducción presupuestaria de más de 10 m.d.p. que tuvo el Programa, cuenta además con tres indicadores de Componente y cinco de nivel Actividad

Recomendaciones:

No se considera pertinente la definición de las poblaciones, ya que las intervenciones que realiza el Programa se orientan a las entidades federativas y no a la atención directa a la población (personas). El Programa tiene pendiente la realización de una evaluación de Consistencia y Resultados mandatada en el PAE2017, la cual le puede permitir analizar la lógica interna del mismo para mejorar sus resultados. Trabaja con cifras preliminares o estimadas, debido al retraso de información que presentan sus fuentes (Subsistema de Prestación de Servicios (SIS), Proyecciones CONAPO versión Censo 2010 Proyecciones de la Población por condición de derechohabiencia 2010-2018, DGIS y de la sección de Servicios Otorgados).

Una vez analizados los datos más relevantes de las evaluaciones de Diseño y Resultados del PNPCSOD, se tienen las siguientes consideraciones en cuanto a la Constitución, Justificación, Presentación, Negociación, Valoración, y Difusión de los informes de evaluación:

Meta evaluación del Programa Nacional de Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes 2013-2018

(Basado en el esquema de meta evaluación de Santos Guerra, 1999)

CONSTITUCIÓN	En las evaluaciones revisadas en los en los años correspondientes se observa el mismo punto de partida para la constitución de cada una de las evaluaciones, en cada evaluación, el CONEVAL, es el encargado de presentar las evaluaciones
JUSTIFICACIÓN	En cuanto a la justificación de las evaluaciones, la metodología no está especificada en los informes de evaluación. El tratamiento de los datos no es congruente entre las evaluaciones revisadas. Se aprecia en los datos presentados en las evaluaciones inconsistencia en los datos. Los objetivos e Indicadores también presentan inconsistencias en las evaluaciones presentadas a consecuencia de las recomendaciones y modificaciones hechas al programa
PRESENTACIÓN	En lo que se refiere a la presentación, los informes y fichas de monitoreo tienen un contenido y forma homogénea en la que la información se encuentra redactada legible y de fácil entendimiento, sin embargo, no se considera en esta meta evaluación que se adecua a diversas audiencias, pues es necesario tener conocimiento previo sobre evaluaciones y el programa para la codificación de la información. La escritura es lógica y coherente, en cuanto a la extensión de las evaluaciones se considera adecuada conforme a la información presentada.
NEGOCIACIÓN	El carácter democrático está presente en las evaluaciones, pues presenta la información de mayor interés de forma precisa en los informes y fichas de monitoreo.
VALORACIÓN	No se percibe en las evaluaciones motivaciones, intenciones, actitudes o presiones a favor o en contra del programa, en tanto la información se presenta de forma crítica y neutral.
DIFUSIÓN	En lo referente a la difusión de la información de las evaluaciones del programa es pública y gratuita, al pertenecer a un programa público.

En suma, como puede observarse en las evaluaciones y en la meta evaluación realizada al programa de prevención y combate al sobrepeso y obesidad en México encontramos que es un programa con deficiencias importantes en su diseño al no contar con una identificación clara del problema que pretende atender, de igual manera las inconsistencias en su diseño se deben principalmente al enfoque que opta por el fortalecimiento del tratamiento y prevención del sobrepeso y obesidad,

pero no en los resultados que pretenden generar en la intervención del problema, es decir en el control del padecimiento.

En seguimiento a las debilidades del diseño del programa se encontró que el programa no cuenta con reglas de operación que aclare las acciones vinculadas al programa. En tanto las obligaciones y límites del programa no están debidamente determinadas. También se encontró que el programa demuestra inconsistencias en la definición de sus poblaciones (atendida, objetivo y potencial).

En consecuencia, los resultados que el programa presenta en cuanto a desempeño no pueden ser medibles o demostrables, pues este presenta debilidades en sus mecanismos e monitoreo, esto quiere decir que no existen datos que demuestren el número de personas beneficiadas con el programa.

Finalmente, se destaca que se encontró en las evaluaciones inconsistencias en la información relacionada a la cobertura, que no logra definir el grupo poblacional atendido. De igual manera las evaluaciones reportan un retraso en la información que presentan sus fuentes.

Se puede concluir que las evaluaciones presentaron resultados satisfactorios sobre las deficiencias y debilidades del programa, sin embargo, cabe destacar que estas mismas no lograron modificaciones relevantes en el programa que lo condujeran hacia el logro de resultados favorables de los objetivos.

En cuanto a las evaluaciones revisadas, se considera que las evaluaciones son una investigación sistematizada en la que se consideran los mismos aspectos en cada una de ellas y se pormenorizan los aspectos más importantes del programa, tales como sus objetivos e indicadores, en ese sentido se considera que las evaluaciones revisadas son comprensibles, precisa desde el punto de vista técnico y relevante en torno a la información proporcionada.

d) Propuesta de cambios al PNCPSOD a partir de la meta evaluación

Una vez señaladas las debilidades del programa y el desempeño de las evaluaciones considero pertinente señalar posibles cambios a la estrategia gubernamental puesta en marcha para la prevención y combate de la obesidad y el sobrepeso en México.

Como se señaló al principio de este capítulo, la principal deficiencia del programa es la falta de obligatoriedad de las acciones tomadas por las autoridades encaminadas al logro de los objetivos del programa. Pues en ese sentido la lógica en la que fue construida la Estrategia, no ofrece soluciones en términos cuantitativos a corto plazo para detener este problema.

Las acciones tomadas en la intervención gubernamental de prevención y combate a la corrupción deben tener un carácter de obligatoriedad, de tal modo que el programa debe contar con reglas de operación debidamente establecidas en las que se determinen tanto las acciones como los actores vinculados al programa. Por ello, resulta imperante la adopción de un marco normativo fuerte capaz de garantizar la puesta en marcha de manera eficiente los acuerdos establecidos a nivel internacional por las autoridades responsables.

El programa de prevención y control del sobrepeso y la obesidad debe identificar claramente el problema que busca atender, mediante la definición clara de población atendida, objetivo y potencial, mediante la determinación clara de la cobertura del programa, pues en el programa actual, está no es clara y mucho menos precisa en cuanto a población y cobertura. En tanto se requiere de la construcción de políticas con sistemas de seguimiento, monitoreo y evaluación que permitan ofrecer resultados confiables, oportunos y suficientes.

En cuanto a la implementación se menciona en el capítulo dos, como uno de los principales retos de la formulación de un programa de prevención y combate de obesidad y diabetes la interferencia de intereses privados en decisiones de salud pública.

Es imperante dejar de privilegiar los intereses privados de las industrias de alimentos ultra procesados, transnacionales, sólo para mantener un nivel favorable de inversiones en el mercado carentes de responsabilidad social. Así mismo, es importante reconocer que la falta de conocimiento de las necesidades de las poblaciones han invalidado políticas de regulación efectivas en cuanto a la oferta de alimentos ultra procesados y fortalecer las herramientas de política identificadas como positivas en otros países como lo son las campañas informativas y medidas fiscales y regulatoria, pues las actuales han demostrado grandes deficiencias en su implementación debido al conflicto de múltiples intereses, principalmente de los privados.

Es por ello por lo que se considera que el país requiere de la reestructuración de la intervención gubernamental que pretende prevenir y controlar la incidencia del sobrepeso y obesidad en México. Como se menciona con anterioridad, resulta imprescindible recobrar el poder productivo del campo, paralelo a lo anterior disminuir el fortalecimiento de la industria de alimentos procesados, con el propósito de garantizar el acceso de toda la población a alimentos de calidad, seguros y nutritivos. En tanto resulta urgente el diseño e implementación de un programa público que oriente e informe de manera efectiva sobre las alternativas saludables que sean fácilmente adoptadas al estilo de vida de las distintas zonas del país.

Hoy en día los esfuerzos por asegurar el acceso regular de toda persona a una alimentación adecuada no sólo son un imperativo moral, por ello la nueva intervención estatal debe tomar en cuenta la complejidad que engloba la seguridad alimentaria, reconociendo a los múltiples actores y factores que se involucran desde los procesos productivos para proveer alimentos a la población.

Conclusiones

El reto es no sólo relacionado con el sobrepeso y la obesidad, sino de la malnutrición en términos generales, pues para controlarla se requiere del compromiso y de la correcta coordinación de distintos actores, tanto del sector público como del privado.

Si bien el problema del sobrepeso y obesidad es en gran parte un problema que se combate fundamentalmente con el compromiso individual de quien la padece. La magnitud del sobrepeso y la obesidad en la población mexicana es un problema de salud pública que representa una amenaza al desarrollo y la productividad nacional. Que particularmente en el momento histórico que vivimos en la actualidad las consecuencias de una seria mala composición corporal generaliza en la población cobra mayor relevancia al representar una mortalidad mayor en la población mexicana.

La esencia multicausal del problema impide generar acciones o políticas únicas o correctas para el tratamiento y prevención del sobrepeso y obesidad. Así lo demuestra el persistente y evidente crecimiento de la incidencia de ambos padecimientos en los grupos de edad de niños, adolescentes y adultos que no muestra tendencia a detenerse. Por esta razón, y en vista de que a nivel internacional hemos sido reconocidos como el país líder en el enfrentamiento del sobrepeso y obesidad, parece que en los últimos años el gobierno ha tomado conciencia de la gravedad de esta problemática lo que representa una ventana de oportunidad para que nuevas propuestas sean tomadas en cuenta.

Es por ello por lo que considero que una sola intervención gubernamental no es suficiente, pues la actual se enfoca principalmente en el control de las enfermedades no transmisibles. En tanto existe esta necesidad de fortalecer la política pública actual que busca englobar los esfuerzos en la prevención del sobrepeso y la obesidad que hacen urgente la creación de canales específicos de comunicación entre las instancias gubernamentales y los demás sectores de la sociedad, ya que el contexto actual el mundo entero lucha contra un virus que ha hecho despertar a la sociedad civil para su involucramiento y demandar alimentos saludables a las grandes compañías productoras de alimentos procesados, y al gobierno por mejores políticas de regularización de estos alimentos.

Sin ignorar el contexto social de nuestro país, una verdadera política de prevención y no tanto del control de las enfermedades no transmisibles como lo son el sobrepeso y obesidad, pues aunque parece una enfermedad asociada al abuso del

consumo de alimentos con exceso de contenido calórico y graso, esconde en ella una la gran brecha de desigualdad de la que adolece la región latinoamericana, en la que las personas con el menor nivel adquisitivo son los más expuestos a padecer de esta enfermedad, con un precario régimen de seguridad social y un costo altísimo por el que pagar para atender de manera efectiva.

Precisamente esta situación es la que motivó a la creación de las alternativas y líneas de acción propuestas en este proyecto de investigación, que hacen notoria la gran cantidad de maneras en que la industria, la academia y la sociedad civil pueden involucrarse con las autoridades para ayudar a que el sobrepeso y la obesidad no continúen siendo una característica de la anatomía de la población mexicana.

Si bien es cierto que la salud es un derecho y es deber del gobierno garantizarla, también es cierto que hay una responsabilidad inherente al individuo que debe optar por estilos de vida saludables. Se ha llegado al punto en donde es imposible que las autoridades carguen con todo el peso, económico, social político de este problema. Es tarea de todos los integrantes de la sociedad el buscar alternativas y estrategias integrales que promuevan una sana alimentación, adopción de hábitos saludables y una cultura de la actividad física, así como es tarea del gobierno propiciar espacios para tomar en cuenta las opiniones de la sociedad e instrumentarlas en acciones que nos lleven a una mejor calidad de vida y un mayor bienestar.

Bibliografía

(s.f.).

A.E, M. (2017). *La consolidación del ambiente obesogénico en México*. México: Estudios Sociales.

Abuse, N. I. (1 de Agosto de 2018). *NIH*. Recuperado el 20 de 12 de 2020, de <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/comorbidity-substance-use-disorders-other-mental-illnesses>

ASF. (2013). *Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades*. Obtenido de https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2013i/Documentos/Auditorias/2013_0182_a.pdf

- CA., A.-S. (1999). *Promoción de la salud para la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas vinculadas con la alimentación y el estilo de vida*. España: ICEPSS Editores.
- Calvillo, A. (07 de Junio de 2016). *Observa-t Perú*. . Recuperado el 26 de 03 de 2021, de https://testigos.intermediaweb.com.mx/testigos/clip_reporte_histo_ssl.php?clave=11454600&vcveusu=
- Cardozo, M. B. (2006). *La evaluación de políticas y programas públicos: El caso de los programas de desarrollo social en México*. México: Camara de Diputados-Porrúa.
- Cardozo, M. I. (2006). *La evaluación de políticas y programas Públicos: El caso de los programas de desarrollo social en México*. México: Porrúa.
- Ciencias, C. C. (14 de febrero de 2018). *Consejo Consultivo de Ciencias*. . Obtenido de *Obesidad en México: antecedentes, retos y oportunidades*: <https://www.ccciencias.mx/es/fichas/item/502-obesidad-mexico-retos.html>
- COFEMER. (2012). El problema de la obesidad en México. *Documento de investigación de Regulación NO.2012-02*, 25.
- EFE. (2016). *Chicago tribune*. Recuperado el 26 de 04 de 2021, de <https://www.chicagotribune.com/hoy/ct-hoy-8705662-los-latinos-reportan-mayor-prevalencia-de-obesidad-en-eeuu-story.html>
- EFE. (07 de septiembre de 2016). *chicagotribune*. Obtenido de *chicagotribune*: <https://www.chicagotribune.com/hoy/ct-hoy-8705662-los-latinos-reportan-mayor-prevalencia-de-obesidad-en-eeuu-story.html>
- (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Resultados Nacionales*. . Cuernavaca, México: INSP.
- Endocrinología, C. L. (mayo de 2015). *Declaración de Recife*. Recuperado el 26 de 03 de 2021, de: <http://www.sld.cu>
- Farías, C. R. (2013). *Sistemas de protección social en América*. Santiago de Chile: GIZ, CEPAL.
- García, L. C. (2018). Complicaciones Asociadas a la Obesidad. *Revista Española de Endocrinología y Nutrición*, 14(3).
- Gómez, A. (14 de julio de 2015). Mueren por obesidad al año 170 mil. *El Universal*.
- IMCO, I. M. (2015). *El Costo de la Obesidad en México: Propuestas de política pública*. Ciudad de México: Instituto Mexicano para la Competitividad, A.C.
- INSP. (2006). *sobrepeso y obesidad: epidemiología, evaluación y tratamiento*. 22.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, I. (2013). *Mortalidad por diabetes mellitus*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/>
- ITESM. (2007). *ALTERNATIVAS DE POLÍTICA PÚBLICA PARA ATENDER EL PROBLEMA DE LA OBESIDAD EN MÉXICO*. México.

- Liñán, S. G. (3 de 03 de 2020). *El Financiero*. Recuperado el 6 de 03 de 2020, de <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/salvador-garcia-linan/obesidad-dano-epidemico-en-estados-unidos/>
- Ma. Guadalupe Interrial Guzmán, C. C. (2013). Análisis comparativo del programa de educación en Diabetes Mellitus de México y Cuba. *CUIDARTE*, 519.
- Mateo, M. S. (s.f.). *Metaevaluación: ¿por qué y para qué?* Obtenido de educrea: <https://educrea.cl/metaevaluacion-por-que-y-para-que/>
- Medicina., G. M. (2012). *Obesidad en México: recomendaciones*. México: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- México. (2013). *Estrategia Nacional de Prevención y Control del sobrepeso, obesidad y diabetes*. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/276108/estrategia_sobrepeso_diabetes_obesidad.pdf
- MINSAP. (29 de octubre de 2019). *Ministerio de Salud Pública de la República de Chile*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública de la República de Chile: <https://salud.msp.gob.cl/obesidad-infantil-en-cuba-un-problema-en-aumento/>
- Navarro, M. F. (08 de 01 de 2020). El sobrepeso y la obesidad cuestan 5.3% del PIB a México: OCDE.
- Obesidad: Problema de Salud Pública en México. (2002) J. González Barranco. México
- OMS. (2020). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 13 de 09 de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- OMS/OPS. (2002). La Salud en las Américas:53-103. Recuperado el 06 de 03 de 2021
- Ortega, A. (7 de noviembre de 2019). *Diabetes y obesidad, el desafío del sistema de salud en México: OCDE*. Obtenido de Expansión Política: <https://politica.expansion.mx/mexico/2019/11/07/diabetes-y-obesidad-el-desafio-del-sistema-de-salud-en-mexico-ocde>
- PAHO. (2017). *Salud en las Americas*. Recuperado el 6 de 03 de 2021, de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/estados-unidos-de-america&lang=es
- PROMEXICO. (2018). *SECRETARÍA DE ECONOMÍA*. Recuperado el 11 de 10 de 2020, de <https://embamex.sre.gob.mx/rusia/images/stories/Comercio/procesadospromexico.pdf>
- Reyes, F. (12 de Noviembre de 19). *Naciones Unidas*. Recuperado el 4 de 03 de 2021, de <https://news.un.org/es/story/2019/11/1465321>
- Rivera D. J. A., H. A. (2015). Recomendaciones para una política de Estado. En H. A. Rivera D. J. A.. México: UNAM.

- Salcedo, R. (2011). *Evaluación de políticas públicas*. México: escuela de administración pública del df y secretaría de educación del df.
- SAN, P. D. (2021). *PLATAFORMACELAC*. Recuperado el 29 de 03 de 2021, de <https://plataformacelac.org/politica/259>
- Sánchez, E. G. (16 de abril de 2014). Metaevaluación de políticas públicas: una visión desde la ciencia política. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 5.
- Sánchez, M. C. (2013). Sobre peso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y Sociedad VOL.25*.
- SISTOS, V. H. (2016). *SOBREPESO Y OBESIDAD, UN PROBLEMA DE POLÍTICA PÚBLICA*. Ciudad de México: CIDE.
- Social, C. N. (2015). *La política de la evaluación en México: 10 años del CONEVAL*. México: CONEVAL.
- Sofía Charvel Orozco, M. L. (2013). Obesidad, la epidemia . *Nexos* .

ANEXOS

Programa Nacional de Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/EstrategiaNacionalSobrepeso.pd>
[df](#)

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

1970	2014
1. Enteritis y otras enfermedades Diarreicas	1.Enfermedades del corazón
2. Influenza y neumonía	2. Diabetes mellitus
3. Ciertas causas de la morbilidad y la mortalidad perinatales	3. Tumores malignos
4. Tumores malignos	4. Accidentes
5. Homicidios y lesiones causadas Intencionalmente	5.Enfermedades del hígado
6. Enfermedades del corazón	6.Enfermedades cerebrovasculares
7. Enfermedades cerebrovasculares	7. Agresiones
8. Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	8.Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas

9. Accidentes	9. Influenza y neumonía
10. Tuberculosis en todas sus formas	10. Ciertas causas de la morbilidad y mortalidad perinatales

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

Las enfermedades crónicas representan 7 de las 10 principales causas de muerte en México

10 principales causas de muerte en México, 2016.



Principales causas de muerte por sexo

Rango	Total	Hombres	Mujeres
1	Enfermedades del corazón 141 619	Enfermedades del corazón 75 256	Enfermedades del corazón 66 337
2	Diabetes mellitus 106 525	Diabetes mellitus 52 309	Diabetes mellitus 54 216
3	Tumores malignos 84 142	Tumores malignos 41 088	Tumores malignos 43 053
4	Enfermedades del hígado 38 833	Agresiones (homicidios) 28 522	Enfermedades cerebrovasculares 17 881
5	Accidentes 36 215	Enfermedades del hígado 28 400	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 11 140
6	Enfermedades cerebrovasculares 35 248	Accidentes 27 362	Enfermedades del hígado 10 418
7	Agresiones (homicidios) 32 079	Enfermedades cerebrovasculares 17 366	Influenza y neumonía 9 828
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 22 954	Influenza y neumonía 12 063	Accidentes 8 823
9	Influenza y neumonía 21 892	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 11 814	Insuficiencia renal 5 757
10	Insuficiencia renal 13 167	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 7 452	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 5 567

■ Enfermedades del corazón
 ■ Diabetes Mellitus
 ■ Tumor maligno
 ■ Otras enfermedades no transmisibles
 ■ Accidentes
 ■ Agresiones (homicidios)
 ■ Enfermedades transmisibles

**Presupuesto programado de los programas con una vinculación con la
prevención de la obesidad, el sobrepeso y las enfermedades no transmisibles,
así como al acceso al agua potable
(Millones de pesos)**

Programas	AÑO		
	2013	2014	2015
Secretaría de Salud			
Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes	300	312	324
Promoción de la salud, prevención y control de enfermedades crónicas, no transmisibles y lesiones	752	829	864
Programa de Desarrollo "Comunidad DIFerente"	n.a.	177	183
Instituto Mexicano del Seguro Social			
<i>PrevenIMSS: Atención a la salud pública</i>	2,772	3,566	2,729
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado			
<i>PrevenISSSTE</i>			
Detección oportuna de enfermedades	184	193	184
Orientación para la salud	91	86	88
Ramo 33			
Fondo de Aportaciones Municipales (FAM) Asistencia Social	7,909	8,573	8,660
Secretaría de Educación Pública			
Programa de la Reforma Educativa	n.a.	7,567	7,567
Programa Escuelas Dignas	2,830	3,330	3,330
Comisión Nacional del Agua			
Programa de Agua Limpia	58	60	62
Programa Directo de Agua Limpia	0	4	4
Programa para la Construcción y Rehabilitación de Agua Potable y Saneamiento de Zona Rurales	2,696	2,799	2,956
TOTAL	17,592	27,497	26,952

n.a. El programa no existía en 2014.

Fuente: Probatío S.C. Elaboración propia con base en el Sistema de Evaluación del Desempeño disponible en el Portal de Transparencia Presupuestaria, consultado del 28 de septiembre al 3 de octubre de 2015.