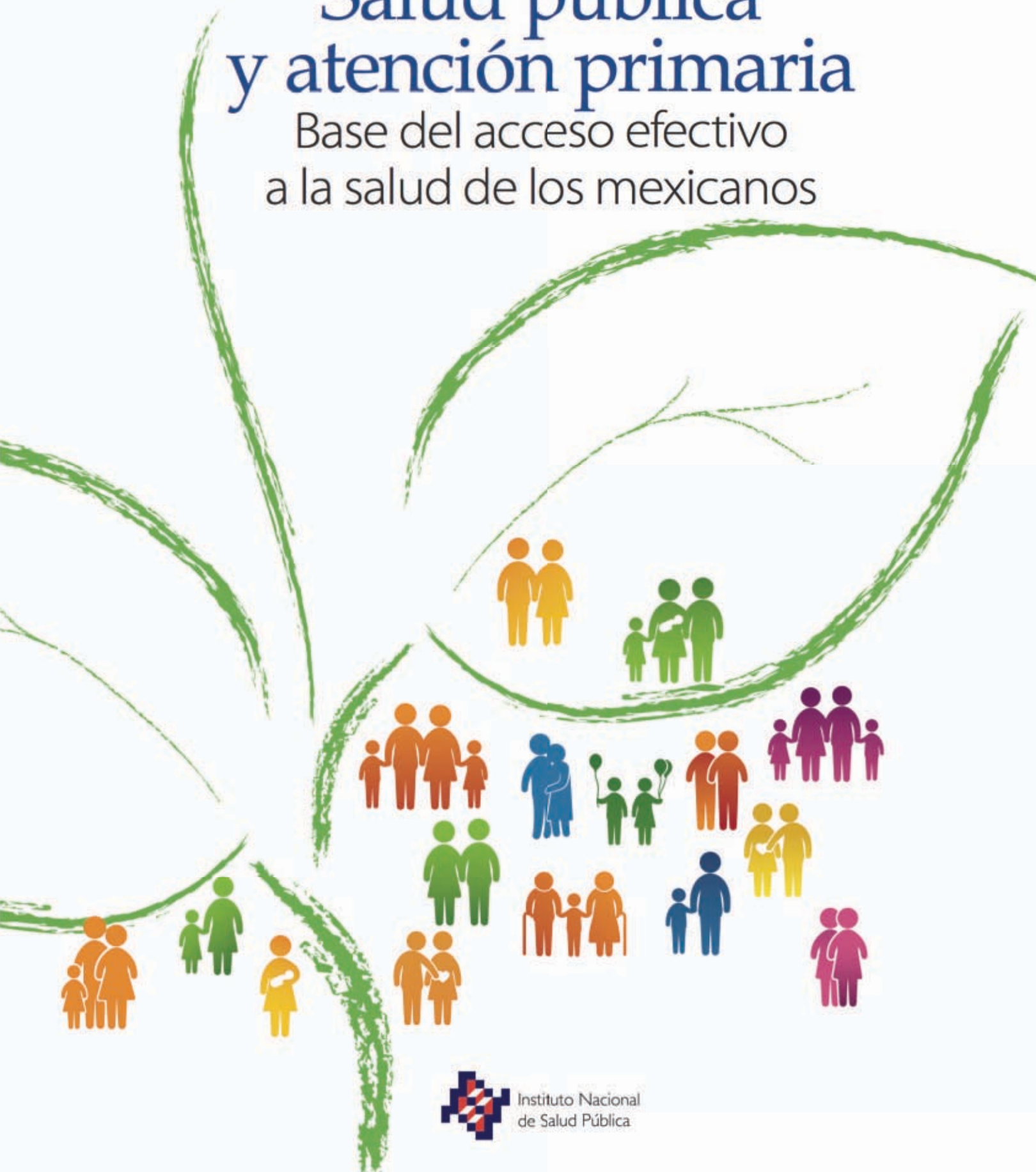


Salud pública y atención primaria

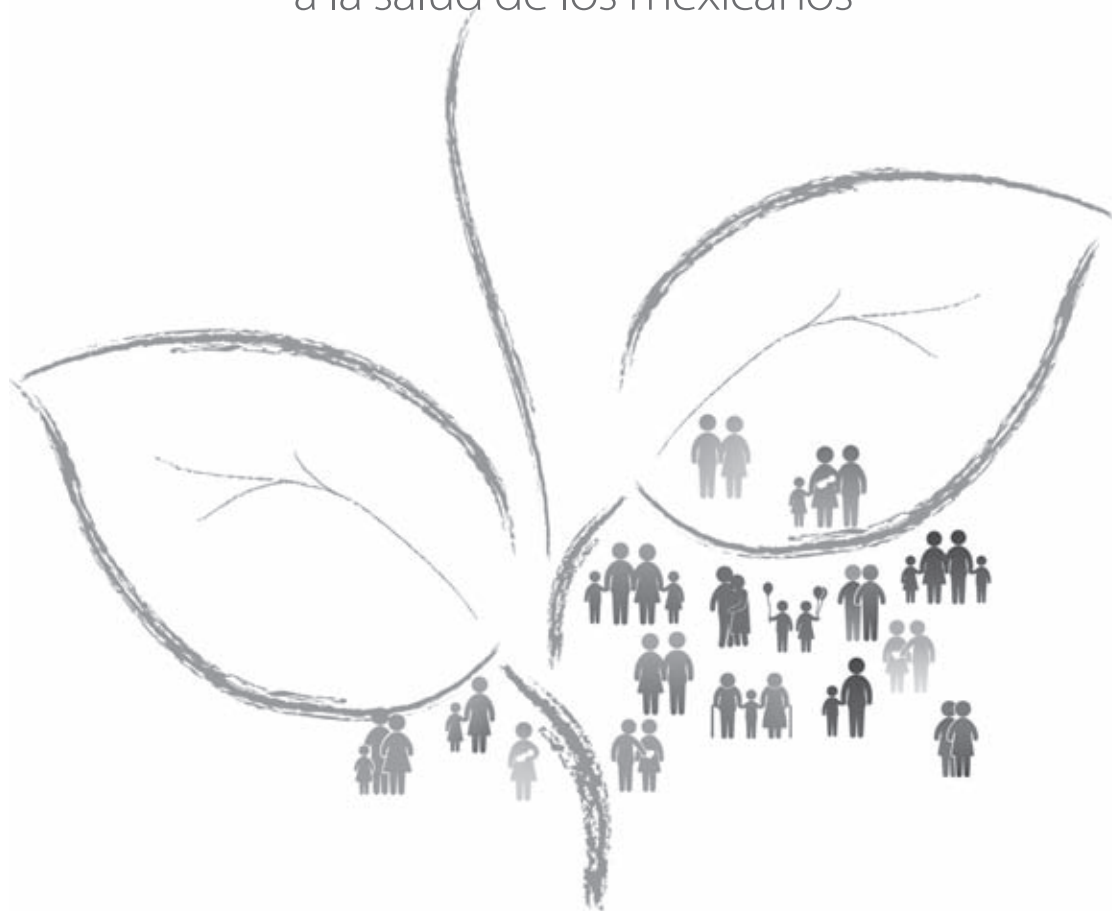
Base del acceso efectivo
a la salud de los mexicanos



Instituto Nacional
de Salud Pública

Salud pública y atención primaria

Base del acceso efectivo
a la salud de los mexicanos



Juan Rivera Dommarco,¹ Ricardo Pérez Cuevas,¹ Hortensia Reyes Morales,¹ Eduardo Lazcano Ponce,¹
Celia Alpuche Aranda,¹ Teresa Shamah Levy,¹ Simón Barquera Cervera,¹ Luis Miguel Gutiérrez Robledo,²
Carmen García Peña,² María Elena Medina Mora,³ Abelardo Meneses García,⁴ Alejandro Mohar Betancourt,⁴
Svetlana V. Doubova,⁵ Evelyne Rodríguez Ortega,⁶ Eduardo González Pier,⁷ Samuel Ponce de León Rosales,⁸
Thania de la Garza,⁹ Onofre Muñoz Hernández.¹⁰

¹Instituto Nacional de Salud Pública, ²Instituto Nacional de Geriátrica, ³Instituto Nacional de Psiquiatría, ⁴Instituto Nacional de Cancerología, ⁵Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁶ProMexico, ⁷Centro para el Desarrollo Global y Fundación Clínica Médica Sur, ⁸Programa Universitario de Investigación en Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, ⁹Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, ¹⁰Comisión Nacional de Arbitraje Médico



Instituto Nacional
de Salud Pública

Salud pública y atención primaria. Base del acceso efectivo a la salud de los mexicanos

Primera edición, 2018

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 978-607-511-178-0

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Agradecimientos

Se agradece la colaboración de los investigadores y el personal del Instituto Nacional de Salud Pública que amablemente aportaron para la revisión y contenidos de esta publicación: Armando Arredondo, Tonatiuh Barrientos, Anabelle Bonvecchio, Ismael Campos, Filipa de Castro, Mario Flores, Emilia Franco Ramírez, Armando García, Sonia Hernández Cordero, Elisa del Carmen Hidalgo, Alejandra Jáuregui, Martin Lajous, Héctor Lamadrid, Hugo López Gatell, Ruy López Ridaura, Horacio Riojas, Catalina Medina, Ofelia Poblano, Luz Myriam Reynales, Pedro Saturno, Mara Téllez Rojo, María del Rosario Valdez Santiago, Jesús Vértiz y Salvador Villalpando.

Nota importante

La presente obra expresa la postura del Instituto Nacional de Salud Pública sobre el tema abordado. Las opiniones y conclusiones de los expertos externos aquí expresadas no representan necesariamente la visión de las instituciones a las que pertenecen.

CONTENIDO

Síntesis ejecutiva	7
I. Introducción	13
II. La contribución de la salud pública y la atención primaria para lograr el acceso efectivo	17
III. Los retos para la salud pública y la atención primaria	19
3.1. Riesgos para la salud	19
3.2. Envejecimiento, fragilidad y dependencia	22
3.3. Enfermedades crónicas no transmisibles	23
3.4. Cáncer	25
3.5. Enfermedades infecciosas y resistencia bacteriana a los antibióticos	27
3.6. Salud reproductiva	29
3.7. Salud mental	30
3.8. Discapacidad	31
IV. Políticas públicas efectivas para fortalecer la salud pública y la atención primaria	33
4.1. Rectoría y gobernanza	33
4.2. Financiamiento	33
4.3. Generación de recursos	35
4.4. Provisión de servicios	36
4.5. Calidad de los servicios de salud	37
4.6. Sistema de información	38
V. Las prioridades de la salud pública y la atención primaria	41
5.1. Políticas intersectoriales	41
5.2. Políticas ambientales esenciales	44
5.3. Políticas esenciales en lesiones	48
5.4. Intervenciones esenciales para adultos mayores	52
5.5. Intervenciones esenciales en salud reproductiva	54
5.6. Intervenciones esenciales para la salud materna y del recién nacido	55
5.7. Intervenciones esenciales para la salud del niño	57
5.8. Intervenciones esenciales para niños en edad escolar	59
5.9. Intervenciones esenciales para adolescentes	60
5.10. Intervenciones esenciales para prevenir enfermedades cardiovasculares y respiratorias	62
5.11. Intervenciones esenciales para padecimientos crónicos.	64
5.12. Intervenciones esenciales contra el cáncer	67
5.13. Intervenciones esenciales para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias	68
5.14. Intervenciones esenciales para infecciones de transmisión sexual	71
5.15. Intervenciones esenciales para enfermedades tropicales desatendidas	72
5.16. Intervenciones esenciales para discapacidad	73
VI. Referencias	75

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.	Principales retos en salud pública y atención primaria	20
Cuadro 2.	Propuestas para mejorar la calidad en el primer nivel de atención	38
Cuadro 3.	Paquete intersectorial de instrumentos en políticas de salud	42
Cuadro 4.	Políticas ambientales esenciales	44
Cuadro 5.	Políticas públicas esenciales en lesiones	49
Cuadro 6.	Paquete de intervenciones esenciales para personas mayores	52
Cuadro 7.	Paquete de intervenciones esenciales para la salud reproductiva	54
Cuadro 8.	Paquete de intervenciones esenciales para la salud materna y del recién nacido	55
Cuadro 9.	Paquete de intervenciones esenciales para la salud del niño	58
Cuadro 10.	Paquete de intervenciones esenciales para niños en edad escolar (de 5 a 14 años)	59
Cuadro 11.	Paquete de intervenciones esenciales para adolescentes	61
Cuadro 12.	Paquete de intervenciones esenciales para la prevención de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias	63
Cuadro 13.	Paquete de intervenciones esenciales para padecimientos crónicos	65
Cuadro 14.	Paquete de intervenciones esenciales contra el cáncer	67
Cuadro 15.	Paquete de intervenciones esenciales para trastornos mentales, neurológicos, y por el uso de sustancias	68
Cuadro 16.	Paquete de intervenciones esenciales para infecciones de transmisión sexual	71
Cuadro 17.	Paquete de intervenciones esenciales para enfermedades tropicales desatendidas	73
Cuadro 18.	Paquete de intervenciones esenciales para discapacidad	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Cambio en la mortalidad entre 1990 y 2016	25
Figura 2.	Magnitud del problema del control de cáncer en México	27
Figura 3.	Distribución de la discapacidad en México	31

SÍNTESIS EJECUTIVA

Introducción

A pesar de los avances en la cobertura de servicios de salud y la protección financiera en México, las instituciones del Sector Salud no han alcanzado aún la cobertura universal ni el acceso efectivo. Para alcanzar este último objetivo, los servicios de salud deben cumplir con los atributos de ser accesibles y de alta calidad y brindar protección financiera.¹ El cumplimiento de estos atributos representa importantes retos. Los usuarios de los servicios de salud enfrentan múltiples barreras de acceso en las instituciones del Sector Salud. La calidad de la atención a la salud presenta desafíos tanto desde la perspectiva de los usuarios como desde la del sistema de salud. La experiencia y percepción de los usuarios es central en la valoración de calidad. Desde la perspectiva del sistema de salud, la calidad es transversal a la rectoría y a la prestación de servicios. Existen serios problemas de calidad en el trato interpersonal, gestión, liderazgo, sistemas de información y evaluación. La protección financiera no se ha logrado cabalmente. Aunque se han reducido los gastos catastróficos, el gasto del bolsillo de los hogares es alto. El 49% del gasto total en salud es privado y más de 90% corresponde a gasto de bolsillo, destinado principalmente a atención ambulatoria y medicamentos.

En suma, para que la población tenga acceso efectivo a los servicios es indispensable mejorar la accesibilidad, calidad y protección financiera. El punto de partida para lograrlo consiste en fortalecer los servicios de salud pública y de atención primaria, los cuales constituyen los cimientos del Sector Salud. Reconociendo la indudable importancia de la atención secundaria y la de alta especialidad para alcanzar la cobertura específica, **la presente propuesta formula las estrategias para lograr el acceso efectivo a la salud pública y a la atención primaria a la salud en México.**

Este trabajo inicialmente sustenta la contribución de la atención primaria y la salud pública para lograr el acceso efectivo; seguidamente se describen los retos actuales para la salud de la población; después se establecen las estrategias indispensables para realizar los cambios necesarios en el Sector Salud orientados a fortalecer la salud pública y la atención primaria, y finalmente, desde una perspectiva operativa, se precisan las prioridades en salud que se pueden atender a través de paquetes de atención que se brindan mediante plataformas e intervenciones específicas.

Importancia de la salud pública y la atención primaria para lograr el acceso efectivo

El ámbito y funciones de la salud pública son extensos dentro y fuera del sistema de salud. Como parte de dicho sistema, la salud pública tiene la responsabilidad formal de medir el estado de salud de la población, promover su cuidado y atención, realizar vigilancia epidemiológica, prevenir las enfermedades y lesiones, proteger la salud ante riesgos y amenazas, y responder ante desastres. Rebasando al ámbito del sistema de salud y a través de la gobernanza, la salud pública debe promover el diseño e implementación de políticas intersectoriales debido a la importancia de los determinantes sociales de la salud y la influencia de múltiples sectores en la salud de la población.

La atención primaria es el primer punto de contacto que las personas tienen con los servicios de salud y se espera que cumpla con los requisitos de estar centrada en la persona/familia/comunidad, que sea accesible, integral y cercana a la comunidad. Además, los servicios de atención primaria requieren coordinarse con otros niveles de atención y brindar servicios de forma continua, con calidad y seguridad para satisfacer las necesidades de salud de los usuarios. Además, cuando se otorgan con calidad, los servicios de atención primaria tienen un impacto positivo en la salud de la población, son viables y eficientes, ya que reducen la demanda de servicios de urgencia y evitan hospitalizaciones; reduciendo así el costo de atención.

En el contexto del país, las actividades de los servicios de salud pública y de atención primaria convergen en acciones comunitarias y en los servicios de prevención, promoción y atención que se brindan en el primer nivel de atención. No obstante, las instituciones del Sector Salud enfrentan desafíos comunes para otorgar estos servicios, pues diariamente deben atender a un número creciente de usuarios bajo un escenario de escasez de recursos. Los servicios de atención primaria, cuando son accesibles, logran reducir hasta 80% la mortalidad perinatal, infantil, de la niñez y materna.² Además, en México los servicios de atención primaria representan el 85% de los servicios que el IMSS otorga.³

Los retos para la salud pública y la atención primaria

Los retos principales para la salud pública y la atención primaria que requieren prioridad en la agenda de políticas de salud son transversales a todos los grupos de edad, niveles socioeconómicos e instituciones del Sector Salud. Las deficiencias en la salud pública y la atención primaria tienen consecuencias que se reflejan en un mal estado de salud, mayor morbilidad, discapacidad, mortalidad prematura y elevados costos sociales y económicos.

1. Riesgos para la salud. Se identificaron los hábitos que afectan la salud: consumo de alimentos no saludables, sedentarismo, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas, accidentes y violencia interpersonal y salud ambiental.
2. Envejecimiento poblacional. Los adultos mayores afrontan distintos retos y dificultades para alcanzar una vejez saludable, como la inequidad en acceso y en la protección financiera, dependencia económica y carencia de servicios de atención primaria específicos, todo lo cual refleja la precariedad de las políticas para este grupo de edad.
3. Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Estas enfermedades se identifican por su incidencia y prevalencia elevadas, baja cobertura en el diagnóstico, inequidad en acceso a servicios de salud, un modelo de atención ineficiente, mala calidad de atención y discapacidad y mortalidad prematura elevadas.
4. Cáncer. A pesar de que el cáncer en conjunto va en aumento, el Sector Salud carece todavía de un sistema nacional de registro e información robustos, hay inequidad en el acceso y en la protección financiera y escasa oferta de servicios y personal de salud para la atención de estos padecimientos.
5. Enfermedades infecciosas transmisibles. Estas enfermedades tienen una incidencia y prevalencia elevadas y altas probabilidades de complicarse, débil vigilancia epidemiológica y de acciones para el control de resistencia antimicrobiana. Las enfermedades transmitidas por vector son frecuentes y el programa de vacunación universal tiene una oferta limitada, además hay una elevada frecuencia de infecciones asociadas con la atención a la salud.
6. Salud sexual y reproductiva. El foco de atención son los adolescentes debido a que reciben una educación sexual deficiente que se traduce en una elevada prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Paralelamente se resalta el problema permanente de cesáreas injustificadas que reflejan una mala calidad de atención.

7. Salud mental. Está relacionada con una frecuencia elevada de discapacidad secundaria a los trastornos mentales, también hay frecuencia elevada de suicidio, escasa oferta de servicios de salud mental para pacientes crónicos y para quienes padecen trastornos mentales.
8. Discapacidad. El envejecimiento y las enfermedades crónicas son las principales causas de discapacidad. Ha existido una tendencia descendente de los recursos presupuestales y acceso restringido a los servicios de salud para la atención de la discapacidad, lo cual redundará en la falta de garantías del ejercicio de derechos sociales y humanos.

Políticas públicas efectivas para fortalecer la salud pública y la atención primaria

Para fortalecer los servicios de salud pública y de atención primaria es fundamental que el Sector Salud realice reformas importantes. El avance en esta dirección reduciría la segmentación y fragmentación del Sector y contribuiría a la unificación de los servicios. Los cambios indispensables se proponen a continuación.

Rectoría y gobernanza. En el caso de México, la Secretaría de Salud es la entidad rectora y es necesario afianzar esta responsabilidad ante las distintas instituciones del Sector en el ámbito federal, como las instituciones de Seguridad Social y las Secretarías de Salud de las 32 entidades federativas. Es recomendable innovar los marcos regulatorios y las estructuras organizacionales hacia la construcción de redes integradas de servicios y modelos de atención centrados en el usuario para circunscribir la atención a la salud de la población en áreas específicas.

La gobernanza consiste en los arreglos institucionales que regulan a los actores y recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud. Es indispensable reforzar el liderazgo de la Secretaría de Salud ante las demás Secretarías que forman parte de la estructura del Estado (por ejemplo, Educación, Seguridad Social, Economía, Hacienda, Sedesol) y ante los organismos de la sociedad civil para avanzar en las políticas intersectoriales relacionadas con los determinantes de la salud y fortalecer los sistemas de protección social.

Financiamiento. El financiamiento se debe proporcionar en cantidad suficiente para asegurar el acceso a servicios de salud de alta calidad y brindar protección contra los riesgos financieros. En el país colisiona el mandato de continuar la política de acceso y protección financiera con las restricciones presupuestales y con cambios de la estructura programática del gasto público; es decir, lograr más con menos, por lo cual es necesario buscar alternativas para incrementar el valor por dinero. Lo anterior significa (i) afirmar la responsabilidad de obtener el máximo beneficio posible de los bienes y servicios que se adquieren en el contexto de los recursos disponibles y (ii) cumplir el mandato de utilizar apropiadamente los fondos públicos para lograr los mejores resultados posibles por cada peso gastado. Las propuestas para mejorar el financiamiento de la salud pública y la atención primaria consisten en realizar una reingeniería en la asignación y operación de los recursos para la salud pública del país, para así lograr mayor eficiencia en la ejecución presupuestal y reorganizar la asignación de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud para la atención primaria, enfatizando el presupuesto basado en capitación.

Generación de recursos. Es indispensable establecer una política explícita, nueva y fundamentada de recursos humanos. La implementación de las políticas dirigidas a fortalecer los servicios de salud pública y de atención primaria requieren articular (i) la formación de profesionales de la salud con (ii) las necesidades de las instituciones de salud en términos de competencias y cantidad de personas a contratar, (iii) la regulación de la práctica profesional y (iv) la regulación del mercado de trabajo público y privado.

Provisión de servicios. Las recomendaciones para mejorar la provisión de servicios son las siguientes: (i) que las instituciones del Sector Salud tengan la misma capacidad de oferta de servicios; (ii) que los servicios cumplan con los atributos necesarios de accesibilidad, calidad y equidad; (iii) contar con servicios de salud pública y modelos de atención primaria claramente definidos y congruentes con las necesidades de salud de la población y centrados en el usuario. Estas acciones contribuirían a lograr el anhelo de un sistema nacional único, pues brindaría la posibilidad real de coordinar los recursos existentes.

Calidad de los servicios de salud. La calidad de atención debe ser una prioridad para el Sector Salud. Para que un sistema de salud sea de alta calidad es crucial garantizar la calidad en tres principales dominios: (i) las bases del sistema, (ii) los procesos de atención a la salud y (iii) los impactos del sistema. Fortalecer la gobernanza enfocada en la calidad de atención requiere del liderazgo de la Secretaría de Salud para generar políticas y mecanismos reguladores encaminados a fortalecer las bases para la calidad de la atención. Esto incluye políticas y mecanismos reguladores robustos, transparentes, obligatorios para todo el Sector Salud, traducidos en acciones y respaldados por un sólido sistema de información de salud. Las recomendaciones internacionales sugieren la creación de una agencia de carácter nacional para la evaluación de la calidad.

Sistema de información. Un sistema de información en salud es un esfuerzo integrado para recolectar procesar, reportar y utilizar la información y el conocimiento para influir en la generación de políticas de salud, programas, provisión de servicios e investigación. La integración del sistema de información en salud de todas las instituciones del sector es una prioridad para la convergencia de las acciones de atención y el monitoreo permanente de las mismas, así como de la dinámica en las condiciones de salud de la población y representa un insumo valioso para la mejora de las políticas y programas.

Las prioridades de la salud pública y la atención primaria y los paquetes esenciales de atención

La propuesta de las prioridades tiene una perspectiva aplicable y operativa, cuyos resultados se espera que logren el acceso efectivo y faciliten el logro de la cobertura universal, a la vez que tengan un impacto positivo para mejorar el estado de salud y reduzcan la morbilidad, la discapacidad y las muertes prematuras. La definición de estas propuestas utilizó como referente las recomendaciones de la publicación *Prioridades para el Control de Enfermedades (tercera edición)* que propone intervenciones rentables mediante paquetes esenciales que proporcionan valor a cambio de dinero, que se pueden implementar y que abordan necesidades sustanciales. Las intervenciones recomendadas por dicha publicación sirvieron como punto de partida y fueron cuidadosamente revisadas, modificadas y adaptadas al contexto nacional por investigadores y expertos en los distintos campos.

Propuestas

1. Políticas intersectoriales enfocadas a atender riesgos clave: la contaminación ambiental, uso de sustancias adictivas, tabaco y alcohol, alimentación y nutrición inadecuadas, lesiones de tránsito, inactividad física y otros riesgos.
2. Políticas ambientales esenciales en cuatro campos de acción: agua y saneamiento, contaminación del aire exterior, contaminación del aire doméstico, contaminación química, exposición a plomo y cambio climático global.

3. Políticas esenciales en lesiones que abarcan tres campos de acción: seguridad vial, otras lesiones no intencionales y violencia interpersonal. La seguridad vial ocupa un lugar preponderante dado el incremento de lesiones.
4. Intervenciones esenciales para personas mayores, que tiene la convergencia de la atención a la salud y la atención social. Las intervenciones están enfocadas en la salud física, que comprende multimorbilidad, capacidad intrínseca, preservación de la función y síndromes geriátricos, bienestar social, salud mental, depresión y demencia.
5. Intervenciones esenciales en salud reproductiva, que se orientan a mantener y mejorar la salud de la mujer en lo referente a la salud sexual, educación nutricional, búsqueda oportuna de atención preconcepcional, natal y obstétrica; la prestación de servicios es de carácter preventivo a través de la suplementación con micronutrientes, inmunizaciones y provisión de métodos anticonceptivos.
6. Las intervenciones esenciales para la salud materna y del recién nacido abarcan la etapa preconcepcional, el embarazo, la atención del parto y el puerperio y la etapa neonatal. Estas intervenciones están dirigidas a reducir el riesgo de complicaciones, la mortalidad materna y neonatal y la nutrición durante la gestación.
7. Las Intervenciones esenciales para la salud del niño comprenden nutrición, vacunación universal, prevención y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, y la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años.
8. Las Intervenciones esenciales para los niños en edad escolar prestan atención a la salud física, la nutrición y la prevención de adicciones. Es destacable que las plataformas de intervención son múltiples, dadas las necesidades de salud de este grupo de edad.
9. Las intervenciones esenciales para adolescentes están dirigidas a prevenir las adicciones, mejorar su estado de nutrición, salud mental y actividad física.
10. Intervenciones esenciales para prevenir enfermedades cardiovasculares y respiratorias se enfocan en la prevención del tabaquismo, mejoras en los patrones de alimentación y promoción de la actividad física.
11. Intervenciones esenciales para padecimientos crónicos: el campo de acción propuesto se focaliza en enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad renal y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
12. Intervenciones esenciales contra el cáncer se enfoca principalmente en fortalecer las políticas orientadas a la prevención y reducción de los factores de riesgo, principalmente del tabaco y la vacunación contra el virus del papiloma humano y la hepatitis B. Además, se describen las plataformas de prestación de intervenciones para los cánceres relacionados con el tabaquismo (oral, esófago, pulmón), mama, cervical, colorrectal y cánceres infantiles.
13. Las intervenciones esenciales para los trastornos mentales de niños y adultos, neurológicos y por el uso de sustancias, suicidio y autolesiones, parten de la premisa de que la mayor parte de estos padecimientos pueden prevenirse, identificarse oportunamente y tratarse eficazmente.
14. Las intervenciones esenciales para las infecciones de transmisión sexual abarcan aspectos estructurales para mejorar la oferta de servicios y recomendaciones puntuales de prevención, detección y tratamiento. El énfasis estructural se orienta a hacia el fortalecimiento de las políticas nacionales para las poblaciones clave (trabajadores sexuales, portadores de VIH/VHB, usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen sexo con hombres).
15. Las intervenciones esenciales para enfermedades tropicales desatendidas se enfocan en tres campos de acción: quimioterapia preventiva, gestión innovadora e intensificada de la enfermedad, gestión y ecología de vectores y agua saneamiento e higiene.
16. Las intervenciones esenciales para discapacidad toman en cuenta que ésta es transversal a todos los grupos de edad y que se requieren de acciones específicas. El campo de acción comprende la discapacidad visual, auditiva, de movilidad, comunicación, concentración e intelectual. La discapacidad es un problema de carácter intersectorial y sus acciones también deben serlo.

INTRODUCCIÓN

En México, las políticas de salud dirigidas a lograr la cobertura universal y la protección financiera implementadas en los últimos 15 años han avanzado en su objetivo para facilitar el acceso al financiamiento y reducir las brechas de inequidad.⁴⁻⁸ Estas políticas han sido consistentes, ya que, a la fecha, la mayor parte de las personas cuenta con un seguro público de salud, las diferencias en la asignación del financiamiento para la población afiliada al Seguro Popular y la afiliada a la Seguridad Social se han reducido y el número de padecimientos financiados por el Seguro Popular se ha incrementado. A pesar de estos progresos, es indispensable reconocer que las instituciones del Sector Salud tienen todavía ante sí un camino largo por recorrer antes de lograr que la población tenga **acceso efectivo**, para lo cual, los servicios de salud deben tener **tres atributos: ser accesibles, de alta calidad y brindar protección financiera**.⁹ Al cumplirse estos atributos es posible alcanzar el objetivo de mejorar la salud de la población; por ello, es relevante revisar con detalle cada uno de ellos.

Primer atributo: accesibilidad. Los servicios son accesibles cuando las personas pueden llegar a las instalaciones y reciben los servicios de salud apropiados cuando los necesitan.¹⁰ Las dimensiones de accesibilidad permiten entender las barreras que los usuarios deben sortear. 1) Presencia: las personas deben identificar los servicios a los que pueden acudir. 2) Aceptabilidad: los servicios deben ser cultural y socialmente aceptables. 3) Disponibilidad: los servicios existen y cuentan con personal, equipamiento, insumos, medicamentos y facilidad de horario. 4) Asequibilidad: las personas tienen capacidad económica y tiempo para recibir los servicios de salud. 5) Pertinencia:

consiste en la congruencia entre los servicios de salud y las necesidades de las personas para recibir atención oportuna y de alta calidad.

Las cinco dimensiones previas están relacionadas con cinco habilidades que las personas deben tener para lograr el acceso: 1) capacidad de percibir la necesidad de atención en un servicio de salud; 2) capacidad de buscar servicios de salud; 3) capacidad de llegar a los servicios, transporte o apoyo social, 4) capacidad de pago a través de aseguramiento o pago de bolsillo; y 5) habilidad para participar en las decisiones —con el personal de salud— acerca de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos. La población más pobre, con menor nivel educativo y que vive en zonas de alta marginación tiene menor posibilidad de acceder a servicios de salud de calidad.^{11,12} En contraste, tener un seguro de salud y mayores ingresos favorecen el uso e influyen en la elección del proveedor.¹³

La segmentación del Sector Salud y la distribución de la población a diferentes formas de aseguramiento y con diferentes beneficios también generan inequidad en el acceso. Una persona debe tener un empleo formal para afiliarse a la Seguridad Social y beneficiarse del derecho a la atención a su salud, mientras que la condición para afiliarse al Seguro Popular consiste en que la persona carezca de seguridad social. Además, las personas todavía no tienen acceso a los mismos beneficios. El Seguro Popular brinda un paquete explícito de beneficios (intervenciones), mientras que la Seguridad Social otorga servicios de acuerdo con las necesidades de su población afiliada en un amplio espectro, que va desde la atención preventiva hasta la de alta especialidad. Adicionalmente en 2012, derivado de los datos de la Ensanut, se identificó que 21% de la población no tenía cobertura¹⁴ y la Ensanut MC re-

portó que en población de más bajo nivel socioeconómico, 87.3%¹⁵ no tienen acceso a servicios de salud. Las alternativas que la población encuentra para superar las barreras de acceso no necesariamente cubren sus necesidades. La utilización creciente de servicios ambulatorios en consultorios anexos a farmacias indica que las instituciones públicas no logran satisfacer la demanda; 65% de los usuarios de consultorios anexos a farmacia están afiliados a algún seguro público de salud.¹⁶

Segundo atributo: calidad de la atención. La calidad se debe considerar siempre desde dos perspectivas complementarias: los usuarios y el sistema de salud. Las experiencias de los usuarios son indicadores importantes de la calidad de atención en la dimensión interpersonal, una de cuyas características es que se considere a la persona como el centro de la atención. La atención centrada en la persona consiste en que todo el equipo de salud identifique y atienda las necesidades de los usuarios de forma integral.^{17,18} En último término, la calidad en la atención logra reducir la morbilidad y mortalidad a un menor costo.

Desde la perspectiva del sistema de salud, la calidad es transversal a la rectoría, los servicios de salud y los modelos de atención. En estos ámbitos se ha identificado una problemática importante.

En el ámbito de la rectoría de la calidad, las instituciones del Sector Salud comparten barreras para la evaluación y mejoramiento de la calidad, tienen una estructura organizacional inadecuada a nivel de los establecimientos de salud, carencia de recursos financieros, falta de capacitación en calidad del personal directivo y del personal operativo que muestran resistencia al cambio.¹⁹

En cuanto a los servicios del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud, se han identificado desafíos substanciales en lo referente a la calidad de atención: (i) escasa capacidad de liderazgo, (ii) sistemas de información débiles, (iii) poca participación de individuo/población (iv) falta de cumplimiento de la regulación y estándares, (vi) capacidad organizacional precaria

y (vi) modelos de atención que no logran cubrir las necesidades de la población.²⁰

Tercer atributo: protección financiera. La protección financiera se define como el acceso necesario a los servicios de salud de calidad y sin problemas financiero para los usuarios.²¹ Es decir, los usuarios no deberían gastar de su bolsillo para cubrir los costos de la atención médica. Los estudios del efecto del Seguro Popular para lograr la protección financiera indican que se han reducido los gastos catastróficos y empobrecedores, pero no se ha logrado reducir el gasto del bolsillo de los hogares en la proporción esperada.²² El 49% del gasto total en salud es privado,⁵ y más de 90% corresponde a gasto de bolsillo, ejerciéndose en su mayor parte en atención ambulatoria y medicamentos.²³

El gasto de bolsillo refleja que los individuos tienen la disponibilidad de pagar servicios privados y esto en parte se atribuye a la insatisfacción con la calidad y a las barreras de accesibilidad de los servicios en el sector público. La Ensanut 2012 reportó que 61.1% de las consultas ambulatorias fueron proporcionadas por el sector público y 38.9% por el sector privado. La atención hospitalaria presenta un patrón diferente, solamente 17% de usuarios de servicios hospitalarios acudieron hospitales privados.²⁴ En la atención ambulatoria, el ejemplo más indicativo son los consultorios anexos a farmacias, que actualmente proporcionan más de 327 mil consultas diarias. Los usuarios de estos consultorios prefieren pagar de su bolsillo y utilizan estos servicios porque perciben que les atienden rápidamente, que son convenientes, que el trato es mejor y que no son costosos.²⁵ No obstante, la percepción del bajo costo es errónea, pues, aunque el costo promedio por consulta es de MXN\$30.00, el gasto promedio de medicamentos en servicios ambulatorios es de MXN\$200 pesos con un rango que va desde MXN\$87 a MXN\$400.²⁴

Lo anteriormente expuesto permite afirmar que para lograr el acceso efectivo para la población es indispensable mejorar la accesibilidad, calidad y pro-

tección financiera, y el punto de partida consiste en **fortalecer los servicios de salud pública y de atención primaria del sector público**, los cuales constituyen los cimientos del Sector Salud. No obstante, tanto la salud pública como la atención primaria presentan graves problemas en su capacidad de oferta, lo cual condiciona la baja efectividad del Sector Salud en su conjunto.

La presente propuesta tiene como objetivo formular las estrategias para lograr el acceso efectivo a la salud pública y a la atención primaria a la salud. Es un hecho ineludible que países con sólidos esquemas de salud pública y atención primaria tienen mejores resultados en salud y resultan más costoefectivos, disminuyendo la

demanda de atención ambulatoria y hospitalaria especializadas.^{26,27,5} Este documento, en primer lugar, sustenta la contribución de la atención primaria y la salud pública para lograr el acceso efectivo; en segundo lugar, describe los retos actuales para la salud de la población desde la perspectiva de la salud pública; en tercer lugar, establece las estrategias indispensables para una reforma profunda del Sector Salud orientada a fortalecer la salud pública y la atención primaria; y, por último, delimita las prioridades en salud desde una perspectiva operativa, utilizando como referente las recomendaciones internacionales que promueven paquetes de atención que se brindan a través de plataformas e intervenciones específicas.²⁸

II

LA CONTRIBUCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA LOGRAR EL ACCESO EFECTIVO

Es crítico para el país que los servicios de salud pública y atención primaria se fortalezcan y converjan para lograr los atributos de ser accesibles, congruentes con las demandas y necesidades de la población, brinden la mejor calidad posible y contribuyan a lograr la aspiración de la cobertura universal.²⁹ Existen argumentos sólidos para soportar esta afirmación, pero empecemos por responder a dos preguntas clave:

¿Qué es la salud pública? La salud pública se define como «el arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados de la sociedad».³⁰ El ámbito y funciones de la salud pública son extensos dentro y fuera del sistema de salud.³¹ Como parte del sistema de salud, la salud pública tiene la responsabilidad formal de medir el estado de salud de la población, realizar vigilancia epidemiológica, promover la salud, prevenir las enfermedades y lesiones, proteger la salud ante riesgos y amenazas, y responder ante desastres. Desde una perspectiva más amplia, para el sistema de salud es indispensable ejercer la gobernanza con el propósito de promover el diseño e implementación de políticas intersectoriales en salud pública, debido a que múltiples sectores influyen en la salud de la población (por ejemplo, educación, fiscal, agricultura, mercado laboral, desarrollo social, entre otros). Adicionalmente, la sociedad civil a través de sus organizaciones no gubernamentales y otros actores también influye en la salud de la población y en la definición e implementación de políticas y acciones de salud pública.

¿Qué es la atención primaria a la salud? La atención primaria es el primer punto de contacto esencial que las personas tienen con los servicios de salud y se espera que cumpla distintos atributos: estar centrada en la persona/familia/comunidad, ser accesible, integral y cercana a la población.³² En su quehacer diario, los servicios de atención primaria requieren coordinarse con otros niveles de atención y brindar servicios de forma continua, con calidad y seguridad para satisfacer las necesidades de salud a los usuarios.^{26,33}

La importancia de la atención primaria se reconoció a nivel mundial desde la Declaración de Alma Ata en 1978³⁴ y detonó cambios importantes en los sistemas de salud y en su perspectiva de atención a la población. Es reconocido que la atención primaria es la columna vertebral de un sistema eficaz y efectivo de atención de la salud pues reduce los costos y cierra las brechas de desigualdad.²⁶ Los países con atención primaria fuerte han logrado que sus sistemas de salud cumplan con estos objetivos.³⁵

La OCDE reporta que existen déficit de médicos en México, pues se estiman 2.2 médicos practicantes por cada mil habitantes, cuando el promedio de los países de esta organización es de 3.3 por cada 1 000. La Secretaría de Salud reporta que existe un médico de atención primaria por cada 1 000 habitantes. La cantidad de enfermeras presentan una problemática mayor, ya que en México hay 2.6 enfermeras por cada 1 000 habitantes y el referente de la OCDE es de 9.1 por cada 1 000. Estas cifras indican una escasez de recursos humanos que es necesario atender.

En el contexto del país, las actividades de los servicios de salud pública y de atención primaria dirigidas a los usuarios convergen en acciones comunitarias y en los servicios de prevención, promoción y atención que se brindan en los centros de salud de los Servicios Estatales de Salud, las unidades de medicina familiar de la Seguridad Social, las unidades médicas rurales y urbanas de IMSS-Prospera, y los servicios itinerantes con Unidades Médicas Móviles del propio IMSS-Prospera y de la Secretaría de Salud. En la práctica, la integración entre atención primaria y salud pública es la vinculación entre los programas y actividades para promover una mayor eficiencia y efectividad que permita lograr ganancias en la salud de la población.³⁶

Las instituciones del Sector Salud en conjunto enfrentan desafíos comunes para otorgar estos servicios,

pues diariamente deben atender a un número creciente de usuarios bajo un escenario de escasez de recursos. Esta es una realidad que hay que encarar. Los servicios de atención primaria, cuando son accesibles, logran reducir hasta 80% la mortalidad perinatal, infantil, de la niñez y materna.² Además, en el país, los servicios de atención primaria representan 85% de los servicios que el IMSS otorga.³ Esta cifra revela su importancia, además, cuando se otorgan con la calidad esperada tienen un impacto positivo en la salud de la población, son viables en materia financiera y eficientes financieramente, pues reducen la demanda de servicios de urgencia y evitan hospitalizaciones, cuyo costo es mayor.



LOS RETOS PARA LA SALUD PÚBLICA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA

Los servicios de salud pública afrontan retos importantes para llegar a toda la población de manera continua y sin barreras. El modelo vigente de salud pública que todavía está enfocado en lograr la sobrevida (por ejemplo, reducir la mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación) debe transitar hacia un modelo que contribuya al logro del máximo potencial en salud (por ejemplo, desarrollo infantil temprano)³⁷ y la mayor calidad de vida posible. El paradigma de la atención primaria de privilegiar la atención a la salud contrasta con el enfoque actual del sistema de salud orientado hacia la atención de la enfermedad.

Para los servicios de atención primaria, los motivos de consulta son cada vez más complejos, pues a la atención de la salud materno-infantil y las enfermedades infecciosas, se han sumado las ECNT como una prioridad más y que representan una carga económica mayor para el sistema de salud, la sociedad y los usuarios. A esta situación se agrega el envejecimiento poblacional, que se traduce en una necesidad creciente de programas y servicios sociales y de salud que precisen estar vinculados para ofrecer servicios que permitan a los adultos mayores tener más oportunidades para una vejez activa y saludable.

Los retos principales para la salud pública y la atención primaria que requieren prioridad en la agenda de políticas de salud y en los planes y programas que se enumeran a continuación (cuadro 1). La mayoría de estos retos son transversales a todos los grupos de edad, niveles socioeconómicos e instituciones del Sector Salud, tienen consecuencias que se reflejan en un mal estado de salud, mayor morbilidad, discapacidad, mortalidad prematura y elevados costos sociales y económicos. El

cuadro 1 muestra los retos agrupados en ocho áreas; la lista no pretende ser exhaustiva, sino que indica los que se consideraron más importantes.

3.1. Riesgos para la salud

Los riesgos para la salud son diversos, en muchos casos la exposición a estos es inadvertida para la mayoría y tiene consecuencias en el estado de salud tanto a nivel individual como en la población. En términos generales se identificaron tres grandes áreas de riesgo: los hábitos que afectan la salud y que actualmente están relacionados con el incremento de las enfermedades crónicas; los accidentes y violencia, causantes de discapacidad y mortalidad prematura; y los riesgos ambientales, entre los que destacan la contaminación ambiental y la carencia de agua segura y contaminación intradomiciliaria.

a. Riesgos asociados con conductas que afectan la salud

Consumo de alimentos no saludables. Los factores dietéticos son la tercera causa de AVIS en México.³⁸ Existe un entorno obesigénico caracterizado por abundancia de bebidas y alimentos poco nutritivos y bajo consumo de alimentos saludables a lo largo del curso de la vida. *El 25 % del total de energía consumida por la población es aportada por calorías discrecionales (bebidas azucaradas, bebidas alcohólicas y alimentos no básicos con alta densidad energética y pobres en nutrientes) que ofrecen riesgos a la salud, mientras que los consumos de alimentos saludables (verduras, frutas, leguminosas y semillas, cereales de grano entero y lácteos) son inadecuados^{39,40} y el consumo de azúcares añadidas (causa de obesidad y enfermedades*

Cuadro 1
Principales retos en salud pública y atención primaria

Área	Retos
Riesgos para la salud	Hábitos que afectan la salud: consumo de alimentos no saludables, sedentarismo, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas Accidentes y violencia interpersonal Medio ambiente no saludable
Envejecimiento poblacional	Vejez no saludable Inequidad en acceso y protección financiera Dependencia económica Carencia de servicios de atención primaria para adultos mayores
Enfermedades crónicas	Frecuencia elevada: sobrepeso/obesidad 69%; hipertensión 32.5% y diabetes 9.2% Baja cobertura de detecciones Inequidad en acceso a servicios de salud Modelo de atención ineficiente Deficiente calidad de atención Discapacidad y mortalidad prematura
Cáncer	Prevalencia ascendente Carencia de un sistema de registro e información Inequidad en acceso y protección financiera Escasa oferta de servicios y de personal Baja cobertura de detecciones Inequidad en acceso a servicios de salud Modelo de atención ineficiente Deficiente calidad de atención Discapacidad y mortalidad prematura
Enfermedades infecciosas transmisibles	Prevalencia elevada, ya que son la primera causa de consulta ambulatoria Elevado riesgo de complicaciones Débil vigilancia epidemiológica Escaso control de resistencia a antimicrobianos Control insuficiente de los principales vectores Cobertura incompleta de los principales biológicos del esquema ampliado Infecciones asociadas con la atención a la salud que no se han logrado controlar
Salud sexual y reproductiva	Educación sexual deficiente para adolescentes Elevada prevalencia de enfermedades de transmisión sexual Alta tasa de cesáreas injustificadas Falta de seguimiento de la atención prenatal
Salud mental	Elevada discapacidad Aumento de los principales determinantes de los problemas de salud mental (violencia y adicciones) Elevada frecuencia de trastornos mentales Aumento en la frecuencia de suicidio Escasa oferta de servicios de salud mental
Discapacidad	Falta de garantías del ejercicio de derechos sociales y humanos Tendencia descendente de los recursos presupuestales Acceso restringido a servicios de salud para la atención de la discapacidad

crónicas) es muy elevado.⁴¹ Las dietas poco saludables inician desde los primeros dos años de vida e incluyen la baja prevalencia de lactancia materna exclusiva.⁴² Estos patrones inadecuados de alimentación resultan en altas prevalencias de sobrepeso y obesidad en niños y adultos. Esto, a su vez, es causa de varias enfermedades crónicas. A pesar de lo anterior, dos terceras partes de la población tienen inseguridad alimentaria, y la desnutrición infantil, así como la anemia en mujeres y niños, continúan siendo retos importantes. La Ensanut de Medio Camino reportó que 3.9% de los menores de cinco años tiene bajo peso, 1.9% emaciación y 10% desnutrición crónica. La prevalencia de anemia es elevada: 26.9% en niños de 1 a 4 años, 12.5% en niños de 5 a 11 años y 9.6% en adolescentes de 12 a 19 años, mientras que la obesidad alcanza a 30% de los niños y adolescentes y a 70% de los adultos.

Inactividad física y sedentarismo. La Ensanut de Medio Camino⁴³ reportó que 82.8% de los niños entre 10 y 14 años, 39.5% de los adolescentes entre 15 y 19 y 14.4% de los adultos de 20 a 69 no cumple con las recomendaciones de actividad física; es decir, los niños y adolescentes no realizan al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada-vigorosa (AFMV) y los adultos no acumulan al menos 150 minutos de AFMV por semana. En cuanto a la prevalencia de tiempo frente a pantalla, 77.3% de los niños entre 10 y 14 años, 78.6% de los adolescentes entre 15 y 19 años y 55.5% de los adultos entre 20 y 69 años pasan más de dos horas frente a pantalla durante el día.

Tabaquismo. En población de 15 años y más, 16.4% de la población (14.3 millones) fuma tabaco.⁴⁴ El tabaco es causa probable de más de 25 enfermedades y padecimientos, y los fumadores crónicos pierden entre 20 y 25 años de vida. Se ha calculado que en México las muertes prematuras atribuibles al consumo de tabaco ascienden a 60 000 al año.

Consumo excesivo de alcohol. Entre 2011 y 2016, el consumo excesivo de alcohol en población de entre 15

y 65 años se incrementó substancialmente (hombres: de 20.9 a 29.9%; mujeres: de 4.1 a 10.3%).⁴⁵

Consumo de drogas. Entre 2011 y 2016 se incrementó el consumo de cocaína, crack, inhalables, alucinógenos y heroína, al pasar de 7.8 a 10.3%, y el de marihuana de 6.3 a 8.6%.⁴⁵

b. Accidentes y violencia interpersonal

Los accidentes y violencia interpersonal son motivo de discapacidad, mortalidad prematura y elevados costos económicos para la sociedad y el Sector Salud.

Lesiones debidas a accidentes de tránsito. Estas lesiones causan 16 000 muertes anualmente, son la octava causa de mortalidad general y la quinta de mortalidad prematura y discapacidad combinadas. La inexperiencia, el utilizar el teléfono celular al conducir, haber ingerido bebidas alcohólicas y no respetar el reglamento de tránsito son algunos de los factores asociados con esta elevada mortalidad.

Violencia interpersonal. Es la séptima causa de mortalidad general y la cuarta causa de mortalidad prematura y discapacidad combinadas.⁴⁶ La violencia está presente en todos los grupos de edad. El 60% de las niñas, niños y adolescentes entre 1 y 14 años han experimentado algún método violento de disciplina infantil en sus hogares.⁴⁷

c. Riesgos ambientales

Contaminación, sanidad deficiente y exposición a sustancias químicas. Los principales riesgos ambientales en México se han estimado como responsables de 23% de los fallecimientos. La contaminación del aire en áreas urbanas, la exposición a sustancias químicas, compuestos orgánicos persistentes (uso de plaguicidas como diclorodifenildicloretileno -DDE-) y metales, contaminación de zonas mineras (plomo y manganeso) y residuos sólidos son los principales problemas.⁴⁸ Las con-

secuencias en la salud son múltiples. La contaminación del aire afecta los sistemas respiratorio, cardiovascular y neurológico, predispone a infecciones respiratorias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y también está relacionada con cáncer. El agua insegura es causa de enfermedades infecciosas intestinales (diarrea). El plomo y el manganeso están asociados con problemas neurológicos como retraso mental y pérdida de capacidad de memoria en población infantil. El DDE se ha asociado con cáncer de mama.⁴⁹

Carencia de agua y contaminación intradomiciliaria.

En México, hasta 20% de viviendas en comunidades rurales y áreas suburbanas tiene acceso inadecuado a agua segura, también carece de fuentes apropiadas del vital líquido y servicios sanitarios. Tiene también contaminación intradomiciliaria.

Cambio climático. El cambio climático tiene efectos en los ecosistemas. En forma directa se manifiesta en enfermedades relacionadas con la temperatura y afecta la disposición de alimentos. En forma indirecta tiene efectos en la salud relacionados con la calidad del aire y mayor predisposición a enfermedades transmitidas por vectores y roedores, entre muchas otras.

3.2. Envejecimiento, fragilidad y dependencia

México transita aceleradamente por cambios demográficos cuyas consecuencias sociales, económicas y en salud representan múltiples desafíos. El envejecimiento de la población es patente. En 2015, INEGI reportó que 10.5% de la población es mayor de 60 años y la expectativa de vida para quienes hoy tienen 60 años es de 22 años. Esta situación marca necesidades que obligan a que los servicios sociales y de salud confluyan para brindar a los adultos mayores atención integral.

El reto no consiste en vivir más años, sino en tener una vejez saludable. El envejecimiento saludable se entiende como “el proceso de desarrollar y mantener

la capacidad funcional que permita el bienestar en la vejez”. La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.⁵⁰ Desafortunadamente, la población mexicana no envejece saludablemente. En promedio, los mexicanos envejecemos con una edad funcional 15 años mayor con respecto a los holandeses. El Instituto Nacional de Geriátría reportó que sólo cuatro de cada 10 hombres y tres de cada 10 mujeres mayores de 60 años consideran que tienen buena salud. La mayoría de los adultos mayores padece una o más ECNT - principalmente diabetes y enfermedad isquémica del corazón- y 30% alguna discapacidad. El 20% de las personas mayores está en condiciones de fragilidad. La concomitancia de fragilidad y enfermedad crónica o de múltiples condiciones crónicas es muy común y limita la pertinencia de las guías de práctica clínica.

La prevalencia de los padecimientos demenciales alcanza a 7% de los mayores de 60 años y la de síntomas depresivos hasta a 40%. Los efectos adversos de la polifarmacia contribuyen al deterioro funcional y a hospitalizaciones indebidas. Alrededor de 30% de las hospitalizaciones de personas mayores son susceptibles a prevención por acciones de atención primaria. Un tercio de las personas mayores han sufrido una caída en el último año y un tercio de estas ha producido lesiones graves. El deterioro sensorial, particularmente el visual, contribuye significativamente a la discapacidad y es susceptible de corrección o atención preventiva (catarata y retinopatía diabética) y la incontinencia urinaria compromete seriamente la calidad de vida.

Inequidad en el acceso a servicios de salud y protección financiera.

A diferencia de la población con seguridad social, que tiene acceso a servicios de salud y un efecto protector contra gastos catastróficos para hogares con adultos mayores, la población afiliada al Seguro

Popular sólo está cubierta por un paquete de intervenciones que no incluye la atención a padecimientos complejos, que son los que aquejan con mayor frecuencia a dicha población y que generan gastos catastróficos.⁵¹

Gran parte de las personas mayores son dependientes económicos. Además de la precariedad en su estado de salud, el nivel de dependencia es alto entre los adultos mayores; la mayoría son dependientes económicos. La familia es la fuente principal de apoyo económico y en especie, situación que aumenta a medida que el nivel de dependencia se incrementa, con lo cual, crece la necesidad de contar con servicios sociales y de salud accesibles, oportunos y efectivos. Hasta 8% de los adultos mayores en México son totalmente dependientes y requieren de cuidados continuos.

Carencia de oferta de servicios de atención primaria.

En la actualidad, los servicios de atención primaria no están preparados para enfrentar correcta e integralmente el desafío que representa una población envejecida. La multimorbilidad, en combinación con la presencia de fragilidad, depresión, afectación cognitiva o dependencia representan un panorama de morbilidad al que el equipo de atención primaria, y en particular el médico, debe responder integralmente, previniendo el deterioro funcional y propiciando la autonomía.

3.3. Enfermedades crónicas no transmisibles

Las ECNT, por definición, son incurables, tienen una causalidad compleja, múltiples factores de riesgo, latencia larga, un curso prolongado y están asociadas con discapacidad funcional y muerte prematura.⁵² En el país, las ECNT ocupan las primeras causas de atención médica, discapacidad y muerte prematura; es decir, las muertes que ocurren antes de la expectativa de vida de los individuos.⁵³ En 2014 hubo 94 mil muertes por diabetes, seguidas por 82 mil debidas a enfermedades isquémicas del corazón⁵⁴ y su tendencia es ascendente.

Las ECNT, principalmente la diabetes, hipertensión, obesidad y sus complicaciones representan la mayor carga económica al sistema de salud y a la sociedad en su conjunto, tanto en costos directos de la atención médica como en costos indirectos atribuibles a discapacidad temporal, permanente y muerte prematura.⁵⁵

Respecto a la cobertura universal planteada en los últimos años, para el caso de las ECNT, la cobertura no está alcanzando la meta programada y hay una variabilidad importante en su efectividad dependiendo del estado. Por ejemplo, en los casos de hipertensión entre los 32 sistemas estatales de salud, existe un rango de cobertura efectiva que va de 22 a 36% de la cobertura requerida en función de la demanda de casos.⁵⁶ En el mejor de los casos, la cobertura efectiva tiene un cumplimiento de 36%.

En términos de protección financiera, se mantiene una tendencia creciente de gasto de bolsillo. En los casos de diabetes, la carga económica al gasto de bolsillo de los hogares (53 de cada 100 pesos gastados anualmente en daños a la salud por diabetes), comparada con la carga al sistema de salud (47 pesos de cada 100), no sólo no ha disminuido, sino que se mantiene en los mismos niveles de los últimos años, y dependiendo de los costos atribuibles a sus complicaciones, en algunos casos, el gasto de bolsillo se ha incrementado.⁵⁷

Los desafíos de las ECNT son múltiples tanto para la sociedad como para el Sector Salud.

Creciente proporción de personas que padecen una

o más ECNT. La proporción de la población mayor de 20 años que padece ECNT informa de la magnitud del problema: sobrepeso/obesidad 69%;^{24,58} hipertensión 32.5% y diabetes 9.2%.^{24,59} Se estima que hasta 44% de pacientes con diabetes desarrollan enfermedad renal crónica.⁶⁰ Las enfermedades cardiovasculares (enfermedad coronaria, dislipidemia, hipertensión, enfermedad vascular cerebral, entre otras) tienen una elevada frecuencia entre la población y son la primera causa de muerte (77%) y discapacidad en adultos.⁶¹

Baja cobertura de detecciones. La importancia de la detección oportuna radica en que la enfermedad se diagnostica con oportunidad y se puede iniciar un manejo temprano. No obstante, cuatro de cada diez hipertensos ignoran que padecen esta enfermedad y una proporción importante de pacientes con diabetes son diagnosticados en servicios de emergencia por complicaciones agudas. Algunos padecimientos crónicos requieren la detección de sus complicaciones y estos programas o acciones son débiles o inexistentes. Por ejemplo, a la fecha, la oferta de servicios oftalmológicos para detección de retinopatía diabética es escasa, y todavía carecemos de programas específicos para la detección oportuna de enfermedad renal crónica.

Inequidad en el acceso a los servicios de salud. La oferta de servicios de salud para la atención de pacientes con enfermedades crónicas es inequitativa por varias razones: (i) Los planes de beneficios son distintos; la Secretaría de Salud brinda un paquete de beneficios explícito a través del Catálogo Único de Servicios de Salud (Causas) del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), los cuales son acotados y para los menores de cinco años a través del Seguro Médico Siglo XXI. Por ejemplo, el financiamiento para la atención del infarto agudo de miocardio está acotada para personas menores de 60 años y la mayor parte de los pacientes tiene más de 60 años; el cáncer de pulmón no está financiado por el Seguro Popular a pesar de estar entre los primeros lugares como causa de muerte por cáncer en México; lo mismo ocurre con la enfermedad renal crónica, que no forma parte del FPGC. En cambio, en la Seguridad Social, aunque no existe un plan explícito de beneficios, prácticamente no hay excepciones para la atención y se satisface la demanda en función de su capacidad de respuesta. (ii) El Sector Salud tiene una capacidad asimétrica de oferta de servicios para enfermos crónicos a favor de las instituciones de Seguridad Social cuya red de servicios y organización es más amplia y completa.

Un modelo de atención que no logra mejorar el control de la enfermedad y el estado de salud de quienes padecen ECNT. El modelo de atención vigente en las clínicas del primer nivel de atención todavía está enfocado en la atención individual a través de la interacción entre un médico y el paciente, cuando la perspectiva moderna es que los usuarios en los servicios de atención primaria deben ser atendidos mediante equipos multidisciplinarios y de forma integral. La oferta de estos servicios está todavía limitada a programas específicos y para enfermedades específicas: DiabetIMSS, por ejemplo, atiende únicamente a pacientes con diabetes tipo 2 y con menos de 10 años de progreso de la enfermedad. Se estima que existen 136 módulos que atienden a 91 mil pacientes. Por parte de la Secretaría de Salud actualmente existen 101 Unemes-Ec en 29 entidades federativas. Las evaluaciones iniciales reflejan resultados favorables de DiabetIMSS,^{62,63} reportándose que se logra el control glucémico en 48% de los pacientes⁶⁴ y en las Unemes-Ec se reportan resultados similares.⁶⁵ Todavía es necesario establecer su impacto en términos de costoefectividad y sustentabilidad de sus servicios.

Deficiente calidad de atención. A quienes ya padecen estas enfermedades se les debe atender con la mejor calidad posible, dado que la atención oportuna y de calidad reduce la discapacidad y la mortalidad prematura por ECNT. Sin embargo, el número de pacientes crónicos con las complicaciones y mortalidad temprana va en aumento; además, la probabilidad promedio de que los pacientes con diabetes reciban el conjunto completo de intervenciones recomendadas por las guías clínicas mexicanas es de 36% en el IMSS, 29% en la Secretaría de Salud y 25% en los usuarios del Sector Privado.⁶⁶ En el modelo convencional de atención, un estudio de calidad en 25 mil pacientes con diabetes reflejó las limitaciones en indicadores de proceso y de resultados de la atención: únicamente 13.0% de los pacientes fueron remitidos a un oftalmólogo; 3.9% recibió asesoramiento nutricional, a 63.2% de pacientes con sobrepeso / obesidad se les

prescribió metformina, y sólo 23% tenía cifras aceptables de control de diabetes: HbA1c <7%, o glucosa plasmática <130 mg /dl.⁶⁷

Discapacidad y mortalidad prematuras. Las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, problemas neurológicos y cirrosis hepática son las principales causas de muerte en el país (figura 1). Esta tendencia se ha modificado en forma importante en los últimos 16 años. La figura 1 ilustra la reducción en las enfermedades infecciosas y el incremento progresivo de muertes por ECNT.

3.4. Cáncer

El cáncer representa un problema creciente debido al número de casos nuevos y a la elevada mortalidad. Es

la tercera causa de muerte con cerca de 80 mil fallecimientos anuales. El cáncer tiene además consecuencias sociales y económicas que lo convierten en una enfermedad catastrófica para el individuo, las familias, las instituciones públicas de salud y la sociedad. Es importante mencionar que el cáncer es prevenible y curable con detección y tratamiento oportuno. El avance de la medicina ha hecho posible que cuatro de cada 10 casos de cáncer puedan prevenirse, y otros tantos puedan ser detectados y diagnosticados tempranamente para recibir tratamiento óptimo y curarse.

Los retos identificados por el Instituto Nacional de Cancerología son los siguientes.

Incidencia creciente de cáncer. Uno de cada tres mexicanos será diagnosticado con algún tipo de cáncer a lo lar-



Fuente: elaboración propia con datos del Institute for Health Metrics and Evaluation global healthdata Exchange México.
<http://ghdx.healthdata.org/geography/mexico>
<http://www.healthdata.org/mexico?language=149>

Figura 1. Cambio en la mortalidad entre 1990 y 2016

go de su vida. Los distintos tipos de cáncer van en aumento en todos los grupos de edad. Por ejemplo, en los niños y adolescentes, la leucemia tiene la incidencia más alta (58.8 casos por millón de niños), seguida por tumores del sistema nervioso central (SNC) (15.3) y linfomas (13.3 casos por millón de niños/año).⁶⁸ En los niños de 4 a 15 años, el cáncer es la primera causa de muerte.

Carencia de un sistema de información para determinar la incidencia, prevalencia y sobrevida de los pacientes con cáncer. El Sector Salud carece de información estadística precisa y actualizada para planear, otorgar servicios y evaluar el desempeño. Recientemente se inició con el Registro Nacional de Cáncer, el cual está en etapas preliminares.

La barrera del financiamiento representa desafíos importantes y marca inequidad en el acceso. La mayoría de los pacientes con cáncer no pueden pagar de su bolsillo el alto costo del tratamiento y requieren alguna forma de reembolso o asistencia financiera. En México, el Seguro Popular tiene fondos específicos pero limitados, cubre todos los tipos de cáncer infantil; en mujeres financía el tratamiento de cáncer de mama, ovario y cérvix, en hombres de próstata y testículo y en adultos de ambos sexos el cáncer de esófago, Non-Hodking y colon. Los hospitales especializados como el INCAN atienden todos los tipos de cáncer en función de sus recursos disponibles, aunque puede haber un costo económico para las familias; en cambio, el Seguro Social brinda atención para todos los tipos de cáncer en función de la demanda y capacidad de oferta de sus instalaciones y sin desembolsos adicionales.

Escasa oferta de servicios ante una demanda creciente. En nuestro país, el acceso a los programas de prevención y detección tempranas es muy limitado, principalmente los que corresponde a los servicios de salud pública y atención primaria, causando que más de 70% de los casos sean diagnosticados en etapas avanzadas, lo cual reduce las posibilidades de curación y eleva los cos-

tos del tratamiento. El Sector Salud tiene déficits de recursos humanos, infraestructura y equipo especializado para el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer. Existe una falta de vinculación entre los niveles de atención. El continuo de la atención no está coordinado entre los distintos niveles. Un indicador importante es que los casos de cáncer que son detectables: mama, cérvix, próstata y colon, llegan a los servicios especializados en etapas avanzadas de la enfermedad, cuando podrían haber sido detectados tempranamente, aumentando así la eficacia potencial de los tratamientos y la expectativa de vida.

En México, el tamizaje poblacional masivo se justifica únicamente para el cáncer de mama (Cama) y cervicouterino (Cacu) y aunque se han logrado avances importantes en la detección temprana de estos padecimientos, queda un amplio margen de mejora. Los indicadores de estos programas reflejan desempeños subóptimos. La gran proporción de pacientes que se diagnostica cuando el cáncer está en etapas avanzadas se traduce en las tasas elevadas de mortalidad que persisten para Cacu y el aumento en la tasa de Cama.

Las coberturas de detección temprana son diferentes en las instituciones del Sector Salud, lo que refleja la fragmentación del sistema y la disparidad de las prioridades en la asignación de recursos. En las instituciones de seguridad social, los programas PrevenIMSS y PrevenISSSTE han establecido estrategias de detección temprana de cáncer de mama y cuello uterino, que incluye la autoexploración, la exploración clínica y las mastografías como acciones sistemáticas de tamizaje. El objetivo de estas intervenciones es detectar el Cama en fase preclínica o identificar de manera precoz los signos de alarma y síntomas de cáncer. Otras instituciones como PEMEX, SEMAR y SEDENA también utilizan mastógrafos para la detección y diagnóstico de Cama.

Para mujeres sin seguridad social, la SSa en coordinación con los servicios estatales de salud y el IMSS-Prospera realizan acciones de promoción y detección temprana con mastografía a través de unidades fijas y móviles. Adicionalmente se creó el modelo de Uneme para la detección y diagnóstico de cáncer de mama (De-

dicam), que incrementa la calidad y oportunidad en el proceso de tamizaje y brinda servicios de **un solo paso** para la evaluación diagnóstica de casos sospechosos a mujeres de 25 a 69 años. Sin embargo, los 754 mastógrafos disponibles en el país son insuficientes para cubrir los estudios anuales que requiere la población femenina mayor de 40 años.

Escasez de personal de salud especializado y de instalaciones para la atención de pacientes con cáncer.

Las recomendaciones internacionales establecen que por cada millón de habitantes debe contarse con 20 oncólogos, cuatro a siete radiooncólogos por cada equipo de radioterapia y un físico médico por cada dos equipos. México no cumple con estas recomendaciones. En 2009, el IMSS tenía entre 6 y 8 oncólogos por millón de derechohabientes, lo que representa un déficit de entre 690 y 980 especialistas tan sólo en esta institución. En el país se cuenta con 820 cirujanos oncólogos, 82 ginecólogos oncólogos, 362 oncólogos médicos, 169 oncólogos

pediatras y 117 radiooncólogos. Las cifras destacan las deficiencias en el personal. La disponibilidad de equipos especializados para atención a pacientes con cáncer también es deficitaria. La Agencia Internacional de Energía Atómica recomienda la existencia de entre cinco y seis equipos de radioterapia por cada millón de habitantes en un país, mientras que en México existen cerca de 187 equipos, lo que representa 1.7 por cada millón de habitantes.

3.5. Enfermedades infecciosas y resistencia bacteriana a los antibióticos

Enfermedades infecciosas comunes. Las enfermedades infecciosas comunes son las primeras causas de consulta ambulatoria; además, una parte importante de las acciones de salud pública están enfocadas en la prevención y control de padecimientos transmisibles. En la atención primaria, las consultas por infecciones respiratorias agudas, enfermedades intestinales (diarreas) e in-

Magnitud del problema del control de cáncer en México

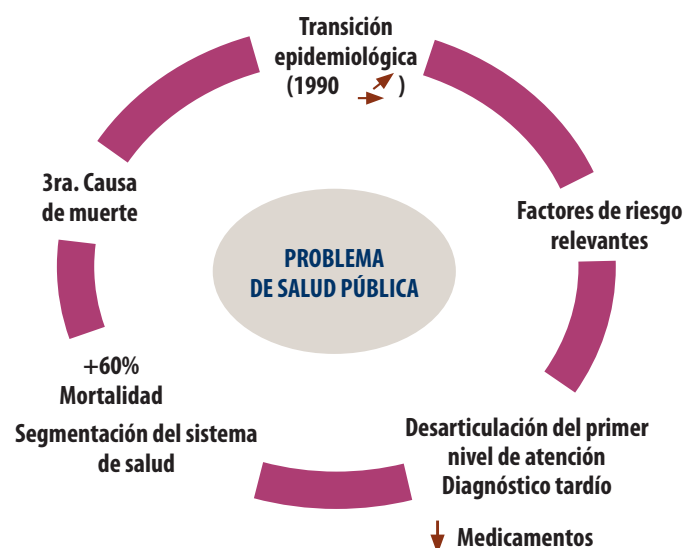


Figura 2. Magnitud del problema del control de cáncer en México

fecciones urinarias ocupan los tres primeros lugares en todos los grupos de edad.⁶⁹ La importancia de estos tres padecimientos radica en que afectan a un gran número de personas, tienen riesgo de complicaciones severas y con frecuencia el tratamiento prescrito por los médicos no sigue las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Las enfermedades diarreicas agudas, las infecciones respiratorias bajas (neumonía) y otras infecciones en conjunto son la octava causa de muerte.

Necesidad de mejorar la vigilancia epidemiológica.

La vigilancia epidemiológica es el sustento para los programas de atención, prevención y control de enfermedades infecciosas, tanto para la respuesta inmediata, de largo plazo y de la evaluación. La evolución del manejo de la información epidemiológica, obtenida a través de diferentes modelos de colección y de análisis, dirigido a objetivos específicos, requiere que los países desarrollen sus programas de manera dinámica para enfrentar los retos actuales.⁷⁰

Control de la resistencia a los antimicrobianos. El Sector Salud requiere establecer una política nacional de uso de antimicrobianos dirigida a limitar la generación y transmisión de resistencias disminuyendo la utilización de los antibióticos por mala prescripción y utilización comercial (producción agropecuaria).

Infecciones transmitidas por vector. En el ámbito poblacional, las infecciones endémicas (dengue, influenza) y emergentes (Zika y chikungunya) y los peligros latentes como fiebre amarilla y virus mayaro) y el paludismo, constituyen amenazas constantes que ponen periódicamente a prueba la resiliencia de los servicios de salud pública, pues afectan la salud y representan un riesgo para la vida y calidad de vida de los pacientes (por ejemplo, el Zika está relacionado con la aparición de microcefalia).⁷¹ En estos padecimientos la intervención más efectiva consiste en romper la cadena de transmisión. A pesar de la experiencia y esfuerzos de México en la eliminación de paludismo y los años de combate contra dengue, el país

continúa siendo una región endémico-epidémica de dengue con grandes brotes urbanos. Además, el país experimentó una rápida y extensa diseminación de chikungunya y Zika, y se desconoce la extensión e impacto real en los servicios de salud y en la población.

Vacunación universal. El Programa de Vacunación Universal ha evolucionado desde su creación con grandes avances en amplitud del esquema y cobertura. Entre 2006 y 2013, el esquema de vacunación para los niños menores de cinco años se expandió de 6 a 13 biológicos, y se introdujeron nuevas vacunas para otros grupos de edad, como la vacuna del virus de papiloma humano para niñas de 9 a 12 años. El esquema de vacunas de México es de los más amplios en América Latina y actualmente enfrenta distintos desafíos.

a. Capacidad de oferta limitada. La capacidad de oferta está vinculada con la disponibilidad presupuestal para autosuficiencia en la producción, la adquisición y la aplicación de las vacunas que contrasta con el crecimiento de la población. En el país nacen 2.2 millones de niños anualmente, lo que representa una demanda constante y creciente. A esta situación se agrega el incremento continuo en los precios de las vacunas, sin que el presupuesto se incremente en forma paralela. En consecuencia, la adquisición y aplicación de las vacunas siguen criterios de ahorro a costa de disminuir la efectividad. Por ejemplo, es deseable que la vacuna de influenza sea universal y sólo se aplica en grupos de edad específicos; la vacuna de virus de papiloma humano se aplica solo a niñas; la vacuna de neumococo podría aplicarse a partir de los 50 años y actualmente se aplica a personas de 65 y más años. Estas decisiones basadas en el racionamiento generan inequidad e incertidumbre en la población.

b. Precariedad de criterios de validez y confiabilidad en la medición de coberturas. Las discrepancias son visibles. El Censia reportó en 2015 una

cobertura de 90.7% de esquemas completos en menores de un año (BCG, Hepatitis B, Pentavalente, Rotavirus y Neumococo); y de 96.9% en los de un año. No obstante, la Ensanut MC 2016 identificó que la cobertura de esquema completo en menores de un año fue de 51.7% y en niños menores de dos años fue de 53.9%.⁷² Las evaluaciones de Coneval han reiterado la deficiencia en el sistema de monitoreo del desempeño del programa, el cual además carece de evaluaciones de impacto.⁷³

c. Limitada calidad en la aplicación de las vacunas.

La aplicación de las vacunas requiere, para ser efectiva, de la capacitación y competencias del personal de salud, y de mejoras en las condiciones en que las vacunas se almacenan localmente, se distribuyen y se aplican a la población. Existe la asignación presupuestal para comprar vacunas, pero no para incrementar la infraestructura en recursos humanos y ni física para su aplicación. No existen indicadores de calidad y eficiencia y el programa carece de evaluaciones de impacto.

Las infecciones asociadas con la atención de la salud (IAAS) representan un grave problema no resuelto de la calidad de atención con un costo muy elevado.

Los principales retos identificados son: (i) programas de vigilancia y control débiles para identificar tasas de infección y resistencia antimicrobiana y establecer intervenciones preventivas; (ii) reutilización de equipo médico que fue diseñado para utilizarlo una sola vez; (iii) carencia de recursos básicos en establecimientos de salud como agua, jabón, antisépticos, guantes y batas; (iv) brotes de enfermedades transmisibles que también infectan a personal médico (usualmente no detectado o informado); (v) carencia de profesionales capacitados para el control de infecciones y (vi) corrupción y recursos inadecuados.⁷⁴ Se ha estimado que en México la prevalencia de infecciones asociadas con la atención a la salud llega a 21%, mientras que en países desarrollados es de entre 3 y 6%. La recurrencia de epidemias en unidades neonatales es sólo la punta del iceberg.

Las consecuencias son importantes porque incrementan el costo de la atención y representan hasta 2% del total del presupuesto en salud. Además, alargan la estancia hospitalaria: los días de estancia promedio varían de 8.5 a 11.5, mientras que los pacientes con infecciones asociadas a la atención a la salud tienen estancias de hasta 21 días. La mortalidad también se incrementan, ya que pasa de 5.9 % a 25% en los pacientes con infecciones asociadas a la atención a la salud.

Existe una separación artificial entre las ECNT y las infecciosas que debe desaparecer.

Las enfermedades crónicas transmisibles (tuberculosis, VIH/SIDA) y las no transmisibles (diabetes, hipertensión) comparten ciertas características en lo referente a su tiempo de duración, uso permanente de servicios de salud y progresión a complicaciones. Además, es visible la asociación entre las ECNT y el incremento de la susceptibilidad a infecciones, y éstas a su vez tienen un efecto negativo en el control de las ECNT. Los pacientes con diabetes que padecen infecciones tienen menor probabilidad de lograr el control metabólico; los pacientes con cáncer, debido a que tienen alteraciones en su sistema inmunológico, padecen infecciones que ponen en riesgo su vida. Es indispensable considerar esta yuxtaposición de padecimientos infecciosos y crónicos como parte de la atención integral que los pacientes crónicos deben recibir. Adicionalmente, la mayoría de los eventos terminales (causa de muerte directa) son las infecciones.

3.6 Salud reproductiva

Algunos de los retos principales para la salud reproductiva están relacionados con la creciente prevalencia de embarazo en adolescentes, infecciones de transmisión sexual y la elevada frecuencia de indicaciones de operación cesárea.

Educación sexual deficiente para los adolescentes.

México ocupa el primer lugar entre los países de la OCDE en embarazos adolescentes, con 64 por cada mil. La En-

cuesta Nacional de Dinámica Demográfica 2014 informó que 44.9% de las personas sexualmente activas de entre 15 y 19 años no usaron condón ni anticonceptivos durante su primera relación sexual.⁷⁵ En este grupo de edad se registran 77 nacimientos por cada 1 000 mujeres y 83.9% de las hospitalizaciones están relacionadas con el embarazo, el parto o sus complicaciones.⁷⁶

Las enfermedades de transmisión sexual son muy frecuentes en adolescentes.

Se estima que hasta 30% de los mexicanos sexualmente activos han padecido alguna vez una infección de transmisión sexual. En adolescentes, las infecciones de transmisión sexual son la segunda causa de enfermedades. Algunas de estas enfermedades nunca se curan, se vuelven crónicas y pueden causar la muerte prematura, como es el caso del VIH/SIDA y la hepatitis B. En México, en 2017 se estimaba que existían alrededor de 220 mil personas con VIH/SIDA, de este número sólo 57% conoce su estado serológico (141 000 personas). Además, el VIH/SIDA es la cuarta causa de muerte entre los varones mexicanos de 15 a 29 años.⁷⁷

Las cesáreas representan un grave problema de calidad de atención en México.

Es el procedimiento quirúrgico más frecuente: 47 de cada 100 partos se resuelven por operación cesárea, aunque la mitad son innecesarias. Existen múltiples factores asociados con su elevada prevalencia, desde las indicaciones injustificadas por el personal médico, las solicitudes de las madres, hasta incentivos económicos y juicios erróneos sobre su seguridad.⁷⁸

3.7. Salud mental

En el país, los padecimientos mentales representan un problema complejo de salud pública que tiene consecuencias graves para la sociedad, las familias y las personas. Dichos padecimientos son una necesidad de salud insatisfecha debido a la escasez de la oferta de servicios y la precariedad de las políticas para encarar esta problemática.

Los problemas de salud mental causan una proporción importante de años vividos con discapacidad.

Lo anterior principalmente para quienes padecen ansiedad, depresión esquizofrenia, trastorno bipolar, autismo y quienes utilizan drogas ilegales y consumen alcohol en exceso. Estos trastornos ocupan el cuarto lugar de años de vida ajustados por discapacidad después de la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y otras ECNT.⁷⁹

Elevada frecuencia de trastornos mentales. El 28% de la población ha sufrido algún trastorno mental; los más frecuentes son ansiedad (14.3%), abuso de sustancias (9.2%), depresión (9.1%) y fobias (7.1%). El 18% de la población urbana padece depresión.⁸⁰ Los trastornos neurológicos como enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, epilepsia, migraña, cefalea tensional y dolor de cabeza por abuso de medicamentos representan 3% de la carga total de enfermedad.

Incremento del suicidio. Entre 1970 y 2007, las defunciones por suicidio aumentaron 275%, principalmente en el grupo de 15 a 29 años.⁸¹ En 2015 se registraron 6 285 suicidios, cifra que representa una tasa de 5.2 fallecidos por cada 100 mil habitantes. Por sexo, la tasa de suicidio es de 8.5 por cada 100 mil hombres y de 2.0 por cada 100 mil mujeres.⁸²

Escasa oferta de servicios de salud mental para pacientes con ECNT.

Los pacientes con ECNT (diabetes, cáncer, hipertensión, otros) tienen mayor susceptibilidad de tener trastornos mentales, derivados de los efectos de la enfermedad en su funcionalidad y autonomía y en sus relaciones laborales, personales y familiares. Para estos pacientes no existen lineamientos claros de la atención a su salud mental.

Limitada oferta de servicios de salud mental para pacientes con trastornos mentales. En el país hay es-

carez de servicios de rehabilitación psicosocial en servicios psiquiátricos públicos, de servicios ambulatorios de salud mental y de unidades de psiquiatría en hospitales generales, a lo cual se suma la carencia de un sistema de información en salud mental integrado, lo cual impide tener un panorama amplio de la problemática.

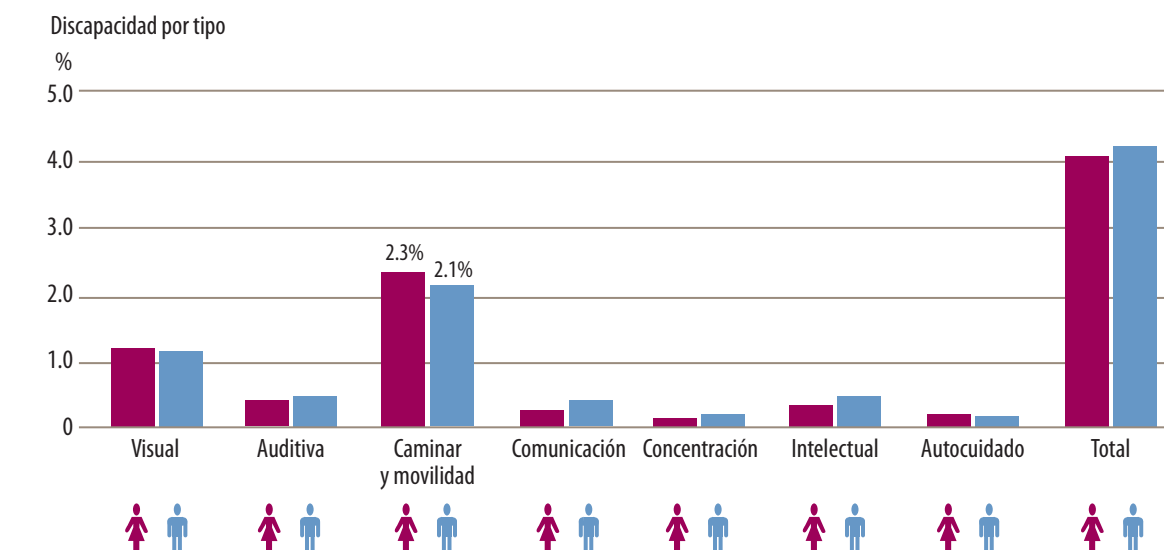
3.8. Discapacidad

La Secretaría de Desarrollo Social define discapacidad como la consecuencia de la presencia de una deficiencia o limitación en una persona, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.⁸³ Actualmente existen instrumentos legales e instancias de política pública como la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (LGIPCD), el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de Personas con Discapacidad (CONADIS) y el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (PNDIPD) que están orientados específicamente para este grupo

de la población. El soporte financiero se brinda a través del programa presupuestario P004 Desarrollo Integral de las Personas con Discapacidad.

La prevalencia de discapacidad en México alcanza 6%. Es decir, más de siete millones de personas no pueden o tiene dificultad para realizar sus actividades en distintas áreas: motriz, visual, del habla, auditiva, múltiple (limitación para vestirse, bañarse o comer); intelectual (limitación para poner atención o aprender) y mental.

Las enfermedades y el envejecimiento son las principales causas de la discapacidad. En 2014, las enfermedades (41.3%) y la edad avanzada (33.1%) representaron tres de cada cuatro personas con discapacidad. Las causas de discapacidad más frecuentemente reportadas son los problemas originados durante el nacimiento (10.7%) y los accidentes (8.8%), mientras que la violencia es el detonante de discapacidad menos frecuente (0.6 por ciento). El cambio demográfico –del envejecimiento poblacional– también se refleja en la discapacidad. El 47% de las personas con discapacidad son adultas mayores



Fuente: United Nations Statistics Division, Disability Statistics 2018. Censo de población y vivienda 2010, INEGI

Figura 3. Distribución de la discapacidad en México

(60 años y más) y 34.8% tienen entre 30 y 59 años de edad.⁸⁴ La figura 3 describe la distribución de los distintos tipos de discapacidad en México.

Las personas con discapacidad no tienen garantizado el pleno ejercicio de sus derechos sociales y humanos.

La Secretaría de Desarrollo Social establece que esta situación es debida a tres factores: (i) baja participación en el mercado laboral, la cual es producto de la insuficiencia de acciones afirmativas que favorezcan la inclusión, acceso deficiente a la educación y las percepciones erróneas sobre las aptitudes productivas de las personas con discapacidad; (ii) atención limitada de los servicios de salud debido a personal insuficiente y pobremente capacitado, escasez de insumos (medicamentos y equipamiento) y limitación en la oferta de servicios de rehabilitación y, finalmente, (iii) la accesibilidad limitada a los sistemas públicos y privados, producto de medios de transporte no incluyentes, material pedagógico y equipo de trabajo o médico no acondicionado, así como a pocas vialidades accesibles para personas con discapacidad (PCD) en México.

La reducción presupuestal afectó severamente la oferta del Programa de Atención a Personas con Discapacidad.

Entre 2011 y 2017 el presupuesto se redujo de 243 a 43 millones de pesos, los fondos se destinan principalmente al DIF y a organizaciones de la Sociedad Civil para realizar acciones de rehabilitación. La reducción de 83% del presupuesto generó un descenso importante de la oferta de estos servicios.⁸⁵ La evaluación de consistencia y resultados que realizó Coneval indica que el programa no cuenta con un reconocimiento explícito en la planeación nacional y sectorial de la problemática de las personas con discapacidad. Asimismo, el padrón de beneficiarios no cuenta con mecanismos documentados para su depuración y actualización.⁸⁶

El acceso a servicios de salud es limitado para las personas con discapacidad.

Por una parte, INEGI ha reportado que 8 de cada 10 personas con discapacidad están afiliadas a algún sistema de salud y que la mayoría (98%) utiliza sus servicios. Estas cifras revelan que las personas con discapacidad utilizan los servicios de salud; no obstante, se ha identificado que hacen falta acciones sostenidas y sistemáticas dirigidas a la prevención de la discapacidad, en particular las que están orientadas a reducir los factores de riesgo. Existen también limitaciones en la oferta de servicios de rehabilitación por niveles de complejidad.

IV

POLÍTICAS PÚBLICAS EFECTIVAS PARA FORTALECER LA SALUD PÚBLICA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA

Para fortalecer los servicios de salud pública y de atención primaria es necesario que el Sector Salud realice reformas importantes.

El avance en esta dirección reduciría la segmentación y fragmentación del Sector y permitiría avanzar de manera tangible hacia la unificación de los servicios. Los bloques básicos del sistema de salud –rectoría y gobernanza, financiamiento, generación de recursos, provisión de servicios, calidad de atención y sistema de información– sirven como referente para describir los cambios indispensables, con lo cual es factible lograr mayor eficacia, calidad y equidad en la prestación de los servicios.⁵

4.1. Rectoría y gobernanza

La rectoría tiene seis dimensiones: conducción, regulación, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento, funciones de la salud pública y armonización de la provisión de servicios.⁸⁷ En el caso de México, la Secretaría de Salud es la rectora en salud y es necesario afianzar esta responsabilidad ante las distintas instituciones del Sector Salud del ámbito federal, como las instituciones de Seguridad Social y las secretarías de salud estatales de las 32 entidades federativas.

Es recomendable innovar los marcos regulatorios y las estructuras organizacionales hacia la construcción de redes integradas de servicios y modelos de atención centrados en el usuario, con lo cual es posible circunscribir la atención a la salud de la población en áreas específicas. La estructura operativa del Sector Salud a nivel estatal, que consiste en las jurisdicciones sanitarias para la Secretaría de Salud y las delegaciones en el caso de la Seguridad Social requieren mejorar sus mecanis-

mos de gestión, organización, procesos de atención y mecanismos de evaluación del desempeño. Contar con la nominalización de los usuarios y brindar mayor capacidad resolutive en los establecimientos de atención primaria en coordinación y de forma continua con los niveles de atención subsecuentes lograría ampliar la oferta de servicios.

La complejidad de la atención a la salud, en la cual participan distintos actores del sector público y privado, demanda mejoras de la gobernanza de la Secretaría de Salud. La gobernanza consiste en los arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud.⁸⁸ En este sentido, es indispensable reforzar el liderazgo de la Secretaría de Salud ante las demás Secretarías que forman parte de la estructura del Estado (por ejemplo, Educación, Seguridad Social, Desarrollo Social, Economía, Hacienda) y ante los organismos de la sociedad civil para avanzar en las políticas intersectoriales relacionadas con los determinantes de la salud y fortalecer los sistemas de protección social.

4.2. Financiamiento

El financiamiento de las acciones de salud pública y atención primaria requiere mejoras substanciales. El financiamiento se debe proporcionar en cantidad suficiente para asegurar el acceso a servicios de salud de alta calidad y brindar protección contra el riesgo financiero.⁸⁹ En México, en 2016, el gasto total en salud representó 5.6% del PIB y de éste, 2.9% correspondió al gasto público total en salud. Es decir, prácticamente la mitad del gasto es público y la otra mitad es privado. En términos generales, en-

tre 2012 y 2018, el gasto en salud se redujo y la brecha de gasto per cápita entre las distintas instituciones se amplió. En 2016, El gasto per cápita por afiliación reconocida (la población que revela su afiliación a una institución o programa de salud) en el IMSS fue de MXN\$6 080, mientras que en Seguro Popular fue de MXN\$3 142.⁹⁰ En 2018, la previsión de gasto del PEF-2018 para Salud tuvo un incremento real de 0.6% respecto a lo aprobado en 2017, pero el incremento fue para Marina, IMSS, Aportaciones Federales y Aportaciones a Seguridad Social, con variaciones reales de 31.0, 2.4, 2.0 y 1.3%, respectivamente. En contraste, Defensa Nacional y el Ramo 12 Salud sufrieron reducciones de 4.6 y 4.1%, respectivamente.⁹¹

En el país el financiamiento para la salud presenta múltiples desafíos relacionados con la recolección, asignación y ejecución de los recursos. El financiamiento se asigna a un sector salud segmentado,⁹² los fondos presupuestales provienen de distintas fuentes, están regulados por distintas leyes y tienen mecanismos de ejecución y rendición de cuentas diferentes; además, están dirigidos a distintos grupos de población con asignaciones desiguales per cápita. Esta situación obstaculiza la rectoría, perpetúa las brechas de desigualdad y acceso, principalmente para la atención de padecimientos crónicos como cáncer e insuficiencia renal, y genera ineficiencias importantes. El financiamiento público en países de ingresos bajos y medios se debe utilizar para lograr la cobertura universal a través de un conjunto de intervenciones altamente costoefectivas, cuyo costo para la población debe ser de cero o muy bajo gasto de bolsillo.²⁶ El entorno presupuestal restringido para México contribuye a la precariedad de la salud pública y la atención primaria,²⁰ por lo que es justificable que haya reorientación del financiamiento hacia el fortalecimiento de ambas áreas,⁹³ cuyos costos son menores en relación con los costos hospitalarios y su impacto en salud es visible en el corto y mediano plazo.^{26,94} Se estima que los servicios de atención primaria y salud pública que otorgan 85% de los servicios de salud, solamente reciben 15% del total del presupuesto en salud; mientras los servicios

hospitalarios reciben 85% del presupuesto. En la práctica, las mejores inversiones se orientan a intervenciones enfocadas a las necesidades locales y que logran de la manera más rápida y efectiva tres resultados: 1) mejoran el estado de salud e incrementan la expectativa de vida saludable, 2) brindan protección financiera y 3) logran mejores retornos económicos.^{95,96}

El financiamiento para la salud pública en México ha cambiado en paralelo con las reformas del financiamiento para la salud. El presupuesto para las acciones de promoción contra riesgos sanitarios y promoción de la salud se incrementó gracias a la Reforma de la Ley General de Salud de 2003, a la creación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASSA-C) y al Anexo IV, destinados para acciones de promoción, prevención y detección contenidas en el Catálogo Único de Servicios de Salud (Causas). Además, se estableció el Acuerdo Nacional para el Fortalecimiento de Acciones en Salud Pública en los Estados (AFAS-PE) para mejorar la rectoría, programación y alineación de recursos, aumentar la transparencia y rendición de cuentas, y analizar y evaluar los programas de prevención y promoción. En 2016, La Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) estableció una nueva estructura programática a partir de la reingeniería del gasto público orientada al logro de resultados y para conseguir un mayor impacto en el bienestar de la población y hacer uso eficiente del gasto público.⁹⁷ Las reestructuraciones en salud pública se hicieron para el Ramo Administrativo 12, específicamente 8 fusiones y 2 creaciones de partidas presupuestarias.⁹⁸ Los cambios relacionados con las Acciones de Promoción y Prevención de la Salud se orientaron a la fusión de seis a tres programas presupuestarios. 1. Prevención y control de enfermedades; 2. Prevención y control de sobrepeso, obesidad y diabetes y 3. Salud materna, sexual y reproductiva.

En el país colisionan el mandato de continuar la política de acceso y protección financiera con las restricciones presupuestales y los cambios de la estructura programática del gasto público. Es decir, lograr más con

menos, por lo cual es necesario buscar alternativas para incrementar el valor por dinero, lo que significa: (i) afirmar la responsabilidad de obtener el máximo beneficio posible de los bienes y servicios que se adquieren, sin afectar la calidad, en el contexto de los recursos disponibles y (ii) cumplir el mandato de utilizar apropiadamente los fondos públicos para lograr los mejores resultados posibles por cada peso gastado.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), que financia la salud pública y la atención primaria a la población afiliada al Seguro Popular, establece dos recomendaciones para mejorar el financiamiento de la salud pública y la atención primaria.⁹⁹

- a. Reingeniería en la asignación y operación de los recursos para la salud pública del país para lograr mayor eficiencia en la ejecución presupuestal.
- b. Reorganización en la asignación de los recursos del Sistema de Protección Social en Salud para la atención primaria, enfatizando en el presupuesto basado en capitación.

Además, es justificable incrementar la inversión y el gasto para la prevención y atención de las ECNT no transmisibles a través de herramientas financieras y fiscales. Las medidas fiscales deben orientarse a incentivar dietas y estilos de vida saludables, fomentar el consumo y la producción sostenibles y proporcionar los ingresos para acelerar la ampliación de la atención sanitaria universal. Estas políticas pueden, y deberían, estar diseñadas para lograr mayor equidad.¹⁰⁰

En términos generales, las recomendaciones de la OCDE establecen que es necesaria una mayor asignación presupuestal a salud, pues México es el país con el nivel más bajo de financiamiento público en dicho rubro; para lograrlo, sería indispensable incrementar el gasto per cápita más de cuatro veces, lo cual evidentemente es una tarea de largo plazo. Además se recomienda implementar estrategias para hacer más eficiente el uso de los recursos, generar alternativas para mayor recaudación destinada a salud, mancomunar gastos y articu-

lar el financiamiento debido a que un gran número de personas migran de un sistema de salud a otro de forma continua.

4.3. Generación de recursos

Es indispensable establecer una política explícita, nueva y fundamentada de recursos humanos. La implementación de las políticas dirigidas a fortalecer los servicios de salud pública y de atención primaria requieren articular (i) la formación de profesionales de la salud con (ii) las necesidades de las instituciones de salud en términos de competencias y cantidad de personas a contratar, (iii) la regulación de la práctica profesional y (iv) la regulación del mercado de trabajo público y privado. Este abordaje contribuiría a superar la ineficiencia en la asignación y distribución de los recursos humanos para que se produzcan los servicios de salud en volumen y calidad adecuada.¹⁰¹ La política de recursos humanos en sus tres componentes (planificación, formación y gestión) es un componente esencial y transversal para todo el sistema. **No podrá mejorarse la atención primaria ni encarar los retos en salud señalados en la primera parte de este documento sin una política explícita de recursos humanos.** Es importante generar incentivos, certidumbre laboral y capacitación continua para los profesionales de la salud que laboran en establecimientos de atención primaria. Para lograrlo es necesario integrar y establecer de forma explícita una política de recursos humanos, definir la composición del equipo de profesionales y establecer procedimientos para su cumplimiento.

En congruencia con la perspectiva de reestructuración de los servicios hacia las redes integradas de salud en los servicios de atención primaria, la Organización Panamericana de la Salud estableció cuatro recomendaciones para México en lo referente a los recursos humanos: (i) fortalecer la capacidad de planificación conjunta de los recursos humanos, (ii) transformar la educación de los profesionales de la salud para apoyar los sistemas de salud basados en atención primaria, (iii) modernizar el currículo para las nuevas competencias que requieren

los recursos humanos e (iv) incorporar metodologías de aprendizaje innovadoras.¹⁰²

4.4. Provisión de servicios

La provisión de servicios afronta múltiples retos. El primero es la **asimetría en la oferta de servicios de salud pública y atención primaria entre las instituciones**. La estructura (organización, personal, equipamiento, condiciones físicas), los procesos y procedimientos reflejados en los modelos de provisión de servicios son distintos y también es diferente la métrica que utilizan para la medición de la productividad, calidad y eficiencia.

Los servicios son pasivos y atienden a la población de manera reactiva cuando los usuarios acuden en busca de ellos. De esta manera sólo la mitad de la población hace uso de los servicios regularmente cuando enferma o por alguna intervención preventiva. Los servicios de salud deben atender de manera proactiva a esta otra mitad de la población. El foco apropiado en salud pública y atención primaria es mantener el continuo y la coordinación de la atención para las personas y la población; los servicios no deben estar diseñados para enfermedades específicas.

El modelo de atención es heterogéneo, predominando la precariedad de equipos multidisciplinarios para la atención de ECNT en los establecimientos de salud. A esta situación se suma la debilidad de los sistemas de referencia y contrareferencia entre los distintos niveles de atención, la falta de capacidad resolutive en los establecimientos de atención primaria y la saturación de la demanda en los niveles de atención más especializados.

Las instituciones del Sector Salud tienen avances para modernizar la oferta de servicios de atención primaria y de salud pública; sin embargo, estos avances no se han logrado expandir cabalmente y no están diseñados para converger hacia una oferta homogénea que permita unificar al Sector. La Secretaría de Salud diseñó el Modelo de Atención Integral.¹⁰³

Esta propuesta establece cuatro estrategias: (i) renovación de la atención primaria de salud, (ii) reforzamiento de los Sistemas Locales de Salud (Silos), (iii) Desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y (iv) Participación Ciudadana. El Modelo de Atención Integral se centra en la persona, opera a través de redes integrales de servicios y tiene un componente de participación de la población a través de la integración de redes sociales. En este modelo convergen propuestas viables para el reforzamiento de los servicios de salud pública y de atención primaria.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con servicios de medicina familiar a través de la implementación de innovaciones estructurales y organizacionales que incluyen la educación continua a médicos, mayor participación de enfermeras, introducción del expediente médico electrónico y de la receta resurtible, digitalización de la programación de citas y la renovación del Programa PrevenIMSS con mayor énfasis hacia las ECNT. En el IMSS cada médico familiar tiene una población definida bajo su responsabilidad. Actualmente esta población se encuentra en una lista de derechohabientes para cada consultorio, identificados con nombre, edad, sexo, número de seguridad social, CURP y domicilio. El médico familiar puede acceder a un diagnóstico de esta población, llamado diagnóstico por consultorio. En el IMSS, cada derechohabiente tiene un médico y cada médico tiene una población definida bajo su responsabilidad. A pesar de ello, la demanda ha excedido a la capacidad de servicios, por lo que se requiere el análisis de su situación actual para el cumplimiento de su responsabilidad en la atención con calidad a la población derechohabiente.

Un reto adicional son las intervenciones no personales, que sólo se pueden lograr si se trabaja con una población definida geográficamente y no por su afiliación a alguno de los sistemas de aseguramiento. Estas intervenciones no personales tienen que ver con la población en conjunto; por ejemplo, los servicios de promoción de estilos de vida saludables, control de vectores y otros.

Las recomendaciones son: (1) que las instituciones del Sector Salud tengan la misma capacidad de oferta de

servicios, (2) que los servicios cumplan con los atributos necesarios de accesibilidad, calidad y equidad, (3) contar con servicios de salud pública y modelos de atención primaria claramente definidos y congruentes con las necesidades de salud de la población y centrados en el usuario. Estas acciones contribuirían a lograr el anhelo de un sistema nacional único, pues brindaría la posibilidad real de coordinar los recursos existentes.

Existen experiencias en el país que hacen considerar la viabilidad de la propuesta. Entre 2011 y 2015, La Secretaría de Salud del Gobierno de Tamaulipas puso en marcha la Estrategia Familias Saludables, en la que se reforzó la atención primaria, se implementaron los registros nominales y se identificaron los riesgos y daños de la población en los centros de salud. Se focalizaron las acciones y se logró incrementar las coberturas de programas preventivos y de atención curativa.¹⁰⁴

4.5. Calidad de los servicios de salud

La calidad de atención debe ser una prioridad para el sector salud. Para que un sistema de salud sea de alta calidad es crucial garantizar la calidad en tres principales dominios: (i) las bases del sistema, (ii) los procesos de atención a la salud y (iii) los impactos del sistema.¹⁰⁵ Las bases del sistema deben garantizar la calidad en cinco subsistemas: gobernanza, recursos humanos, infraestructura, suministros y población.

Fortalecer la gobernanza enfocada en la calidad de atención requiere del liderazgo de la Secretaría de Salud y de que se generen políticas y mecanismos reguladores encaminados a fortalecer las bases para la calidad de atención. Esto incluye políticas y mecanismos reguladores robustos, transparentes, obligatorios para todo el sector salud, traducidos en acciones y respaldados por un sólido sistema de información de salud.^{12,17} Estas políticas y mecanismos deben de ser enfocados en:

- a. Establecer/fortalecer la calidad de las instalaciones, las normas de prestación de servicios, las estructuras organizacionales a cargo de las actividades

relacionadas con la calidad de atención en todos los niveles (nacional, estatal, delegacional, establecimiento de salud).

- b. Rediseñar el sector salud centrado en la calidad que establece redes sólidas de comunicación y derivación entre diferentes proveedores.
- c. Establecer un sistema de evaluación externa de la calidad de la atención en todos sus niveles con un mandato del gobierno central y con un marco legal y operativo para la evaluación obligatoria regular de la calidad de la atención de los proveedores de salud, que utiliza un conjunto de indicadores estándar que permitan comparar el desempeño entre las instituciones de salud y brinden una perspectiva de todo el sistema de salud, haciendo disponibles los datos a través de un tablero del sistema de salud de acceso abierto en internet.
- d. Establecer/fortalecer la educación formal y la capacitación profesional a los proveedores de salud y los gerentes sobre temas de calidad de atención.
- e. Impulsar la demanda de la población para una atención de alta calidad. Esto requiere no sólo formas pasivas para obtener retroalimentación de los usuarios de la calidad de atención, como encuestas y módulos de satisfacción para recopilar quejas, sino también participación activa del usuario en el diseño y la implementación de iniciativas de mejora.

Las recomendaciones internacionales sugieren la creación de una agencia independiente de la Secretaría de Salud y los institutos de Seguridad Social de carácter nacional para la supervisión y mejora de la calidad. Esta agencia externa debe ser responsable de diseñar y establecer los estándares requeridos, así como de supervisar y promover la adherencia para una atención segura y efectiva en todos los prestadores públicos y privados del sistema. La nueva agencia debería contar con las facultades regulatorias necesarias para recolectar, analizar y publicar información sobre calidad y los resultados, compartiendo lecciones sobre el buen desempeño y apoyando a las unidades de desempeño deficiente.^{2,14} Como un

referente útil, el Canadian Institute for Health Information tiene esta perspectiva y proporciona información sobre indicadores de la calidad a nivel de proveedor individual, establecimiento de salud, provincia o por padecimiento. Toda esta información es pública.¹⁰⁶

El Instituto Nacional de Salud Pública realizó un estudio para evaluar la situación de la calidad en el primer nivel de atención en la Secretaría de Salud, y derivado de sus hallazgos fue posible establecer propuestas puntuales que están enfocadas en este nivel de atención. Se evaluaron las áreas de liderazgo, sistema de información para la calidad, participación de pacientes y población,

regulación y estándares, capacidad organizacional y modelos de atención. En congruencia con estas áreas, y con base en los resultados, se elaboraron propuestas específicas que se describen en el cuadro 2.⁹³

4.6. Sistema de información

Un sistema de información en salud es un esfuerzo integrado para recolectar procesar, reportar y utilizar la información y el conocimiento para influir en la generación de políticas de salud, programas, provisión de servicios e investigación.

Cuadro 2
Propuestas para mejorar la calidad en el primer nivel de atención

Áreas	Líneas estratégicas
Liderazgo	• Homogeneización del nivel jerárquico y redefinición del perfil y funciones de los representantes estatales de salud y gestores de calidad • Formación en calidad y liderazgo de los responsables de calidad • Establecimiento de líneas de coordinación entre los distintos componentes del sistema
Sistema de información para la calidad	• Rediseño del sistema de indicadores • Fomento del uso de la información para la mejora de la calidad • Evaluación integral del sistema de información para la calidad
Participación de pacientes y población	• Mejora del marco conceptual, jurídico y normativo • Fomento la participación del paciente • Fomento de la participación de la población
Regulación y estándares	• Desarrollo e implementación de normas o guías para la práctica clínica • Implementar estrategias de mejora de la calidad basadas en la regulación y estándares: acreditación y certificación de unidades de atención
Capacidad organizacional	• Desarrollo de infraestructura y recursos humanos • Mejoras del sistema de suministro de medicamentos • Mejoras del financiamiento e incentivos
Modelos de atención	• Integración de los diversos subsistemas del primer nivel de atención • Revisar y planificar la implantación del Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) • Definición de las redes de atención funcionales • Diseño de un Modelo General de APS; revisar justificación y características de los diversos tipos de unidades de Atención de Primer Nivel • Coordinación de las actividades de prevención y promoción de la salud integradas en el primer nivel • Revisión de los mecanismos de referencia y contrareferencia • Revisión de modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC: revisar criterios de referencia y contrareferencia • Evaluación y reforzamiento de la utilización de las cartillas de Salud

Los sistemas de información institucionales reflejan la fragmentación del sector, no están vinculados y, en consecuencia, no se cumple cabalmente la premisa de recopilar, analizar y difundir la información. En México, las instituciones que constituyen el Sector Salud recopilan una gran cantidad de datos; no obstante, la fragmentación impide que la información en salud se recolecte, valide, analice y difunda de manera homogénea.

La información no se utiliza en su totalidad para informar la política pública y promover mejoras de calidad. Los estudios sobre uso de información para la calidad de atención han identificado que existen serias limitaciones técnicas y operativas en lo referente a los recursos necesarios, el diseño y utilización de indicadores, la confiabilidad de las fuentes de datos, el manejo y procesamiento de éstos, la generación de productos de información, la disseminación y uso de la misma. Se ha identificado que la información sigue el trayecto que inicia en la generación de los datos y la recopilación y el análisis, pero la retroalimentación hacia quienes gen-

eran los datos y el uso de la información para toma de decisiones directivas, gerenciales, clínicas o para informar al público, están seriamente limitados, lo que impide el acceso y utilización de la información de manera rutinaria.

La OCDE recomienda el desarrollo y consolidación de infraestructura de información y para ello es indispensable la revisión estratégica de los sistemas de información vigentes, de forma que el país transite de un conjunto de sistemas de información fragmentado a un sistema consolidado. Este sistema se puede utilizar en distintas áreas como la mejora continua de la calidad, atención personalizada y garantía de la continuidad de servicios, soporte para la contratación y la compra, rendición de cuentas transparente y agilidad para identificar y predecir los cambios en las necesidades de salud que faciliten cambios en los modelos de atención. Las recomendaciones adicionales incluyen el registro nacional consolidado de pacientes iniciando por la interoperabilidad de los registros entre las instituciones, el diseño de indicadores de calidad homogéneos entre las instituciones del sector.²

V

LAS PRIORIDADES DE LA SALUD PÚBLICA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA

Las prioridades en salud pública y atención primaria se establecieron a partir de la identificación de los retos descritos en el apartado correspondiente. La elaboración de las prioridades tiene una perspectiva aplicable y operativa cuyos resultados se espera que logren el acceso efectivo y faciliten el logro de la cobertura universal, a la vez que tengan un impacto positivo para mejorar el estado de salud y reduzcan la morbilidad, la discapacidad y las muertes prematuras.

La definición de estas propuestas utilizó como referente las recomendaciones de la publicación *Prioridades para el Control de Enfermedades 3* que propone intervenciones rentables mediante paquetes esenciales de intervenciones que proporcionan valor a cambio de dinero, que se pueden implementar y que abordan necesidades sustanciales. Las intervenciones son un punto de partida y fueron cuidadosamente revisadas y modificadas por investigadores y expertos en los distintos campos, en congruencia con el contexto de México. Las plataformas son las vías de provisión de los servicios y comprenden el entorno comunitario, de salud pública, atención primaria y hospitalaria básica.

Las intervenciones esenciales son de carácter social y en salud; no obstante, es importante reiterar que el Sector Salud requiere, por una parte, fortalecer su capacidad de gobernanza para interactuar con los distintos sectores público y privado y, por otra, realizar reformas sustanciales a nivel de política pública, rectoría, financiamiento, generación de recursos, provisión de servicios, calidad y sistemas de información para que estas prioridades tengan posibilidad de prosperar de forma efectiva.

5.1. Políticas intersectoriales

Las políticas intersectoriales son instrumentos esenciales en políticas de salud y parten de la premisa de que es indispensable la interacción entre los distintos sectores para reducir los riesgos para la salud conductuales y ambientales. Este abordaje se conoce como “salud en todas las políticas” y da al Sector Salud la oportunidad de generar políticas con un enfoque integral con el gobierno.¹⁰⁷ El cuadro 3 establece como riesgos clave: la contaminación del aire en el exterior y doméstico, uso de sustancias adictivas, tabaco y alcohol, ingesta inadecuada de nutrientes, lesiones de tránsito, inactividad física y otros riesgos. Para cada riesgo se describen las políticas y los instrumentos fiscales, regulatorios, de carácter educativo o informativo y del ambiente construido que permiten llevar a cabo las políticas y afrontar los riesgos.

Cuadro 3
Paquete intersectorial de instrumentos en políticas de salud

Riesgo de salud clave	Política	Instrumento
Contaminación del aire en interiores	Subsidiar fuentes de energía limpia para los hogares, incluyendo gas propano líquido (GPL) para población vulnerable y otras poblaciones clave	Fiscal
	Promover el uso de dispositivos caseros de bajas emisiones	Información y educación Fiscal
Contaminación del aire	Emisiones: gravar las emisiones y/o licitar permisos de emisiones transferibles	Fiscal
	Emisiones: mejorar la regulación de las emisiones del transporte, industriales y en generación de energía	Regulatorio
	Mejorar la medición y reporte de compuestos, gases y partículas (PM 2.5 y 0.1)	
	Subsidios a los combustibles fósiles: dismantelar los subsidios y aumentar los gravámenes a los combustibles fósiles excepto gas propano líquido (GPL)	Fiscal
	Actualización de las normas de construcción de motores y de elaboración de gasolinas (como las ultra bajas en azufre)	
	Transporte público: fortalecer sistemas de transporte público en áreas urbanas	Ambiente construido
	Desarrollar una política de ciudades sustentables	
Uso de sustancias adictivas (tabaco y alcohol)	Incluir la transición a transporte público que utiliza energías renovables	
	Elevar los impuestos especiales (IEPS) a los productos de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas de acuerdo con las mejores prácticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud	Fiscal
	Prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas, y asegurar su cumplimiento	Regulatorio
	Implementación de empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco y alcohol de acuerdo con las mejores prácticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud	
	Reforzamiento del cumplimiento de la prohibición de venta a menores de edad	
Alimentación y dietas poco saludables	Ambientes 100% libres de humo de tabaco: prohibición de fumar en lugares públicos de acuerdo con las mejores prácticas recomendadas por el Convenio Marco de la OMS	Regulatorio
	Alimentación escolar: financiar alimentación escolar y acceso a agua potable en áreas geográficas seleccionadas	Fiscal
	Calidad de la comida: asegurar que el agua, los alimentos subsidiados y los programas de alimentación escolar tengan la calidad nutricional adecuada	Regulatorio
	Fortificación de alimentos con hierro, zinc, ácido fólico y vitamina D	Regulatorio
	Fortificar la sal con yodo	Regulatorio
	Prohibir y reemplazar las grasas trans con grasas poliinsaturadas	Regulatorio
	Imponer regulaciones para reducir la sal en productos alimenticios manufacturados	Regulatorio
	Gravar para desalentar el consumo de bebidas azucaradas y alimentos ultra procesados de alta densidad calórica y cantidades elevadas de azúcar, grasa o sal	Fiscal
	Azúcar, sal y grasas saturadas: educar al consumidor sobre la importancia de reducir su consumo, incluyendo estrategias efectivas como un etiquetado de alimentos adecuado	Información y educación

Continúa.../

/... continuación

Riesgo de salud clave	Política	Instrumento
Lesiones de tránsito	Seguridad vehicular: establecer legislación y fiscalización de medidas de seguridad en vehículos motorizados	Regulatorio
	Seguridad vial: establecer legislación y fiscalización del uso de cascos para usuarios de motocicletas	Regulatorio
	Seguridad vial: establecer y fiscalizar límites de velocidad en los caminos	Regulatorio
	Seguridad vial: incluir mecanismos de reducción de velocidad en la construcción de caminos	Ambiente construido
Inactividad física	Inactividad física: proveer, mantener y mejorar la infraestructura para la práctica de actividad física por placer, que permita la caminata y el ciclismo seguros, así como la recreación en espacios públicos (parques, plazas y gimnasios al aire libre)	Ambiente construido
	Inactividad física: promocionar el uso de sistemas de transporte que den prioridad a los desplazamientos a pie, en bicicleta y en transporte público	Ambiente construido
	Inactividad física: fomentar un cambio de paradigma en la sociedad a través de las mejoras en los conocimientos, comprensión y apreciación de los múltiples beneficios de la actividad física regular a lo largo de la vida, según las capacidades personales	Información y educación
Otros riesgos	Pesticidas: establecer controles estrictos y transitar a prohibiciones selectivas en pesticidas altamente peligrosos	Regulatorio
	Agua y saneamiento: establecer estándares nacionales para agua potable, saneamiento y conductas de higiene dentro y fuera de los hogares e instituciones	Regulatorio
	Desechos peligrosos: establecer legislación y fiscalización de estándares para disposición de desechos peligrosos	Regulatorio
	Exposición a plomo: reducir la exposición humana al plomo, incluyendo prohibiciones en combustibles, pinturas, utensilios de cocina, alimentos cocinados de venta al público, tuberías de agua, dulces, cosméticos, medicinas y suplementos alimenticios	Regulatorio
	Implementar un monitoreo continuo de niveles de plomo en sangre en población general, prioritariamente niños y mujeres embarazadas. Implementar un sistema de monitoreo continuo de niveles de plomo en agua, alimentos cocinados de venta al público y dulces	
	Uso de antibióticos en ganadería y agricultura: reducir y discontinuar el uso de antibióticos en ganadería y agricultura	Regulatorio
	Respuesta de emergencia: crear y practicar respuestas multisectoriales y proveer suministros para responder a pandemias y otras emergencias	Regulatorio
	Mantener la producción y reservas de insumos, vacunas y equipos críticos	
	Sexo seguro: eliminar aranceles e impuestos a condones, e introducir subsidios en burdeles y para poblaciones en riesgo	Fiscal

Fuente: Modificado de Jamison DT y colaboradores²⁸

5.2. Políticas ambientales esenciales

Las políticas ambientales esenciales tienen cuatro campos de acción: agua y saneamiento, contaminación del aire exterior, contaminación del aire doméstico, contaminación química, exposición a plomo y cambio climático global. Alrededor de 25% de las causas de morbilidad y mortalidad están relacionadas con causas ambientales en México. Las políticas ambientales esenciales deben estar dirigidas a la preservación y restauración del ambiente y la disminución de emisiones de contaminantes. El Sector Salud resiente los impactos al final de la cadena. Las intervenciones de esta tabla han mostrado ser rentables y beneficiosas en relación con los costos en países de ingreso bajo y mediano, o para los cuales dicha rentabilidad puede ser concluida lógicamente a partir de los datos de ingreso alto u otros.

Para el agua y saneamiento, muchas de las políticas de intervención mencionadas no tienen dicha evidencia; sin embargo, los temas individuales promovidos por dichas políticas (por ejemplo, filtros, agua entubada, perforaciones y letrinas privadas) tienen una base sólida de evidencia. Las intervenciones en salud ambiental tienen un enfoque intersectorial: con energía (cambio a otras fuentes) en el tema de contaminación del aire y salud; economía (restricción de actividades como la minería y el control de contaminantes en corredores industriales); economía (por el uso de sustancia químicas); planeación urbana y desarrollo social.

A diferencia de las intervenciones que solamente tienen beneficios de salud, muchas, si no es que todas, las intervenciones en salud ambiental traen consigo una variedad de beneficios adicionales al sector de salud, por ejemplo, ahorros de tiempo, valores de propiedad, mejora del coeficiente intelectual, entre otros. Por lo tanto, la rentabilidad, medida únicamente en términos de salud, puede ser engañosa en lo que respecta a las relaciones totales de los beneficios sociales. El cuadro 4 describe las políticas ambientales esenciales y se describen con detalle la políticas fiscales e intersectoriales que abarcan impuestos y subsidios, infraestructura y ambiente construido y regulación.

Cuadro 4
Políticas ambientales esenciales

Campo de acción	Políticas fiscales e intersectoriales			Información, educación Impuestos y subsidios y comunicación
	Impuestos y subsidios	Infraestructura y ambiente construido	Regulación	
Agua y saneamiento	- Subsidios enfocados en grupos vulnerables. - Incentivos para que el sector privado se involucre más con el tema de agua y saneamiento y su cadena de suministro y servicio de provisión	- Facilidades de ASH de calidad en hogares, escuelas, centros de trabajo, espacios públicos e instalaciones de cuidado a la salud - Aprovechamiento de agua de lluvia - Incrementar el porcentaje de aguas residuales tratadas (domésticas e industriales)	- Estándares de ASH definidos por configuración (hogar, fuera del hogar) - Mejorar el sistema de vigilancia de calidad del agua	- Campañas de concientización nacional (por ejemplo, en lavado de manos) - Intervenciones para el cambio de comportamientos con respecto al ASH tales como el saneamiento total liderado por la comunidad

Continúa.../

/... continuación

Campo de acción	Políticas fiscales e intersectoriales			Información, educación Impuestos y subsidios y comunicación
	Impuestos y subsidios	Infraestructura y ambiente construido	Regulación	
Contaminación del aire exterior	• Impuestos a combustibles • Fomento a la producción de gasolinas de mejor calidad • Multas para la quema de basura residencial • Gravar los contaminantes • Políticas de comercio de emisiones para contaminantes específicos • Estímulos para la producción y uso de energías limpias • Ampliación y mejora del sistema de transporte público	• Reubicación de fuentes industriales, como los hornos de ladrillos (estos hornos necesitan, además mejores tecnologías que ya existen) • Sistema eficiente de recolección municipal de residuos sólidos urbanos • Transición de diésel a GNC en las flotas • Promover la prohibición de combustibles sólidos en las ciudades	• Reacondicionamiento de diésel y otras gasolinas • Reacondicionamiento de hornos de ladrillos para el control de emisiones • Control de emisiones de PM, SO₂ y NO₂ • Aceleración de las normas Euro para vehículos • Actualización de las normas de calidad del aire según guías de la OMS • Control del polvo de las carreteras y las construcciones • Adopción de los estándares de combustibles de la Unión Europea	• Sistemas de información de salud actualizados para incluir vulnerabilidad, adaptación y evaluación de capacidad
Contaminación del aire doméstico	• Subsidios para programas de estufas de biomasa • Subsidios para programas focalizados y extendidos para GLP y otros combustibles limpios	• Ventilación mejorada como parte de las normas de construcción • Redes de distribución de combustible limpio mejoradas • Acceso a la electricidad como medida de salud • Aplicación de tecnología digital moderna para mejorar el acceso al combustible doméstico limpio	• Bajar las barreras y los amplios requisitos de licencia para la distribución de combustible limpio. Prohibición del kerosén • Regulaciones nacionales en combustibles domésticos limpios para conseguir los objetivos del programa de ESPT de la OMS • Comunidades libres de humo	• Ventilación. Educación acerca de los efectos en la salud de la CAD • Promoción de modificaciones en las cocinas para fomentar las intervenciones y conductas de reducción de CAD

Continúa.../

/... continuación

Campo de acción	Políticas fiscales e intersectoriales			Información, educación Impuestos y subsidios y comunicación
	Impuestos y subsidios	Infraestructura y ambiente construido	Regulación	
Contaminación química	- Impuesto al uso y producción de sustancias químicas - Impuestos y mayor regulación para las actividades mineras - Tratamiento de agua que tiene arsénico, eso va en subsidios	- Regulaciones para el manejo de desechos peligrosos en tierra, aire y agua - Disminuir el uso de sustancias químicas como benceno, retardantes de flama, ftalatos, etc.	- Arsénico: monitoreo de su concentración en aguas subterráneas y provisión de alternativas si es necesario - Asbesto: prohibición de su importación, exportación, extracción, fabricación y venta - Mercurio: monitoreo y reducción o eliminación del uso en la minería artesanal, la fundición a gran escala, utensilios médicos y los cosméticos - Eradicación de compuestos orgánicos persistentes de conformidad con el Convenio de Estocolmo - Regulación de uso de plaguicidas de acuerdo con los estándares de la OMS - Establecimiento y cumplimiento de límites de emisiones de elementos tóxicos en agua y aire - Acceso restringido a lugares contaminados - Control estricto y canalización hacia prohibiciones de pesticidas peligrosos	Notificación pública de las ubicaciones de los sitios contaminados
Exposición al plomo			- La loza vidriada tiene regulación sin incentivos para cumplirse - Reducción en la corrosividad del agua potable - Requisitos de devolución nacional para la recolección de baterías de plomo usadas - Reglamentos que regulen la eliminación de desechos en tierra - Implementar un monitoreo continuo de niveles de plomo en sangre en población general y en poblaciones vulnerables: recién nacidos, niños menores de 5 años y mujeres embarazadas - Implementar un monitoreo continuo de niveles de plomo en agua de servicio doméstico	- Entrenamiento en envenenamiento por plomo para proveedores de salud - Educación sobre los riesgos a la salud por el uso de loza vidriada - Entrenamiento en intoxicación por plomo en proveedores de salud - Monitoreo de niveles de plomo en sangre en población general, prioritariamente en niños y mujeres embarazadas - Capacitar a alfareros en la producción de loza de barro libre de plomo - Diseñar e implementar estrategias de difusión en la población general para informar sobre los riesgos de la exposición a plomo, con las correspondientes recomendaciones de cómo prevenirlo

Continúa.../

/... continuación

Campo de acción	Políticas fiscales e intersectoriales			Información, educación Impuestos y subsidios y comunicación
	Impuestos y subsidios	Infraestructura y ambiente construido	Regulación	
Exposición al plomo	- Financiamiento en condiciones concesionarias para remediar las peores condiciones - Subsidios para la producción de cerámica vidriada SIN PLOMO - Incentivos a productores de alfarería de barro para eliminar la producción de barro vidriado con plomo	- Inversión en hornos de alta temperatura en la loza - Vigilancia de exposición a plomo en zonas mineras - Emprender acciones intersectoriales para promover la adopción de alternativas saludables en la producción y comercialización de loza de barro	- Implementar un monitoreo continuo de niveles de plomo en alimentos de venta al público, incluidos dulces - Vigilar el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas actuales relacionadas con la producción y comercialización de loza de barro para consumir alimentos - Actualización de los límites de riesgo para plomo en aire, agua, tierra y polvo	Incluir el tema de la prevención de la exposición a plomo en las pláticas educativas de PROSPERA y otros programas sociales con focalización por criterios de marginación social, así como en procedimientos y materiales de salud sobre cuidados prenatales, del recién nacido y salud infantil
Cambio climático global	- Impuesto al carbón o comercio de emisiones (mitigación) - Subsidios para energías renovables	- Políticas e incentivos de mitigación, incluidos los planes de uso de la tierra, diseño de edificios y transporte para reducir los gases de efecto invernadero - Diseño de comunidades y ciudades que mitiguen y se adapten al cambio climático - Diseño sustentable en edificios e infraestructura (adaptación) - Consideración del cambio climático en la infraestructura de salud pública (mitigación y adaptación) - Reforestación y áreas verdes - Promoción de transporte activo y sistemas de transporte público	- Eficiencia energética y eficiencia de combustibles en los vehículos (mitigación) - Integración del cambio climático en la planificación y los programas de salud pública, y en las políticas y planes del sistema de salud Regulaciones de control de metano	Sistemas de alerta temprana y de respuesta de emergencia

Nota: GNC = gas natural comprimido; GEI = gases de efecto invernadero; CAD = contaminación del aire doméstico; GLP = gas licuado de petróleo; NO₂ = dióxido de nitrógeno; MP = material particulado; SO₂ = dióxido de azufre; ESPT = programa de Energía Sustentable Para Todos de las Naciones Unidas; ASH = agua, saneamiento e higiene.

Fuente: Modificado de Jamison DT y colaboradores²⁸

5.3. Políticas esenciales en lesiones

Las políticas esenciales en lesiones abarcan tres campos de acción: seguridad vial, otras lesiones no intencionales y violencia interpersonal.

La seguridad vial ocupa un lugar preponderante. México se sumó al movimiento mundial convocado por la ONU a través de la OMS y la OPS a través del Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020,^{*} en el cual, el pilar 3: vehículos más seguros, hace un llamado al despliegue universal de mejores tecnologías de seguridad pasiva y activa de los vehículos, combinando la armonización de las normas mundiales pertinentes, los sistemas de información a los consumidores y los incentivos destinados a acelerar la introducción de nuevas tecnologías. En este sentido, se alienta a los Estados Miembros a que apliquen y promulguen las reglamentaciones de seguridad sobre vehículos de motor elaboradas por el Foro Mundial de las Naciones Unidas para la Armonización de las Reglamentaciones sobre Vehículos (WP 29, incluyendo sus actualizaciones y reformas).⁵

Se fortalecen las recomendaciones de establecer la legislación y fiscalización del uso de cascos para usuarios de motocicletas: México cuenta con la recién publicada NOM-206-SCFI/SSA2-2018, CASCOS DE SEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INMEDIATA DE LESIONES EN LA CABEZA DE MOTOCICLISTAS-ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD-ESPECIFICACIONES DE SEGURIDAD Y MÉTODOS DE PRUEBA, INFORMACIÓN COMERCIAL Y ETIQUETADO.⁶ Es urgente que se aplique la normatividad que permita, por un lado, incrementar el uso de casco y, por otro, asegurar la calidad de los cascos que se comercializan en México, dado que según estudios realizados en el país entre 2010 y 2015, sólo 35% a 65%⁷ de los cascos que se usan son certificados. Es importante tener en cuenta los siguientes datos: el parque vehicular de motocicletas se ha incrementado en casi 600% desde 1999 hasta 2015, el número de motociclistas fallecidos pasó de 160 en 1999 a 1 825 en 2016, lo que significa un incremento de 11 veces en 17 años.⁸ En 2015 se registraron 26 770 egresos hospitalarios por eventos de tránsito, de los cuales 10 346 (38.6%) eran motociclistas.⁹

En lo que respecta a política para establecer y fiscalizar límites de velocidad en los caminos e incluir mecanismos de reducción de velocidad en la construcción de caminos, se recomienda adoptar las medidas propuestas por la OMS en el documento “Salve VIDAS – Paquete de medidas técnicas sobre seguridad vial”,¹⁰ específicamente en los componentes Control de la velocidad y Vigilancia del cumplimiento de las leyes de tránsito.

Políticas públicas esenciales en lesiones. Las propuestas para el componente de otras lesiones no intencionales son principalmente regulatorias, descritas a detalle en el Modelo Integral de Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables¹¹ publicado por el ST Conapra y con participación del INSP. Se incluyó a las caídas porque son la principal causa de lesiones no intencionales. Se incorpora asfixias y al componente de envenenamiento se incorpora intoxicaciones para abarcar tanto la definición de veneno como de sustancias tóxicas. El cuadro 5 describe los campos de acción y las políticas fiscales e intersectoriales, destacando las acciones específicas.

* Se puede consultar en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/64/255>

† Se puede consultar en: http://conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/Decenio/Estrategia_Nacional.pdf

‡ Disponible en: https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/pdf/stake_8_3_2013/session_3_antonio_erario.pdf

§ Se puede consultar en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5524337&fecha=29/05/2018

|| Injury Prevention 2013;19:158-163. doi:10.1136/injuryprev-2012-040348

¶ Informe sobre la situación de la seguridad vial, México 2016. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1VFwPRfgGiiBh1LGewyfsNliJHPkX9rkm/view>
<http://www.inegi.org.mx>

¶ Salve VIDAS – Paquete de medidas técnicas sobre seguridad vial [Save LIVES - A road safety policy package]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Puede consultarse en http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/save-lives-package/es/

¶ <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/211448/ModeloIntegral.pdf>

Cuadro 5
Políticas públicas esenciales en lesiones

Campo de acción	Políticas fiscales e intersectoriales			Información, educación y comunicación
	Impuestos y subsidios	Infraestructura, entorno construido y diseño de producto	Regulación	
Seguridad vial				
General	Trasporte público subsidiado	Infraestructura de transporte masivo y de uso en tierra (ferrocarril y autobús de tránsito rápido)	- Adopción y aplicación de estándares de seguridad concertados para vehículos de motor - Reforzar la política de transporte público libre de humo de tabaco	Fomento de una cultura de respeto hacia el peatón y el ciclista
Seguridad peatonal		- Aumentar la visibilidad, áreas para peatones separadas del tránsito de automotores - Construir o modificar vías que moderen el tránsito y reduzcan la velocidad	- Promulgar y hacer cumplir leyes que limiten la velocidad - Límites de velocidad menores a 50 Km/h en áreas urbanas	Aumentar la supervisión de los niños cuando caminan a la escuela
Seguridad del motociclista		- Carriles exclusivos para motociclistas - Incorporar el sistema electrónico de control de estabilidad (ESC por sus siglas en inglés) en motocicletas	- Uso obligatorio de luces diurnas de circulación para motocicletas - Leyes de uso obligatorio y correcto del casco - Norma de comercialización de cascos certificados	
Seguridad para ciclistas		Aumentar la visibilidad, carriles para ciclistas, separados del tráfico de automotores a alta velocidad		Promoción social sobre el uso de casco en los ciclistas infantiles
Seguridad de pasajeros menores			- Leyes y cumplimiento de uso de sistemas de retención infantil acorde al peso, talla y edad de ocupantes menores de edad, en vehículos automotores - Normas de comercialización de sillas porta infantes certificadas de acuerdo a las normas internacionales - Reforzar la política de transporte público libre de humo de tabaco en especial para grupos vulnerables (menores de edad)	
Control de velocidad		Infraestructura para calmar el tráfico (por ejemplo, reductores de velocidad), especialmente en tramos peligrosos	Configuración y cumplimiento de límites de velocidad apropiados acorde al tipo de vía: carreteras y zonas urbanas o metropolitanas	

Continúa...

/... continuación

Campo de acción	Políticas fiscales e intersectoriales			Información, educación y comunicación
	Impuestos y subsidios	Infraestructura, entorno construido y diseño de producto	Regulación	
Conducción bajo la influencia del alcohol			- Configuración y cumplimiento de límites de concentración de alcohol en sangre (que incluya la realización de alcoholemias aleatorias) - Límite de alcoholemia de ≤ 0.05 g/dl para la población general - Límite de alcoholemia de ≤ 0.02 g/dl	
Uso de cinturón de seguridad			Leyes de uso obligatorio de cinturón de seguridad para todos los ocupantes	Promoción social del uso de cinturón
Otras lesiones no intencionales				
Caídas		- Rediseño de mobiliario y otros productos - Instalación de protecciones en las ventanas - Infraestructura (incluida la vial) - Accesible para personas adultas mayores	Normas sobre instalaciones de patios de recreo	
Ahogamiento		- Medidas de seguridad para albercas y balnearios (infraestructura de seguridad y personal de rescate capacitado) - Gestión de riesgos de inundaciones (PC)	- Leyes y cumplimiento de uso de dispositivos personales de flotación para navegantes recreativos y otros de alto riesgo - Establecer lineamientos generales sobre seguridad para navegación recreativa, comercial y de pasajeros	- Supervisión parental o de algún otro adulto (niñeras, por ejemplo) en áreas de alto riesgo - Clases de natación para niños
Asfixias			- Diseño y etiquetado de cunas, juguetes, bolsas de plástico, ropa, edificios e instalaciones - Medidas y estándares de seguridad para procesos y servicios	
Quemaduras		Diseño de estufas más seguras	- Regulación de manufactura, almacenamiento, venta y uso de fuegos artificiales - Estufas y lámparas seguras - Seguro para encendedores - Alarmas contra incendio - Boiler y nivel máximo de calentamiento de agua - Tela para ropa de cama y pijamas menos inflamable	
Envenenamiento e intoxicaciones		Contenedores a prueba de niños	- Regulación de venta a granel de productos tóxicos (como el caso de los plaguicidas) - Envasado, etiquetado, almacenamiento y venta de medicamentos y productos tóxicos - Cierres de seguridad a prueba de niños(as) - Disminuir la atracción de productos tóxicos	Información, educación, y comunicación para el almacenamiento seguro de sustancias peligrosas

Continúa.../

/... continuación

Campo de acción	Políticas fiscales e intersectoriales			Información, educación y comunicación
	Impuestos y subsidios	Infraestructura, entorno construido y diseño de producto	Regulación	
Violencia				
Maltrato infantil				Entrenamiento para padres, que incluye visitas de enfermeras a domicilio, para familias de alto riesgo
Violencia juvenil				Programas de desarrollo social que enseñen habilidades sociales e incorporen el entrenamiento para padres
				Compartir información entre la policía y los departamentos de emergencias de los hospitales
Violencia de género y de pareja	Entrenamiento financiero combinado con igualdad de género		- Aplicación de la Ley General de Acceso a una vida libre de violencia (http://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/ref/Igamvvlv.htm)	Programas escolares para abordar las normas y actitudes de género
				Intervenciones para bebedores problemáticos (que también son parejas abusivas)
				Programas de apoyo legal (por ejemplo, para incrementar el acceso y uso de refugios para mujeres en riesgo)
Medidas para múltiples tipos de lesiones	- Reducir la disponibilidad y el uso nocivo del alcohol a través de: - Incremento de los impuestos especiales a los productos con alcohol - Cumplimiento de la prohibición de venta a menores - Prohibición de la promoción, publicidad y patrocinio de acuerdo con las mejores prácticas de la OMS. - Fortalecimiento de las licencias para venta de alcohol	Servir el alcohol en plástico en lugar de vidrio para evitar que sea utilizado como arma	Leyes de licencias más estrictas y disponibilidad reducida de armas de fuego	

Fuente: Modificado de Jamison DT y colaboradores²⁸

Nota: Las intervenciones para tratamientos (por ejemplo, cuidado del trauma en personas lesionadas) están cubiertas en otros volúmenes de DCP3 y no se abordan aquí.

5.4 Intervenciones esenciales para adultos mayores

El envejecimiento poblacional representa el más importante reto demográfico de los últimos años. Como parte de una política nacional de envejecimiento saludable, se deben generar estrategias que fomenten un cambio en todos niveles y no solamente en el sistema de salud: el pensamiento social y las percepciones hacia el envejecimiento y la vejez deben cambiar. Cualquier política pública que se busque implementar, debe respaldarse en un discurso público que revalorice el papel de las personas mayores y su contribución a la sociedad. La inversión en políticas públicas orientadas a una vida digna para los adultos mayores debe ser vista como vital y la adecuación del sistema de salud para enfrentar y resolver las necesidades de salud de los ancianos resulta una prioridad impostergable. El cuadro 6 propone el paquete de intervenciones esencial para las personas mayores que tiene como campos de acción a la salud física, el bienestar social y la salud mental.

Cuadro 6
Paquete de intervenciones esenciales para personas mayores

Campo de acción	Políticas, regulaciones,	Plataformas de intervención			
		Intervenciones en Salud Pública	Comunidad	Centro de atención médica primaria	Hospitales
Salud física: multimorbilidad / capacidad intrínseca / preservación de la función / síndromes geriátricos	- Adherencia a las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud sobre Envejecimiento Saludable y Salud en Todas las Políticas - Creación de plazas laborales para trabajadores de la salud especializados en atención a personas mayores (geriatría, enfermería, trabajo social, nutrición, fisioterapia) - Convenio de participación interinstitucional para la provisión de servicios de salud a los adultos mayores - Ampliar la cobertura de atención en el Seguro Popular para incluir intervenciones dirigidas a personas mayores - Ampliar la participación del sector privado como proveedor de servicios de atención a la salud de las personas mayores para el estado a través de asociaciones público-privadas	- Campañas permanentes de Vacunación antineumocócica y Vacunación influenza - Escrutinio de agudeza visual - Escrutinio de agudeza auditiva	Fortalecimiento y difusión de los programas de prevención a la salud de los adultos mayores	- Estrategias de promoción de envejecimiento saludable - Intervenciones que abatan el sedentarismo: esquemas de ejercicio multimodal - Intervenciones educativas en nutrición saludable, con énfasis en la ingesta suficiente de proteína, energía y micronutrientes - Capacitación para una efectiva atención de la multimorbilidad - Programas de educación para abatir la discriminación por edad entre el personal de salud - Programas de provisión de auxiliares visuales y auditivos - Programas enfocados a manejo de la incontinencia urinaria - Capacitación al personal en la detección y retiro de medicamentos innecesarios y potencialmente perjudiciales - Vigilancia de la salud oral y programas de rehabilitación oral	- Mejoramiento de los servicios de urgencias para incrementar su capacidad resolutive - Instalar en todos los hospitales el protocolo de enfermería (movilidad, medicación, mente, cuidado centrado en la persona) - Ampliar la vigilancia epidemiológica hospitalaria para identificar complicaciones de la hospitalización en personas mayores (prescripción inapropiada, delirium, inmovilidad, úlceras por presión, caídas, desnutrición, estancia hospitalaria prolongada) - Creación de unidades alternativas a la hospitalización, (hospitales de día y unidades de cuidados transicionales, unidades de cuidados geriátricos agudos)

Continúa.../

/... continuación

Campo de acción	Políticas, regulaciones,	Plataformas de intervención			
		Intervenciones en Salud Pública	Comunidad	Centro de atención médica primaria	Hospitales
Bienestar social	- Modernizar el programa de pensión para adultos mayores - Inclusión financiera de las personas mayores y fomentar acceso a mecanismos de ahorro seguros - Generalizar en todo el país la posibilidad de utilizar la hipoteca reversa para financiar cuidados en la vejez - Alianza con empresas aseguradoras para introducir seguros de dependencia - Firma de la Convención Interamericana de Derechos de las Personas Mayores - Adherirse al marco de Comunidades Amigables con las Personas Mayores - Promover legislación federal sobre voluntad anticipada, cuidados al final de la vida y derecho a una muerte digna	- Campañas de sensibilización para prevención de abuso y maltrato - Promoción de hogares seguros, para eliminar riesgos ambientales - Promover que al menos una localidad en cada entidad federativa inicie su transformación hacia Comunidad Amigable con las Personas Mayores	- Estrategias que permitan identificar, manejar y prevenir el maltrato - Servicios sociales dirigidos a los adultos mayores: asesoría jurídica; recreación y convivencia; cultura; voluntariado - Reforzamiento de estrategias que promuevan una imagen positiva de la vejez - Fomentar la capacitación y acreditación de cuidadores formales e informales - Intervenciones comunitarias que promuevan el empoderamiento - Cuidados integrales domiciliarios que incluyan asistencia para el cuidado del domicilio, asistencia con compras, cuidados personales, supervisión de toma de medicamentos, manejo de heridas crónicas, entre otras - Centros de día para niños y personas mayores - Estrategia nacional para prevenir el aislamiento social de las personas mayores	- Intervenciones multifactoriales para abatir los riesgos y la incidencia de caídas - Programa de cuidados paliativos integrales para una muerte digna en el sitio de elección de la persona mayor	Instalar como obligatorio la presencia de un familiar en todos los servicios hospitalarios, incluido urgencias
Salud mental: depresión / demencia	- Desarrollar las regulaciones respectivas de las instituciones de cuidados de largo plazo - Registro nacional obligatorio de instituciones de cuidados de largo plazo - Fortalecer la regulación sobre la prescripción y venta de psicofármacos para prevenir la prescripción inapropiada en personas mayores	- Intervenciones para tratar factores de riesgo cardiovascular - Intervenciones para tratar factores de riesgo para depresión	- Estrategias de apoyo comunitario para la identificación de personas mayores con problemas de salud mental - Centros de día especializados en rehabilitación cognitiva - Grupos de apoyo para personas mayores con depresión y demencia - Desarrollar el esquema de visitas domiciliarias para proporcionar cuidados integrales - Implementar centros de respiro para cuidadores	- Detección de depresión leve a moderada y tratamiento oportuno - Detección oportuna de depresión severa y riesgo de suicidio para envío al nivel apropiado de atención - Atención oportuna de la queja cognitiva - Intervenciones no farmacológicas basadas en intervenciones psicológicas estructuradas para depresión y demencia	- Capacitación al personal de salud para detectar oportunamente en pacientes hospitalizados datos de deterioro cognitivo - Estrategia para identificar en los servicios de urgencias a usuarios frecuentes que acuden con quejas somáticas múltiples que podrían tener origen en un trastorno mental - Programas hospitalarios para la prevención y el manejo apropiado del delirium en servicios de urgencia y hospitalización

Fuente: Elaboración propia

5.5. Intervenciones esenciales en salud reproductiva

Las intervenciones esenciales en salud reproductiva se enfocan en la información y educación a la población y la prestación de servicios a través de las plataformas de trabajadores comunitarios y centros de salud y hospitales de referencia. Estas intervenciones consideran el ciclo de vida y se enfocan principalmente en mantener y mejorar la salud de la mujer en lo referente a la salud sexual, educación nutricional, búsqueda oportuna de atención preconcepcional, natal y obstétrica. La prestación de servicios es de carácter preventivo a través de la suplementación con micronutrientes, inmunizaciones y provisión de métodos anticonceptivos. Estas intervenciones están orientadas a reducir el riesgo de complicaciones durante el ciclo reproductivo. La suplementación con micronutrientes en etapa preconcepcional reduce el riesgo de defectos de tubo neural en los hijos de estas mujeres y la provisión de métodos anticonceptivos, además de prevenir y espaciar los embarazos, reduce el riesgo de mortalidad materna, neonatal e infantil. El cuadro 7 presenta el paquete de intervenciones esenciales en salud reproductiva.

Cuadro 7
Paquete de intervenciones esenciales para la salud reproductiva

Campo de acción	Plataforma de prestación de servicios		
	Trabajadores comunitarios o puestos de salud	Centro de salud primario	Hospitales de referencia
Información y educación	Educación sexual		
	Educación nutricional en diferentes etapas de la vida (embarazo y lactancia, adolescencia, adultos) y suplementos alimenticios		
	Promoción de búsqueda de atención prenatal y el parto		
	Prevención de infecciones del tracto reproductivo	Detección y tratamiento de infecciones del tracto sexual y reproductivo	
	Prevención de la violencia de género	Atención post violencia de género (prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH, anticoncepción de emergencia, apoyo y asesoramiento)	
	Información y detección del cáncer de cuello uterino	Detección y tratamiento de lesiones precancerosas, derivación de cánceres	Tratamiento del cáncer de cuello uterino
Prestación de servicios	Suplementación con hierro y ácido fólico desde la adolescencia, y suplementación con múltiples micro nutrientes en poblaciones específicas	Suplementación preconcepcional especialmente en mujeres jóvenes de 13 a 19 años	
	Inmunización (virus del papiloma humano, hepatitis B)		
	Cartilla de vacunación por riesgo laboral		
	Anticoncepción: suministro de condones y anticonceptivos hormonales	Vasectomía e inserción y retiro de anticonceptivos de larga duración	Ligadura de trompas y manejo de procedimientos anticonceptivos complicados

Fuente: Modificado de Jamison DT y colaboradores²⁸

5.6. Intervenciones esenciales para la salud materna y del recién nacido

Las intervenciones esenciales para la salud materna y del recién nacido están dirigidas a reducir el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto y, en consecuencia, disminuir la morbilidad y mortalidad materna y del recién nacido. Adicionalmente se consideran las intervenciones esenciales para el aborto. Aunque de 1980 a 2000 la razón de mortalidad materna en México se redujo a la mitad, del año 2000 a la fecha la disminución ha sido sólo de 13%.¹⁰⁸ Las cifras de mortalidad neonatal, por su parte, han seguido una tendencia similar en el mismo periodo. El problema de la morbilidad materna y neonatal es cada vez menos atribuible a la falta de acceso y lo es más a problemas inherentes del sistema de salud.¹⁰⁹ La saturación de los hospitales ha llevado al estancamiento en el ritmo de disminución de la mortalidad materna y neonatal y al crecimiento de la tasa de cesáreas.¹¹⁰ En el país persisten prácticas obsoletas y de alto riesgo en la atención del parto, mientras que el uso de prácticas sustentadas por la evidencia no es generalizado.¹¹¹ Al mismo tiempo, existen numerosos casos de trato irrespetuoso a las mujeres en el embarazo y el parto en instituciones de salud.¹¹² En el cuadro 8 se listan las intervenciones esenciales para la atención del binomio madre-hijo. Se recomienda el fortalecimiento del 1er nivel de atención, incluyendo la promoción de la atención del parto de bajo riesgo por personal calificado, favoreciendo la inclusión de personal de partería, así como la capacitación de personal de todos los niveles. Se incluyen también recomendaciones en términos de políticas públicas que favorecerán la atención perinatal óptima mediante la correcta aplicación de las normas y guías vigentes.

Cuadro 8
Paquete de intervenciones esenciales para la salud materna y del recién nacido

Campo de acción	Intervenciones en salud pública	Plataforma de prestación de servicios		
	Políticas, regulaciones, información comunitaria a nivel nacional	Trabajadores comunitarios o puestos de salud	Centro de salud primario	Hospitales de referencia
Etapas preconcepcional		• Provisión de servicios de planificación familiar		
		• Preparación para un embarazo y parto seguros: nutrición, actividad física, suplementación de ácido fólico		
		• Capacitación al personal de salud en temas de calidad de atención, trato respetuoso y derechos de las usuarias		
		• Actualización al personal de salud en la atención preconcepcional, prenatal, aborto/parto y puerperio		
Embarazo	Contratar personal de partería (profesional, técnica y tradicional) e integrarlas en los servicios de salud, capacitando previamente a todo el personal	• Suplementación de micronutrientes especialmente hierro y ácido fólico	• Preparación para un parto seguro y atención del recién nacido; planificación de emergencias • Proporcionar suplementos alimenticios como papillas fortificadas y sobres de micronutrientes a mujeres embarazadas y lactando y a niños después de los 6 meses de edad hasta los 24 meses	
			• Manejo del embarazo no deseado	
		• Educación en nutrición sobre alimentación e hidratación saludable y actividad física durante el embarazo	• Detección y tratamiento del VIH y la sífilis	Manejo de embarazos de alto riesgo
		• Promoción de atención prenatal de alta calidad (mínimo 8 consultas prenatales, iniciando en el primer trimestre y contando con estudios prenatales completos)		

Continúa.../

/... continuación

Campo de acción	Intervenciones en salud pública	Plataforma de prestación de servicios		
	Políticas, regulaciones, información comunitaria a nivel nacional	Trabajadores comunitarios o puestos de salud	Centro de salud primario	Hospitales de referencia
Embarazo	Leyes y cumplimiento de restricciones en comercialización y promoción de sucedáneos de la leche materna	Promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y complementada de los 6 a los 24 meses (beneficios y técnicas para lograr un inicio temprano de lactancia, así como establecimiento de lactancia materna exclusiva)		
		Fortificación de alimentos	Distribución de suplementos alimenticios como bebidas fortificadas y sobres de micronutrientes a mujeres embarazadas y lactando	Tratamiento de condiciones médicas crónicas (hipertensión, diabetes mellitus y otras)
		Educación sobre planificación familiar factores de riesgo en salud y actividad física	Toxide tetánico	
		Promoción de la prueba del VIH	Detección y referencia de complicaciones del embarazo	Atención de casos de embarazo ectópico
		Prevención del consumo de sustancias adictivas durante el embarazo (tabaco, alcohol y drogas)	Prevención del consumo de sustancias adictivas durante el embarazo (tabaco, alcohol y drogas)	Prevención del consumo de sustancias adictivas durante el embarazo (tabaco, alcohol y drogas)
			Consultas de atención prenatal	
			Proporcionar suplementación con hierro	
Aborto	Dotación de insumos en todas las unidades de segundo nivel de atención para realización de Aspiración Manual Endouterina			Manejo del aborto espontáneo o incompleto y atención postaborto
	Promoción del derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa	Capacitación de personal de salud en los derechos de las mujeres		
Parto	Promoción del modelo de atención centrado en la mujer	Capacitar al personal de salud y a las mujeres embarazadas y sus familiares sobre la importancia de la reducción de las cesáreas, así como sus complicaciones y riesgos para madre y neonato		
		Promoción de parto humanizado	Manejo del trabajo de parto y el parto en mujeres de bajo riesgo mediante personal capacitado, incluido el tratamiento inicial de complicaciones obstétricas y del parto antes de la transferencia, con pertinencia cultural y derecho de la mujer de parir en la posición que así lo desee	
	Leyes y cumplimiento de restricciones en comercialización y promoción de sucedáneos de la leche materna			- Antibióticos para ruptura prematura de membranas - Esteroides prenatales - Sulfato de magnesio - Tratamiento de la sepsis - Inducción del trabajo post-término - Atención de casos de embarazo ectópico - Detección y manejo de restricción del crecimiento fetal

Continúa.../

/... continuación

Campo de acción	Intervenciones en salud pública	Plataforma de prestación de servicios		
	Políticas, regulaciones, información comunitaria a nivel nacional	Trabajadores comunitarios o puestos de salud	Centro de salud primario	Hospitales de referencia
Posparto (mujer)		Promoción de la lactancia materna exclusiva (apoyo en el establecimiento de la lactancia y resolución de problemas y dudas durante la misma), lactancia materna continuada de los 6 a los 24 meses	- Hospital amigo del niño (pegado inmediato del niño al seno materno) - Promoción de la lactancia materna exclusiva por 6 meses (apoyo en el establecimiento y continuación de la lactancia materna exclusiva o de cualquier tipo y resolución de problemas y dudas durante la misma) - Leyes y cumplimiento de restricciones en comercialización y promoción de sucedáneos de la leche materna	- Apego inmediato del bebé al pecho de la madre para promover el inicio temprano de la lactancia materna - Promoción de la lactancia materna exclusiva por 6 meses (apoyo en el establecimiento de la lactancia, lactancia materna continuada de los 6 a los 24 meses resolución de problemas y dudas durante la misma) - Cumplimiento de restricciones en comercialización y promoción de sucedáneos de la leche materna - Revisión posparto en búsqueda de complicaciones (hemorragia, infecciones) - Revisión posparto en búsqueda de complicaciones (hemorragia, infecciones)
Posparto (recién nacido)			Atención de madre “canguro”	- Tamizaje neonatal ampliado - Atención para recién nacidos prematuros - Resucitación neonatal - Tratamiento de complicaciones del recién nacido, sepsis meningitis y otras infecciones - Tratamiento de ictericia

Fuente: Modificado de Jamison DT y colaboradores²⁸

Nota: En este cuadro, el trabajador comunitario o puesto de salud consta de un trabajador de la salud capacitado, apoyado y ubicado en o cerca de las comunidades que trabaja desde su casa o en un puesto de salud fijo. Un centro de salud primario es un establecimiento de salud atendido por personal de medicina y enfermería y, lo deseado, una partera para proporcionar atención médica básica, servicios de planificación familiar y embarazo, y partos seguros para partos no complicados. Los hospitales de primer nivel y de referencia brindan atención de apoyo completo para afecciones neonatales y médicas complicadas, partos y cirugías.

5.7. Intervenciones esenciales para la salud del niño

Las acciones de salud pública dirigidas a la niñez comprenden nutrición, vacunación universal, prevención y control de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, y la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años.¹¹³ Desde el punto de vista operativo, estas acciones se implementan a través de la provisión de atenciones individuales durante la consulta de niño sano, el Programa de Vacunación Permanente y las tres Semanas Nacionales de Salud.

Los servicios de salud pública están en una etapa de transición de un modelo enfocado a lograr la sobrevivencia de los niños (por ejemplo, la reducción de la mortalidad neonatal) hacia modelos de atención que contribuyen a que los niños logren su máximo potencial de desarrollo. La reducción de la mortalidad es relevante pero no suficiente para garantizar un buen estado de salud. Las consecuencias de un estado de salud subóptimo son graves en el mediano y largo plazos.³⁷ En México la heterogeneidad de las condiciones de salud de la niñez mantendrá por un plazo largo ambas perspectivas. Es necesario continuar las acciones del modelo de sobrevivencia y acelerar las acciones para modelo de desarrollo

pleno. Esto es plenamente justificable, por una parte, el país no logró las Metas de Desarrollo del Milenio en términos de reducir en dos tercios las tasas de mortalidad neonatal e infantil, para lo cual se requiere mejorar el acceso y la calidad de los servicios perinatales; y por otra parte, están en marcha esfuerzos a escala nacional para evaluar el grado de desarrollo neurológico de los niños¹¹⁴ e implementar intervenciones enfocadas al desarrollo infantil temprano.¹¹⁵ El desarrollo infantil temprano es un reto en términos de su alcance, escala e impacto y el fallo para proporcionar ambientes óptimos para los niños resulta en reducción de los ingresos y del producto interno bruto, tasas más altas de enfermedad y depresión y de criminalidad.¹¹⁶ El cuadro 9 ilustra el paquete de intervenciones esenciales para la salud del niño que comprende como campos de acción: nutrición, inmunizaciones, desarrollo infantil temprano, educación para la salud y búsqueda oportuna de servicios de salud.

Cuadro 9
Paquete de intervenciones esenciales para la salud del niño

Campo de acción	Plataforma de prestación de servicios		
	Trabajadores comunitarios o puestos de salud	Centro de salud primario	Hospitales de referencia
Nutrición	Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada de los 6 a los 24 meses (apoyo para la continuación de lactancia materna y para la introducción de alimentos complementarios de alta calidad nutricional a partir de los 6 meses)	• Consejería en lactancia materna exclusiva y promoción de diversidad de la dieta • Capacitar a médicos y personal de salud • Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada de los 6 a los 24 meses (apoyo para la continuación de lactancia materna y para la introducción de alimentos complementarios de alta calidad nutricional a partir de los 6 meses)	• Hospital Amigo del Niño • Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada de los 6 a los 24 meses (apoyo para la continuación de lactancia materna y para la introducción de alimentos complementarios de alta calidad nutricional a partir de los 6 meses)
	Proporcionar suplementación de vitamina A, Hierro, Vitamina D, Zinc y alimentos fortificados	• Proporcionar orientación del uso de suplementos alimenticios fortificados con micro nutrimentos después de los 6 meses de edad • Suplementación con hierro a niños de 6 a 24 meses	
Inmunizaciones	Inmunizaciones de acuerdo al esquema de vacunación de México	• Garantizar esquema completo través de Semanas nacionales de salud	
Desarrollo infantil temprano	Promoción de la participación de la madre y cuidadores primarios para las actividades de desarrollo infantil temprano	• Pruebas de tamizaje de desarrollo infantil, clasificación y referencia para los casos con rezago y retraso del desarrollo infantil • Realización de talleres de desarrollo infantil temprano con niños, madres y cuidadores primarios	• Confirmación del retraso o rezago de los niños • Atención y rehabilitación a niños con rezago y retraso del desarrollo infantil
Educación para la Salud	Educación sobre eliminación segura de heces de los niños higiene y el lavado de las manos		• Tratamiento antiretroviral para niños VIH positivos
Búsqueda oportuna de servicios de salud	Detectar y referir la desnutrición aguda severa	• Monitoreo del crecimiento y desarrollo del niño • Tratar la desnutrición aguda severa	
	Detectar infecciones graves	• Proporcionar sobres de Rehidratación oral • Desparasitación	
		• Detectar y tratar infecciones graves con/sin signos de peligro	• Detectar y tratar infecciones graves con signos de peligro con asistencia completa

Fuente: Modificado de Jamison DT y colaboradores²⁸

5.8. Intervenciones esenciales para niños en edad escolar

Los niños y niñas tienen derecho a la salud y a disfrutar su niñez de la mejor forma posible.¹¹⁷ Los niños saludables tienen mejores oportunidades de crecer, desarrollarse y aprender para convertirse en adultos sanos y productivos.¹¹⁸ La salud pública contribuye a lograr estas aspiraciones; sus acciones se realizan en la etapa del desarrollo y sus efectos en el estado de salud son inmediatos y también en edades posteriores. Los niños, debido a su desarrollo, tienen un estado de salud con una dinámica propia, son expuestos longitudinalmente a múltiples influencias de carácter biológico, ambiental, cultural y conductual que pueden convertirse en factores de riesgo, protectores y/o promotores de la salud.¹¹⁹ El cuadro 10 describe las intervenciones esenciales para niños en edad escolar, presta atención a la salud física, la nutrición y la prevención de adicciones. Es destacable que las plataformas de intervención son múltiples dadas las necesidades de salud de este grupo de edad.

Cuadro 10
Paquete de intervenciones esenciales para niños en edad escolar (de 5 a 14 años)

Campo de acción	Plataformas de prestación de servicios			
	Población	Comunidad	Escuela	Centro de atención médica primaria
Salud física	Información y educación a padres, cuidadores y maestros	• Desparasitación	• Desparasitación	• Desparasitación
		• Toxide tetánico y vacuna contra el VPH	• Toxide tetánico y vacuna contra el VPH	• Toxide tetánico y vacuna contra el VPH
		• Refuerzo a los 5 años de SRP		• Refuerzo a los 5 años de SRP
		• Vacunación anual de influenza		• Vacunación anual de influenza
		• Promoción de la salud bucal	• Promoción de la salud bucal	• Promoción y tratamiento de la salud bucal
		• Promoción de salud ocular	• Examen de la vista y tratamientos oculares	• Examen de la vista y provisión de lentes
		• Promoción de salud auditiva	• Examen de salud auditiva	• Examen de salud auricular y provisión de aparatos auditivo
Nutrición	Información y educación a padres, cuidadores y maestros	• Suplementos de micronutrientes	• Suplementos de micronutrientes	• Cuidado de las mujeres mayores de 12 años para la anemia que acompaña a la menstruación
		• Alimentos multfortificados	• Alimentos multfortificados	
			• Alimentación escolar • Disponibilidad de alimentos saludables • Escuelas de tiempo extendido • Disponibilidad de agua pura • enfocada a la prevención de los problemas de mala nutrición por deficiencias y por excesos) • Promoción de estilos de vida saludable: actividad física, dieta saludable, alcohol y tabaco	
		• Monitoreo de peso saludable	• Toma del peso de manera semestral • Promoción del peso saludable	• Toma del peso de manera semestral

Continúa.../

/... continuación

Campo de acción	Plataformas de prestación de servicios			
	Población	Comunidad	Escuela	Centro de atención médica primaria
Actividad física	Mensajes para promover mejoras en los conocimientos, comprensión y apreciación de los múltiples beneficios de la actividad física regular a lo largo de la vida, según las capacidades personales	Mejorar el acceso y provisión de infraestructura pública para la práctica de actividad física (centros deportivos, parques, parques con áreas de juego)	Programas de escuelas integrales para la promoción de actividad física	Promoción de actividad física, al menos 60 minutos al día, ya sea en la escuela, hogar, transporte o tiempo libre
		Iniciativas gratuitas de participación masiva en actividad física en espacios públicos	Clases de educación física de calidad al menos 120 minutos por semana	
		Provisión de programas de actividad física en parques y otros ambientes naturales (playas o ríos), así como en centros deportivos y recreativos dirigidos a la población escolar	Educación sobre estilos de vida activos	
		Actividad física y de recreación en espacios seguros	- Promoción actividad física - Recreo saludable	Promoción actividad física
Prevención de las adicciones		- Reforzamiento de la prohibición de venta a menores de tabaco y alcohol - Promoción de hogares y comunidades libres de humo de tabaco	- Reforzamiento de la prohibición de venta a menores de tabaco y alcohol - Promoción de Escuelas libres de humo de tabaco	Promoción de la salud y prevención de las adicciones

Fuente: Modificado de Jamison DT y colaboradores²⁸

5.9. Intervenciones esenciales para adolescentes

Los adolescentes representan un reto importante para los servicios de salud. Es un grupo difícil de atender porque muchos ya no están en la escuela y se sienten incómodos con el acceso a servicios de salud diseñados predominantemente para adultos. Pueden temer la falta de confidencialidad, y en algunos casos (como en el embarazo adolescente) pueden ser estigmatizados por los trabajadores de la salud. La importancia de atender la salud del adolescente, por un lado, reduce los riesgos más importantes en este grupo de edad: embarazos no deseados, adicciones y sobrepeso/obesidad, y por otro, busca crear hábitos saludables que pueden permanecer en edades posteriores. Los principales campos de acción están orientados a la salud física y la prevención de adicciones, nutrición y ejercicio físico. El cuadro 11 describe el paquete de intervenciones esencial para adolescentes y los campos de acción focalizados a salud física y prevención de adicciones, nutrición, salud mental y actividad física.

Cuadro 11
Paquete de intervenciones esenciales para adolescentes

Campo de acción	Plataformas de intervención			
	Población	Comunidad	Escuela	Centro de atención médica primaria
Salud física y prevención de adicciones	• Cumplimiento legislación prohibición de venta a menores de edad (Tabaco y alcohol) • Campañas prevención en medios de comunicación usados por adolescentes: tabaco, alcohol, heridas, evitar accidentes y seguridad • Actividad física, alimentación e hidratación saludable	• Servicios de salud dirigidos al adolescente • Reforzamiento de la prohibición de venta a menores de tabaco y alcohol • Promoción de hogares y comunidades libres de humo de tabaco	• Educación sobre estilo de vida saludable, actividad física, alimentación e hidratación saludable, incluye evitar accidentes y seguridad • Reforzamiento de la prohibición de venta a menores de tabaco y alcohol • Promoción de escuelas libres de humo de tabaco	• Servicios de salud dirigidos al adolescente proporcionar condones para prevenir ETS, proporcionar anticoncepción reversible, tratamiento de heridas en general y del abuso en particular, revisiones y tratamiento para ETS • Promoción de la salud y prevención de las adicciones
	• Mensajes sobre salud sexual		• Educación en salud sexual • Prevención de embarazo adolescente • Servicios de salud dirigidos al adolescente	
Nutrición	• Mensajes de nutrición y educación • Suplementación con micro nutrientes, especialmente con ácido fólico y hierro a niñas adolescentes	• Monitoreo de peso saludable • Construcción de ambiente escolar saludable	• Estrategias de comunicación efectiva en nutrición • para prevenir problemas de mala nutrición tanto por deficiencias como por excesos). Alimentación saludable, consumo de agua y actividad física • Toma del peso de manera semestral • Promoción del peso saludable • Recreo saludable • Evitar venta de alimentos dañinos para la salud fuera de la escuela	• Cuidado de las mujeres mayores de 12 años para la anemia que acompaña a la menstruación. • Toma del peso de manera semestral
Salud mental	• Mensajes de salud mental		• Educación y asesoría en salud mental	• Tratamiento para la salud mental
Actividad física	• Mensajes para promocionar mejoras en los conocimientos, comprensión y apreciación de los múltiples beneficios de la actividad física regular a lo largo de la vida, según las capacidades personales	• Mejorar el acceso y provisión de infraestructura pública para la práctica de actividad física (centros deportivos, parques, parques con áreas de juego) • Iniciativas gratuitas de participación masiva en actividad física en espacios públicos. • Provisión de programas de actividad física en parques y otros ambientes naturales (playas o ríos), así como en centros deportivos y recreativos dirigidos a la población escolar.	• Clases de educación física de calidad al menos 180 minutos por semana^a • Programas de escuelas integrales para la promoción de actividad física^b • Educación sobre estilos de vida activos.	• Promoción de estilos de vida activos, al menos 60 minutos diarios en la escuela, transporte, hogar y tiempo libre.

Fuente: Modificado de Jamison DT y colaboradores²⁸

5.10. Intervenciones esenciales para prevenir enfermedades cardiovasculares y respiratorias

Es posible prevenir hasta 80% de las enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y diabetes tipo 2 mediante la eliminación de los factores de riesgo común, tales como tabaquismo, dieta poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol. El control del tabaco es una de las estrategias fundamental para la prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles (ENT) y el alcance de la agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. En México, en la actualidad mueren anualmente 43 mil mexicanos por enfermedades atribuibles al tabaquismo y representan 8.4% de total de muertes del país. Entre 2009 y 2016 la prevalencia global de tabaquismo se ha mantenido sin cambios. La reciente Encuesta Nacional de Consumo de drogas, alcohol y tabaco (ENCODAT 2016-2017) estima una prevalencia en la población de 12 a 65 años de 17.6%, lo que equivale a 15 millones de mexicanos fumadores y revela que la epidemia se ha focalizado entre los más vulnerables: adolescentes, adultos jóvenes, mujeres y los grupos de menores ingresos. En la actualidad, 8.6 millones de fumadores son menores de 35 años y de no implementar todas las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud, un poco más de 4 millones morirán de manera prematura en las siguientes décadas por alguna de las enfermedades causadas por el tabaquismo o la exposición a su humo.¹²⁰ Las políticas de control del tabaco en el marco de la prevención y control de las ENT y de la agenda 2030 de Desarrollo Sostenible están cobijadas por el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS)¹²¹ el cual México firmó en 2003 y lo ratificó en el 2004.¹²² Si bien México ha implementado algunas políticas de control, se encuentra rezagado en el cumplimiento. Se requiere de una implementación completa del CMCT de la OMS y una modificación urgente a la Ley General para el Control del Tabaco que permita la implementación de los ambientes 100% libres de humo de tabaco, la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio y la implementación del empaquetado neutro en todos los productos de tabaco. Un estudio reciente demuestra que con un incremento de 50% de los precios de los cigarros se ganarían 13 millones de años de vida, se ahorraría MXN\$82 mil millones de pesos en costos de atención médica con un beneficio mayor entre los grupos de menores ingresos. El aumento del precio del tabaco a través de los impuestos es la forma más efectiva y eficiente para proteger la salud de los más vulnerables, lograr la reducción de la mortalidad prematura por ENT, tener ahorros para el sistema de salud, además de reducir la pobreza y apoyar el desarrollo económico. México debe avanzar con esta política a corto plazo.¹²³ Los otros campos de acción que destacan son la nutrición, orientándose hacia los incentivos para reducir el consumo de bebidas y alimentos de alto contenido calórico a través de impuestos y etiquetado frontal y la promoción de la actividad física. El cuadro 12 presenta el paquete de intervenciones esenciales para la prevención de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

Cuadro 12

Paquete de intervenciones esenciales para la prevención de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias

Campo de acción	Políticas e intervenciones			Plataformas de intervención			
	Intervenciones fiscales	Intervenciones intersectoriales	Intervenciones de salud pública	Comunidad	Centro de salud primario	Hospital de segundo nivel	Hospitales de referencia y especializados
Prevención y atención del tabaquismo	• Elevar los impuestos especiales a todos los productos de tabaco de acuerdo con las mejores prácticas de OMS	• Reforzamiento de las leyes antitabaco	• Ambientes 100% libres de humo de tabaco • Etiquetado neutro de los productos de tabaco • Prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de todos los productos de tabaco • Suplementación nutricional para mujeres en edad reproductiva	• Tamizajes de ECVR para riesgo general de ECV, mejorando la adherencia, y remisión a centros de salud primarios para el tratamiento médico	• Tamizaje oportuno para hipertensión, diabetes, dislipidemias y obesidad en población adulta • Tamizaje oportuno para la diabetes en adultos de alto riesgo y embarazadas • Detección de fumadores y sujetos expuestos al humo de tabaco • Consejería médica y tratamiento para dejar de fumar • Mejorar la adherencia al tratamiento	• Detección de fumadores y sujetos expuestos al humo de tabaco • Consejería médica y remisión para tratamiento para dejar de fumar	• Detección de fumadores y sujetos expuestos al humo de tabaco • Consejería médica y remisión para tratamiento para dejar de fumar
Nutrición	• Impuestos a las bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados de alta densidad energética y/o contenido de azúcar, sal y grasa	• Programas escolares para mejorar calidad de la alimentación, consumo de agua y promover la práctica de actividad física • Prohibición de los ácidos grasos trans	• Uso de medios de comunicación masiva para divulgar los daños causados por alimentos con alto contenido en sodio, grasa y azúcar, y bebidas azucaradas	• Tamizaje de hábitos de sueño para personas con obesidad (apnea del sueño) • Promoción del consumo de agua y disminución del consumo de bebidas azucaradas	• Tratamiento en combinación para personas con factores de riesgo múltiples para reducir el riesgo de ECV		
		• Regulación de publicidad de productos poco saludables con altos niveles de azúcar, grasa o sodio • Etiquetado frontal comprensible para la población en alimentos y bebidas empaquetadas • Regulación de publicidad de bebidas alcohólicas • Reducir el contenido de sal y azúcar en alimentos procesados					

Continúa.../

/... continuación

Campo de acción	Políticas e intervenciones			Plataformas de intervención			
	Intervenciones fiscales	Intervenciones intersectoriales	Intervenciones de salud pública	Comunidad	Centro de salud primario	Hospital de segundo nivel	Hospitales de referencia y especializados
Actividad física		- Provisión y mejoramiento de la infraestructura para fomentar la actividad física (banquetas, ciclopistas, parques, gimnasios públicos, plazas) - Programas para promover la actividad física desde una perspectiva de escuelas integrales - Normativa e infraestructuras de diseño urbano que permitan un acceso equitativo y seguro para la actividad física recreativa y fomenten los hábitos de caminar e ir en bicicleta por motivos recreativos o de transporte a lo largo de toda la vida	Uso de medios de comunicación masiva para fomentar estilos de vida activos, divulgar los daños causados por la inactividad física y el sedentarismo, y modificar las normas sociales en materia de actividad física	Iniciativas que incrementen el apoyo social y los niveles de actividad física en la comunidad	- Integración de la actividad física como un elemento explícito de la exploración médica rutinaria para detectar factores de riesgo - Prescripción de actividad física por personal capacitado - Formación de los profesionales de la salud con el fin de que adquieran las competencias necesarias para ejercer las actividades de prevención de las ECNT a través de la modificación de los comportamientos de riesgo y la actividad física	- Integración de la actividad física como un elemento explícito de la exploración médica rutinaria para detectar factores de riesgo y prescripción de actividad física adecuada a la enfermedad por personal capacitado - Formación de los profesionales de la salud con el fin de que adquieran las competencias necesarias para ejercer las actividades de prevención de las ECNT a través de la modificación de los comportamientos de riesgo y la actividad física	

IECA = inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina

Fuente: Modificado de Jamison DT y colaboradores²⁸

5.11. Intervenciones esenciales para padecimientos crónicos

Las ECNT afectan a todos los grupos de población, no obstante, en la población pobre su impacto es mucho mayor, dada la mayor prevalencia de factores de riesgo, la menor resiliencia de este grupo, el menor acceso a servicios de detección y tratamiento, y su menor capacidad para hacer frente a las consecuencias financieras de estas enfermedades. Esta situación debe ser un detonante para equilibrar la oferta de servicios de salud para los pacientes con padecimientos crónicos. Además, los modelos de atención deben estar en evolución constante para atender sus múltiples necesidades que se traducen en cuidados permanentes y que requieren plataformas de intervención múltiples.

El campo de acción propuesto se focaliza en enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad renal y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estas enfermedades son las primeras causas de consulta, hospitalización, discapacidad y muerte. Las intervenciones de política y fiscales buscan por un lado desalentar el tabaquismo y el consumo de alimentos no saludables; además, se propone la creación de un programa nacional de prevención y detección temprana de la enfermedad renal crónica.

En el ámbito comunitario se busca implementar acciones orientadas a educar e informar a la población acerca de los riesgos del tabaquismo y concientizar acerca de la enfermedad renal crónica. En el ámbito de los servicios de salud,

la atención primaria contribuye a la prevención y al control de ENT mediante la prevención primaria de los factores de riesgo (promoción de la actividad física, disuasión del inicio del tabaquismo), la prevención secundaria de las complicaciones derivadas de factores de riesgo existentes y la prevención terciaria (rehabilitación y prevención de futuras complicaciones derivadas de accidentes cerebrovasculares o la diabetes no controlada). El tratamiento de los padecimientos crónicos tiene el propósito de mantener un control apropiado de la enfermedad, desacelerar la aparición de complicaciones agudas y crónicas y reducir la discapacidad y mortalidad prematuras. El cuadro 13 describe el paquete de intervenciones esenciales para los padecimientos crónicos, principalmente para enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad renal crónica y enfermedades respiratorias crónicas.

Cuadro 13
Paquete de intervenciones esenciales para padecimientos crónicos

Campo de acción	Políticas	Plataformas de intervención			
	Intervenciones fiscales, intersectoriales y de salud pública	Comunidad	Centro de salud primario	Hospital de primer nivel	Hospitales de referencia y especializados
Cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y enfermedad arterial periférica	• Elevar los impuestos especiales a todos los productos de tabaco de acuerdo con las mejores prácticas de OMS • Implementación de ambientes 100% libres de humo de tabaco • Prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de todos los productos de tabaco • Implementación del etiquetado neutro de los productos de tabaco • Fortalecimiento y unificación de los programas nacionales de prevención y promoción	• Programas en lugares de trabajo para evitar el tabaquismo y mejorar la calidad de la dieta y promover la práctica de actividad física	• Tratamiento de largo plazo con aspirina, betabloqueadores, IECA y estatinas para reducir el riesgo de más eventos • Uso de aspirina en todos los casos con sospecha de infarto de miocardio • Detección de fumadores y expuestos a humo de tabaco • Consejería médica y tratamiento para dejar de fumar	• Uso de heparina no fraccionada, aspirina y trombolíticos genéricos en eventos coronarios agudos • Tratamiento de la isquemia aguda de las extremidades • Detección de fumadores y expuestos a humo de tabaco • Consejería médica y remisión para tratamiento para dejar de fumar	• Uso de intervenciones coronarias percutáneas para el infarto agudo de miocardio • Detección de fumadores y expuestos a humo de tabaco • Consejería médica y remisión para tratamiento para dejar de fumar
Diabetes	• Mayores impuestos a las bebidas azucaradas • Fortalecimiento de los programas nacionales de prevención y promoción	• Uso de medios de comunicación masiva para divulgar los daños causados por los alimentos con alto contenido de azúcar y bebidas azucaradas • Programas en lugares de trabajo para mejorar la calidad de la dieta y promover la práctica de actividad física • Autocontrol de la diabetes	• Diagnóstico oportuno • Tamizaje de factores de riesgo (obesidad, hiperglucemia, sedentarismo, dieta de mala calidad) • Remisión a centros de salud primarios para el tratamiento médico • Prevención de complicaciones agudas y crónicas mediante control de la glucosa, presión arterial, lípidos y cuidado de los pies • Tamizaje y tratamiento de tuberculosis	• Tamizaje oportuno para la diabetes en adultos de alto riesgo y embarazadas • Diagnóstico oportuno • Mejorar la adherencia al tratamiento	• Tamizaje para retinopatías mediante telemedicina, seguido de tratamiento mediante fotocoagulación con láser

Continúa.../

Campo de acción	Políticas	Plataformas de intervención			
	Intervenciones fiscales, intersectoriales y de salud pública	Comunidad	Centro de salud primario	Hospital de primer nivel	Hospitales de referencia y especializados
Enfermedad renal crónica	- Diseño e implementación de un programa nacional de prevención e identificación temprana de la enfermedad renal crónica - Fortalecimiento de programas de donadores de órganos	Acciones de concientización de la importancia de la enfermedad renal en población de riesgo — pacientes con diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares	- Fortalecimiento de la capacidad de los centros de salud para la detección oportuna de la enfermedad renal crónica - Tratamiento de la hipertensión en la enfermedad renal	Detección oportuna de la microalbuminuria, dentro de la vigilancia de la diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares	Reforzamiento de la capacidad de oferta para trasplante renal
Enfermedad respiratoria (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	- Elevar los impuestos especiales a todos los productos de tabaco de acuerdo con las mejores prácticas de OMS - Implementación de ambientes 100% libres de humo de tabaco - Prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de todos los productos de tabaco - Implementación del etiquetado neutro de los productos de tabaco - Fortalecimiento de los programas nacionales de prevención y promoción de la salud	- Autocontrol de la enfermedad pulmonar obstructiva para promover el reconocimiento temprano de exacerbaciones - Rehabilitación pulmonar	- Vacunación anual contra la influenza y vacuna neumocócica cada cinco años para pacientes con enfermedad pulmonar subyacente - Detección de fumadores y expuestos a humo de tabaco - Consejería médica y tratamiento para dejar de fumar	- Tratamiento de las exacerbaciones agudas del asma y la EPOC - Detección de fumadores y expuestos a humo de tabaco. - Consejería médica y remisión para tratamiento para dejar de fumar	- Tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda causada por exacerbaciones agudas del asma y la EPOC - Detección de fumadores y expuestos a humo de tabaco - Consejería médica y remisión para tratamiento para dejar de fumar

Fuente: Modificado de Jamison DT y colaboradores²⁸

IECA= inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; BRA= bloqueador del receptor de la angiotensina; EPOC= enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

a. No aplicable a la enfermedad arterial periférica

b. Aplicable a la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida

c. La información proviene únicamente de países de ingreso alto

d. Utilizar los algoritmos de tratamiento disponibles para determinar el uso de antibióticos apropiado

e. Los corticosteroides inhalados están indicados en pacientes con EPOC grave o exacerbaciones frecuentes de la misma

5.12. Intervenciones esenciales contra el cáncer

Las intervenciones esenciales contra el cáncer se enfocan principalmente en las políticas orientadas a la prevención y reducción de los factores de riesgo, principalmente del tabaco y la vacunación contra virus del papiloma humano y hepatitis B. En la atención contra el cáncer, la piedra angular consiste en que la población tenga acceso universal a los servicios, dado el elevado costo económico que representa su atención. Se requiere de un esfuerzo de política pública y fiscal importantes para brindar el soporte financiero para la prevención y atención de los casos de cáncer y al mismo tiempo el fortalecimiento de la oferta de servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos. Por ejemplo, el tamizaje debe incluir estrategias dirigidas a una base poblacional bien definida, seguimiento de las personas con resultados anormales, garantía de acceso a tratamiento y un sistema de monitoreo y evaluación con metas de cobertura superiores a 80% que se aseguren su impacto poblacional. La plataforma presentada en el cuadro 14 se enfoca en las acciones que representan mayor impacto y maximizan el valor por dinero.

Cuadro 14
Paquete de intervenciones esenciales contra el cáncer

Campo de acción	Plataforma de prestación de intervenciones			
	Políticas, regulaciones, información comunitaria a nivel nacional	Clínica de atención primaria o sistema de atención móvil	Hospital de referencia	Unidad/centro especializado en cáncer
Todos los cánceres	- Educación sobre los riesgos del tabaquismo, el valor de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano y el Virus de la Hepatitis B, y la importancia de buscar tratamiento temprano para los cánceres comunes - Cuidados paliativos, incluyendo opioides para el alivio del dolor			
Cánceres relacionados con el tabaquismo (oral, de pulmón y de esófago)*	- Elevar los impuestos especiales a todos los productos de tabaco de acuerdo con las mejores prácticas de OMS - Implementación de ambientes 100% libres de humo de tabaco - Prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de todos los productos de tabaco - Implementación del etiquetado neutro de los productos de tabaco	- Detección de fumadores y expuestos a humo de tabaco. - Consejería médica y tratamiento para dejar de fumar		
Cáncer de mama	Promoción de estilos de vida activo	Promoción de lactancia materna		Tratar el cáncer en sus etapas tempranas con intención curativa
Cáncer cervical	Vacunación contra el VPH en las escuelas	Tamizaje oportunista (inspección visual o prueba de VPH ADN); tratar las lesiones precancerosas	Tratar las lesiones precancerosas	Tratar el cáncer en sus etapas tempranas
Cáncer colorrectal	- Promoción de estilos de vida activo - Alimentación saludable			Cirugía de emergencia para obstrucción
Cáncer de hígado		Vacunación contra la hepatitis B (incluyendo una dosis al momento de nacer)		
Cánceres infantiles				Tratar el cáncer en sus etapas tempranas con intención curativa en unidades/hospitales oncológicos pediátricos

Fuente: Modificado de Jamison DT y colaboradores²⁸

Nota: La educación y los cuidados paliativos básicos son relevantes para los cánceres a todas las edades.

d. Los cuidados paliativos deben estar disponibles en todos los niveles especificados en el cuadro, así como en casa.

e. Por etapas tempranas del cáncer se entienden, en general, las etapas I y II.

f. El tamizaje es oportunista cuando una prueba es solicitada por un paciente u ofrecida por un médico a un paciente que acude a consulta por otro motivo. La detección organizada es un proceso bien definido que incluye invitaciones formales a participar, devolución de llamadas, recordatorios, rastreo de los resultados, garantía de seguimiento, monitoreo, y reporte de los resultados de desempeño del programa.

5.13. Intervenciones esenciales para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias

Las intervenciones esenciales para los trastornos mentales, neurológicos y por el uso de sustancias parten de la premisa de que la mayor parte de estos padecimientos pueden prevenirse, identificarse oportunamente y tratarse eficazmente. El campo de acción se orientó a los principales problemas identificados en el país; las plataformas para la prestación de intervenciones tienen una gama importante de participación poblacional, comunitaria y de atención médica. La plataforma de políticas, regulaciones e información comunitaria enfatiza los aspectos legislativos para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales en todas las edades. En el ámbito de la plataforma comunitaria se recomienda la capacitación y prestación de servicios de apoyo, y en las plataformas de atención médica se identifican los padecimientos que se pueden atender en los distintos niveles de atención médica y las acciones para el autocuidado. Debido a que estos padecimientos representan una gran carga de enfermedad y discapacidad, es crítico que la población tenga acceso a las acciones de prevención y atención a través de programas específicos, sin riesgo financiero y sin discriminación. El cuadro 15 presenta el paquete de intervenciones esenciales para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.

Cuadro 15

Paquete de intervenciones esenciales para trastornos mentales, neurológicos, y por el uso de sustancias

Campo de acción	Plataformas para prestación de intervenciones					
	Políticas, regulaciones, información comunitaria a nivel nacional	Comunitaria	Atención médica			
			Autocuidado	Atención primaria	Atención hospitalaria	Atención especializada
Todos los trastornos mentales, neurológicos y abuso de sustancias (MNS)	• Campañas de sensibilización para incrementar el conocimiento en salud mental y tratar el estigma y la discriminación • Legislación para proteger los derechos humanos de personas afectadas por trastornos MNS	• Capacitación de trabajadores comunitarios, policías, maestros en la identificación temprana de trastornos prioritarios, • Prestación de apoyo psicosocial de baja intensidad y vías de remisión • Grupos de autoayuda y apoyo				
Trastornos mentales en el adulto	• Leyes para protección del adulto	• Programas para la reducción de estrés en el lugar de trabajo y sensibilización sobre el abuso de alcohol y drogas	• Actividad física • Técnicas de relajación • Educación acerca de sintomatología temprana y su gestión • Terapia basada en la red y teléfonos inteligentes para depresión y trastornos de ansiedad	• Tamizaje y detección proactiva de casos de psicosis, depresión y trastornos de ansiedad • Diagnóstico y gestión de depresión (incluyendo materna) y trastorno de ansiedad* Cuidado continuo de esquizofrenia y trastorno bipolar • Gestión de depresión y trastornos de ansiedad en personas con VIH y otras ENT	• Diagnóstico y gestión de psicosis agudas • Gestión de depresión materna grave* • Gestión de depresión y trastornos de ansiedad en personas con VIH y personas con otras ENT*	• TEC para depresión grave o refractaria • Gestión de psicosis refractaria con clozapina

Continúa.../

/... continuación

Campo de acción	Plataformas para prestación de intervenciones					
	Políticas, regulaciones, información comunitaria a nivel nacional	Comunitaria	Atención médica			
			Autocuidado	Atención primaria	Atención hospitalaria	Atención especializada
Trastornos mentales y del desarrollo en el niño	Leyes para protección del niño	- Programas parentales en infancia para promover el desarrollo temprano del niño - Capacitación en habilidades para la vida en escuelas para construir competencias sociales y emocionales - Programas parentales en niñez temprana y media (edades de 2-14 años) - Programas educativos en enriquecimiento infantil preescolar - Identificación de niños con trastornos MNS en escuelas	Terapia psicológica basada en la red y en teléfonos inteligentes para depresión y trastornos de ansiedad en adolescentes	- Tamizaje para trastornos en el desarrollo del niño - Intervenciones para salud mental materna - Capacitación en habilidades parentales para trastornos del desarrollo - Tratamiento psicológico para trastornos emocionales, ansiedad, TDAH y comportamiento perturbado* - Mejorar la atención prenatal y perinatal para reducir los factores de riesgo asociados con discapacidad intelectual	- Diagnóstico de trastornos mentales en la niñez como autismo y TDAH - Medicación con estimulantes para casos graves de TDAH - Tamizaje del neonato en busca de factores de riesgo modificables para discapacidad intelectual	
Trastornos neurológicos	- Intervenciones para tratar factores de riesgo en enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, control del tabaco - Manejo de la neurocisticercosis	- Tratamiento auto gestionable de migraña - Auto identificación gestión de desencadenantes de convulsiones Autogestión de factores de riesgo para enfermedad vascular (dieta saludable, actividad física, uso de tabaco)	- Intervenciones de apoyo para cuidadores de pacientes con demencia - Gestión de convulsiones prolongadas o estados epilépticos	- Diagnóstico y gestión de epilepsia y cefaleas - Tamizaje para detección de demencia - Diagnóstico de demencia y causas secundarias de cefalea	Cirugía para epilepsia refractaria	

Continúa.../

/... continuación

Campo de acción	Plataformas para prestación de intervenciones					
	Políticas, regulaciones, información comunitaria a nivel nacional	Comunitaria	Atención médica			
			Autocuidado	Atención primaria	Atención hospitalaria	Atención especializada
Trastornos por el uso de tabaco, alcohol y drogas ilícitas	• Elevar los impuestos especiales a todos los productos de tabaco de acuerdo con las mejores prácticas de OMS • Implementación de ambientes 100% libres de humo de tabaco • Prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de todos los productos de tabaco • Implementación del etiquetado neutro de los productos de tabaco • Regular la disponibilidad y demanda de alcohol • Penalización de conductas riesgosas asociadas con el alcohol	• Campañas de sensibilización para reducir el consumo de alcohol materno durante el embarazo	• Automonitoreo del uso de sustancias	• Tamizaje e intervenciones breves para trastornos por el uso de alcohol • Terapia de sustitución de opioides (metadona y buprenorfina) para dependencia de opiáceos • Detección de fumadores y expuestos a humo de tabaco • Consejería médica y tratamiento integral para dejar de fumar	• Detección de fumadores y expuestos a humo de tabaco • Consejería médica y tratamiento integral para dejar de fumar	• Detección de fumadores y expuestos a humo de tabaco • Consejería médica y tratamiento integral para dejar de fumar
Suicidio y autolesión	• Control de la venta y distribución de medios para el suicidio (como pesticidas) • Despenalización del suicidio	• Almacenamiento seguro de pesticidas en la comunidad y hogares rurales	• Tratamiento basado en la red y teléfonos inteligentes para depresión y autolesión	• Paquetes de atención primaria para trastornos MNS subyacentes • Seguimiento y monitoreo planeado de pacientes con tentativas suicidas Gestión de emergencias por envenenamiento	• Tratamiento de trastorno comórbido emocional y por el uso de sustancias*	• Paquetes de atención especializada para trastornos MNS subyacentes (como se describe arriba)

Fuente: Modificado de Jamison DT y colaboradores²⁸

TDAH= trastorno por déficit de atención e hiperactividad; CAS= concentración de alcohol en la sangre; TCC= terapia cognitivo-conductual; TEC= terapia electroconvulsiva; VIH= virus de inmunodeficiencia humana; MNS= mental, neurológico y por el uso de sustancias; ENT= enfermedades no transmisibles.

* No existe un periodo de tiempo determinado para la gestión de estas condiciones complejas; por ejemplo, en la gestión de depresión, algunos individuos requieren periodos relativamente cortos de compromiso (por ejemplo, 6 a 12 meses para un solo episodio), mientras otros pueden necesitar atención regular por muchos años (por ejemplo, cuando hay un curso recurrente).

5.14. Intervenciones esenciales para infecciones de transmisión sexual

Las intervenciones esenciales para las infecciones de transmisión sexual abarcan aspectos estructurales para mejorar la oferta de servicios y recomendaciones puntuales de prevención, detección y tratamiento. El énfasis estructural se orienta a hacia el fortalecimiento de las políticas nacionales para las poblaciones clave (trabajadores sexuales, portadores de VIH/VHB, usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen sexo con hombres). Las intervenciones en las plataformas de prestación comprenden los puestos de salud, farmacias y establecimientos de salud. En el país estas intervenciones son factibles y existe la infraestructura y los recursos para realizarlas; si bien es importante considerar que es necesario incrementar la capacidad de oferta para que la población tenga acceso a los servicios. El cuadro 16 presenta las intervenciones esenciales de transmisión sexual con campo de acción en aspectos estructurales de los servicios, prevención conductual, prevención biomédica, diagnóstico y tratamiento.

Cuadro 16
Paquete de intervenciones esenciales para infecciones de transmisión sexual

Campo de acción	Plataformas para la prestación					
	Sistemas, políticas y regulaciones nacionales, regionales y locales	Puesto de salud comunitario	Farmacias	Clínicas primarias de salud	Hospitales de primer nivel	Hospitales de segundo y tercer nivel
Estructural	Políticas nacionales para habilitar esfuerzos de prevención y tratamiento para poblaciones clave*	- Vinculación a servicios clínicos para MTS, HSH y parejas sexuales de personas con ITS/VIH* - Entrenamiento a la policía para asegurar el acceso a los servicios para poblaciones clave, especialmente para el intercambio de agujas* - Servicios a domicilio y uso de internet para notificación a las parejas, diagnóstico de VIH e inicio de tratamiento en pacientes con VIH*	Entrenamiento en tratamiento sintomático de ITS por farmacéuticos			Identificación y tratamiento de complicaciones de ITS: Enfermedad inflamatoria pélvica aguda, esterilidad, sífilis congénita, gonoco resistente a tratamientos convencionales
Prevención conductual	Mercadeo social vinculado a la educación sobre los riesgos de ITS/VIH y salud sexual, incluyendo la promoción del condón y el sexo seguro*	- Educación en salud sexual en la escuela (riesgos de ITS/VIH, uso del condón, abuso de sustancias, vacunas clave, CMMV) * - Promoción del condón; intercambios de agujas para UDI*				

Continúa.../

/... continuación

Campo de acción	Plataformas para la prestación					
	Sistemas, políticas y regulaciones nacionales, regionales y locales	Puesto de salud comunitario	Farmacias	Clínicas primarias de salud	Hospitales de primer nivel	Hospitales de segundo y tercer nivel
Prevención biomédica	Guías, financiamiento y mercadeo social para las vacunas de VPH y para CMMV (adolescentes, adultos, infantes)	- Aplicación de vacunas VPH en escuelas y puestos de salud, y vinculación a o prestación de servicios de CMMV - Acceso a intercambio de agujas para UDI* - Tamizaje y tratamiento para las principales ITS en población penitenciaria - Profilaxis antimicrobiana pre exposición en poblaciones de alto riesgo*		- Aplicación de vacunas (VPH, VHB) (mujeres y hombres) - CMMV* - Inspección visual con ácido acético para displasia cervical		
Diagnóstico y tratamiento	Guías para terapia expedita a parejas vía farmacias		Tratamiento sintomático de ITS		Diagnóstico y tratamiento por sospecha de enfermedad inflamatoria de la pelvis; hepatitis viral; TAR, más detección y tratamiento o referencia de comorbilidades, y algunas comorbilidades del VIH	Diagnóstico y tratamiento de cáncer anal, orofaríngeo y de hígado, y otras comorbilidades del VIH

Fuente: Modificado de Jamison DT y colaboradores²⁸

Las intervenciones marcadas con asterisco (*) deben tener una fuerte integración con intervenciones de prevención y tratamiento del VIH.

MTS= mujer trabajadora sexual; VHB= virus de la hepatitis B; VIH/sida= virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida; VPH= virus del papiloma humano; UDI= usuario de drogas inyectables; HSM= hombres que tienen sexo con hombres; Pre= profilaxis pre exposición; ETS= enfermedad de transmisión sexual; ITS= infección de transmisión sexual; CMMV= circuncisión médica masculina voluntaria.

5.15. Intervenciones esenciales para enfermedades tropicales desatendidas

El concepto de Enfermedades Tropicales Desatendidas se creó para llamar la atención sobre una oportunidad de control de enfermedades que había sido omitida por los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estas enfermedades causan sufrimiento y discapacidades que impiden el desarrollo social, y estigmatización de las personas que las padecen y que viven en la pobreza. La falta de acceso a agua segura, instalaciones sanitarias y atención médica son factores de riesgo para estos padecimientos. Las propuestas en el cuadro 17 se enfocan en tres campos de acción: quimioterapia preventiva, gestión innovadora e intensificada de la enfermedad, gestión y ecología de vectores y agua saneamiento e higiene.

Cuadro 17

Paquete de intervenciones esenciales para enfermedades tropicales desatendidas

Campo de acción	Plataforma de prestación				
	Políticas y regulaciones nacionales y acciones comunitarias	Farmacia o puesto de salud comunitario	Centro de salud primario	Hospital de primer nivel	Hospitales de segundo y tercer nivel
Quimioterapia preventiva	Guías y estrategias integradas para el uso coordinado de quimioterapia preventiva para ETD	Administración masiva de medicamentos para filariasis linfática, oncocercosis, esquistosomiasis, helmintiasis transmitidas por el suelo, tracoma y trematodiasis de transmisión alimentaria, según corresponda			
Gestión innovadora e intensificada de la enfermedad	Guías y estrategias integradas para ETD relacionadas con la piel, incluyendo (además de las mencionadas en el resto de este cuadro) úlcera de Buruli y micetoma	- Gestión de linfedema - Detección temprana y tratamiento para enfermedad de Chagas, tripanosomiasis africana, lepra y leishmaniasis Tratamiento total comunitario para pian		Cirugía para hidrocele y triquiiasis	
Gestión y ecología de vectores	Guías y estrategia integradas para gestión de vectores	- Gestión de vectores - sostenible para enfermedad de Chagas, dengue y leishmaniasis visceral			
Agua, saneamiento e higiene	- Disponibilidad de agua segura para beber, utilizar en el hogar: cocinar, higiene, sanidad, lavado de ropa, almacenamiento apropiado del agua - Disponibilidad de instalaciones sanitarias en los hogares – disposición de excretas, basura	Promoción de hábitos higiénicos, agua segura			

Fuente: Modificado de Jamison DT y colaboradores²⁸

5.16. Intervenciones esenciales para discapacidad

Las intervenciones esenciales para discapacidad se elaboraron con base en la evidencia, las principales recomendaciones de la literatura internacional y los programas nacionales. La discapacidad es transversal a todos los grupos de edad y que requieren de acciones específicas. El campo de acción comprende la discapacidad visual, auditiva, de movilidad, comunicación, concentración e intelectual. Las plataformas de prestación de servicios comprenden las intervenciones en salud pública, a nivel comunitario y en los establecimientos de salud. Es importante reiterar que la discapacidad es un problema de carácter intersectorial y por tanto las acciones también deben ser intersectoriales. Para fines de las intervenciones, éstas se focalizaron en el ámbito de la salud. El cuadro 18 propone las intervenciones esenciales para atender la discapacidad.

Cuadro 18
Paquete de intervenciones esenciales para discapacidad

Grupo etario	Campo de acción	Plataformas de prestación de servicios			
		Intervenciones de salud pública Políticas, regulaciones, información comunitaria a nivel nacional	Trabajadores comunitarios o puestos de salud	Centro de salud primario	Hospitales de referencia
Recién nacido (RN)	Metabólico				Tamiz neonatal ampliado
	Visual	Programa de tamizaje visual en el recién nacido	Actividades de promoción a la salud		Referencia en caso de anomalías
	Auditiva	Programa auditivo neonatal e intervención temprana (TANIT)		Equipamiento y entrenamiento del personal	Pruebas especializadas para la atención de detecciones positivas
	Movilidad	Atención para la displasia congénita de cadera	Sensibilización a la población acerca de la importancia de tamizaje en el RN	Tamizaje en diferentes etapas de crecimiento y referencia en caso necesario	Referencia según las necesidades
	Comunicación	Atención para el Labio y paladar hendido	Grupos comunitarios que favorezcan la estimulación temprana que permitan identificar defectos al nacimiento	Aplicación oportuna de procedimientos y técnicas de tratamiento, estimulación temprana, rehabilitación auditiva y, en su caso, del lenguaje	Referencia a los hospitales de alta especialidad
	Concentración	Programa de estimulación temprana			
	Intelectual				
	Autocuidado				
Niños/Niñas Adolescentes	Visual	Programas de educación centralizados en niños/niñas y adolescentes que viven con discapacidad	Educación a la población para generar comunidad incluyente	diagnóstico temprano de la discapacidad intelectual, con un enfoque que determine tanto el déficit como las potencialidades de la persona	Referencia en caso de atención en salud Los tratantes deben estar sensibilizados para la atención
	Auditiva				
	Movilidad				
	comunicación	Iniciar una evaluación de trastornos de conducta, para cualquier niña/o de 4 a 18 años que se presenta con problemas y síntomas de falta de atención, hiperactividad, impulsividad, académicos o de comportamiento.	Capacitación a trabajadores sociales y sensibilización a la población que estén en contacto con la comunidad para identificar comportamientos fuera de la normalidad	Formación docente a profesores en escuelas para integración del modelo educativo	Referencia en caso de atención en salud Los tratantes deben estar sensibilizados para la atención
	Concentración				
	Intelectual				
	Autocuidado				
	Adultos 18-59	Visual	Programa nacional de trabajo y empleo para las personas con discapacidad 2014-2018	Garantizar un entorno laboral favorable con opciones de acceso, desarrollo y permanencia sin discriminación hacia las personas con discapacidad	Rehabilitación o mantenimiento de un tratamiento
Auditiva					
Movilidad					
comunicación					
Concentración		Programa de asesoría legal para las PCD			
Intelectual					
Autocuidado					
Adultos mayores >60	Visual	Programa de envejecimiento saludable, donde se permita evaluar las capacidades del adulto mayor para su inserción en un miembro activo de la sociedad	Promover la convivencia con el adulto mayor en estado de discapacidad	Traslado del personal de salud a donde es requerido para la atención de salud	Referencia a las unidades de cuidados paliativos y de rehabilitación
	Auditiva				
	Movilidad				
	comunicación				
	Concentración				
	Intelectual				
	Autocuidado				

Fuente: Elaboración propia

REFERENCIAS

1. WHO Fact sheets. Universal Health Coverage, key facts. [http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
2. World Health Organization. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Informe de la Salud en el Mundo. WHO Geneva, 2008
3. Ruiz B, Reyes H, Estrada C, Sánchez L, Pedrote B, Vargas L, et al. Chapter 2. Family medicine at the Mexican Institute of Social Security: Current strengths and weaknesses. Family medicine at the dawn of the 21st Century. Editors Carmen García-Peña, Onofre Muñoz, Luis Durán, Felipe Vázquez. IMSS 2005. pp. 35-48
4. Beyeler N, González-Pier E, Alleyne G, Barraza-Lloréns M, Frenk J, Pablos-Mendez A, Pérez-Cuevas R, Regalia F, Sepúlveda J, Jamison D, Yamey G. Salud Pública de México 2015;57(5): 441-443.
5. OCDE (2016), Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México, OECD Publishing, París.<http://dx.doi.org/10.1787/10.1787/9789264265523-es>
6. González Block-M, Martínez G. Hacia la cobertura universal de la protección financiera de la salud en México. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros AC. México 2015.
7. Frenk J, Knaul F, Gómez-Dantés H, Arreola H. La Brecha de la Salud. Nexos 1 feb 2018; <https://www.nexos.com.mx/?p=35971>
8. Frenk J, Knaul F, Gómez-Dantés H, Arreola H. Hacia la Universalización de la Salud. Nexos 1 mar 2018; <https://www.nexos.com.mx/?p=36346>
9. Gutiérrez JP, García-Saisó JP, Fajardo G, Hernández-Ávila M. Effective Access to healthcare in Mexico. Health Services Research 2014, 14:186 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/186>.
10. Levesque JF, Harris M, Russell G. Patient-centred Access to healthcare: conceptualizing Access at the interface of health systems and populations. International J for equity in health. 2013;12:18. <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18>
11. WHO. Health in 2015: From MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization, 2015.
12. Kruk ME, Larson E, Twum-Danso NA. Time for a quality revolution in global health. Lancet Glob Health 2016; 4: e594-96.
13. Bautista-Arredondo S, Serván-Mori E, Colchero MA, Ramírez-Rodríguez B, Sosa-Rubí SG. Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México. Salud Pública Mex 2014;56:18-31.
14. Gutiérrez JP. Cobertura universal de salud en México: las brechas que persisten. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2018 Ago 06]; 55(2): 153-154. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200005&lng=es.
15. Shamah-Levy T, Ruiz-Matus C, Rivera-Dommarco J, Kuri-Morales P, Cuevas-Nasu L, Jiménez-Corona ME, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2017.
16. Funsalud. Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas. Ciudad de México: Funsalud, 2014.
17. Doubova SV, Guanais FC, Pérez-Cuevas R, Canning D, Macinko J, Reich MR. Attributes of patient-centered primary care associated with the public perception of good health-care quality in Brazil, Colombia, Mexico and El Salvador. Health Policy Plan 2016; 31(7):834-43.
18. Pérez-Cuevas R, Guanais FC, Doubova SV, Pinzón L, Tejerina L, Pinto Masis D, Rocha M, Harris DO, Macinko J. Understanding public perception of the need for major change in Latin American healthcare systems. Health Policy Plan 2017;32(6):816-824.
19. Doubova SV, García-Saiso S, Pérez-Cuevas R, Sarabia-González O, Pacheco-Estrella P, Infante-Castañeda C, Santamaría C, Torres-Arreola LP, Leslie HH. Quality Governance in a Pluralistic Health System: Mexican Experience and Challenges. Accepted for publication in The Lancet Global Health 26-06-2018
20. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Armenta N, Candia E, Contreras D, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
21. Saksena P, Hsu J, Evans D. Financial Risk Protection and Universal Health Coverage: Evidence and Measurement Challenges. PLoS Med. 2014. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001701>
22. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Wong R, Lugo-Palacios DG, Méndez-Carniado O. Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012. Salud Publica Mex 2018;60:130-140.<https://doi.org/10.21149/9064>
23. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2017. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
24. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al.

- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
25. Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Wirtz VJ, Servan E, Dreser A, Hernández-Avila M. Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico: secondary data analysis of a national survey. *BMJ Open* 2014;4:e004669. doi:10.1136/bmjopen-2013-004669
26. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*. 2005; 83(3):457–502.
27. Rowan M, Stevenson W, Huston P. Integrating Public Health and Primary Care. *Health Care Policy* 2007;3(1):160-181.
28. Jamison, D. T., R. Nugent, H. Gelband, S. Horton, P. Jha, R. Laxminarayan y C.N. Mock, editores. 2018. Prioridades para el control de enfermedades: Compendio de la 3a edición. Washington, DC:
29. Guanais F, Regalía F, Pérez-Cuevas R, Anaya M. Desde el Paciente. Experiencias de la Atención Primaria de Salud en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo. 2018 (en prensa)
30. Acheson D. Public health in England. The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function. London, HMSO, 1988.
31. World Health Organization. Public Health. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/public-health-services>.
32. World Health Organization. Primary Care. <http://www.who.int/primary-health/en/>
33. Starfield, B. Primary Care. Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York, NY: Oxford University Press, 1998.
34. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1.
35. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003; 38: 831–65.
36. IOM (Institute of Medicine). 2012. Primary Care and Public Health: Exploring Integration to Improve Population Health. Washington, DC: The National Academies Press.
37. Pérez-Cuevas R, Nakamura M. Propuesta conceptual de un modelo de atención integrado de acciones de salud pública para la niñez. *Boletín Hospital Infantil de México. Bol Med Hosp Infant Mex*. 2014;71(6):396-400
38. Gómez-Dantés H y Col. Dissonant health transition in the states of Mexico, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2016; 388: 2386–402
39. Aburto T, Pedraza L, Sánchez T, Batis C, Rivera JA. Discretionary foods have a high contribution and fruit, vegetables, and legumes have a low contribution to the total energy intake of the Mexican population. *J Nutr* 2016;146 Suppl:1881-1887
40. Batis C, Aburto T, Sánchez TG, Pedraza L, and Rivera JA. Adherence to dietary recommendations for food group intakes is low in the Mexican population. *J Nutr* 2016;146 Suppl:1897-1906
41. Sánchez T, Batis C, Lutter C, and Rivera JA. Sugar-sweetened beverages are the main sources of added sugar intake in the Mexican population. *J Nutr* 2016;146 Suppl:1888-1896.
42. Rodríguez S, Muñoz A, Rivera JA, Gonzalez D, and Gonzalez T. Mexican children under 2 years of age consume food groups high in energy and low in micronutrients. *J Nutr* 2016;146 Suppl:1916-1926
43. Medina C, Jáuregui A, Campos-Nonato I, Barquera S. Prevalencia y tendencias de actividad física en niños y adolescentes: resultados de la Ensanut 2012 y Ensanut MC 2016. *Salud Publica Mex* 2018;60:263-271. <https://doi.org/10.21149/8819>
44. Secretaría de Salud. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2015 Global Adults Tobacco Survey Mexico 2015. Segunda edición: marzo 2016. http://omextad.salud.gob.mx/contenidos/encuestas/gats2015/ENCUESTA_GATS__2015.pdf
45. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública. Comisión Nacional contra las Adicciones. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017; Reporte de Alcohol. Ciudad de México, México; INPRFM; 2017.
46. Institute of Health Metrics. Country Profile: México. <http://www.healthdata.org/mexico>
47. UNICEF. Informe Anual 2017. <http://www.unicef.org.mx/Informe2017/>
48. Riojas-Rodríguez H, Schilmann A, López-Carrillo L, Finkelman J. La salud ambiental en México: situación actual y perspectivas futuras. *Salud Publica Mex* 2013;55:638-649.
49. Mock, C. N., R. Nugent, O. Kobusingye, and K. R. Smith, editors. 2017. Injury Prevention and Environmental Health. Disease Control Priorities (third edition), Volume 7. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0522-6. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO
50. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sessionid=C57ECB421AD80B7C1C9AFF1891CCB28F?sequence=1
51. Doubova SV, Pérez-Cuevas R, Canning D, Reich M. Access to healthcare and financial risk protection for older adults

- in Mexico: secondary data analysis of a national survey. *BMJ Open* 2015;5:e007877. doi:10.1136/bmjopen-2015-007877
52. Australian Institute of Health and Welfare. Indicators for Chronic Diseases and Their Determinants. 2008. Canberra, Australia: AIHW
53. Individuos que fallecen antes de llegar a la expectativa promedio de su cohorte. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. Premature mortality. http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/01/02/index.html?itemId=/content/chapter/health_glance-2011-5-en Institute for Health Metrics and Evaluation, disponible en http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_mexico.pdf
54. Secretaría de Salud. Boletín de información estadística 2014-2015. http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Boletxn_InformacxnEstadistica_14_15.pdf
55. Arredondo A, Avilés R. Costs and Epidemiological Changes of Chronic Diseases: Implications and Challenges for Health Systems. *Rev. PLoS One*. 2015, Vol. 10, No. 3.
56. Boerma T, AbouZahr C, Evans D, Evans T. Monitoring intervention coverage in the context of universal health coverage. *PLoS Med*. 2014;11:e1001728
57. Arredondo A. Type 2 diabetes and health care costs in Latin America: exploring the need for greater preventive medicine. *BMC Medicine*. 2014, 12: 136.
58. OECD (2012). Obesity Update; OECD Publishing, Paris.
59. International Diabetes Federation (IDF) (2013). IDF Diabetes Atlas, 6th Edition, Brussels. www.idf.org/diabetesatlas
60. Tamayo J, Lastiri S. La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla. CONACYT-Academia Nacional de Medicina 2016. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ENF-RENAL.pdf
61. World Health Federation. Factsheet: Enfermedades Cardiovasculares en México. https://www.world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2017/05/Cardiovascular_diseases_in_Mexico__Spanish_.pdf
62. Figueroa M, Cruz-Toledo J, Ortiz-Aguirre A, Lagunes-Espinosa A, Jimenez-Luna J, Rodriguez J. Estilo de vida y control metabólico en diabéticos del programa DIABETIMSS. *Gaceta Médica de México*. 2014;150:29-34 *Gaceta Médica de México*. 2014;150:29-34
63. Mendoza-Romo MA, Montes-Acuña JF, Zavala-Cruz GG, Nieva-de Jesús RN, Ramírez-Arreola MC, Andrade-Rodríguez HJ. Effect of the DiabetIMSS program on cardiovascular risk, blood pressure and HDL cholesterol in patients with metabolic syndrome. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017 Jan-Feb;55(1):32-39.
64. IMSS. COMUNICADO: Brinda DIABETIMSS atención multidisciplinaria y atenciones preventivas a derechohabientes. Coordinación de comunicación social IMSS 2013.
65. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas. UNEMES-EC Instituto Nacional de Salud Pública. 2012. http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios_especiales/UNEMES_SE.pdf
66. Flores-Hernández S, Saturno-Hernández P, Reyes Morales H. Quality of diabetes care: the challenges of an increasing epidemic in Mexico. Results from two national health surveys (2006 and 2012) *PLoS One* 215;10: e133958.
67. Pérez-Cuevas R, Doubova S, Suarez-Ortega M, Law M, Pande A, Ross-Degnan D, Wagner A. Evaluating quality of care for patients with type 2 diabetes using electronic health record information in Mexico. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2012, 12:50. <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/12/50>.
68. Rivera-Luna R, Zapata-Tarres M, Shalkow-Klincovstein J, Velasco-Hidalgo L, Olaya-Vargas A, Finkelstein-Mizrahi N, Cárdenas-Cardós R, Aguilar-Ortiz M. The burden of childhood cancer in Mexico: Implications for low- and middle-income countries. *Pediatric blood and cancer*. 2016;00:1-7. DOI: 10.1002/pbc.26366
69. Secretaría de Salud. Informe sobre la salud de los mexicanos 2015; diagnóstico general de la salud poblacional. México 2015. www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html.
70. http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/en/
71. Santos-Preciado JI. Editorial. El CISEI: referente en investigación sobre enfermedades infecciosas en el siglo XXI. *Salud Pública de México*. 2018;60(1):1-2.
72. Díaz-Ortega JL, Cruz-Hervert LP, Ferreira-Guerrero E, Ferreira-Reyes LD, Delgado-Sánchez G, García-García ML. Cobertura de vacunación y proporción de esquema incompleto en niños menores de siete años en México. *Salud Publica Mex* 2018;60:338-346.
73. Coneval. Ficha de Monitoreo 2016-2017 Programa de vacunación. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2016_2017/FMyE_12_E036.pdf#search=Vacunas
74. Vilar-Compte D, Camacho-Ortiz A, Ponce-de-León S. Infection Control in Limited Resources Countries: Challenges and Priorities. *Curr Infect Dis Rep* (2017) 19: 20.
75. INEGI. Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica ENADID 2014. Principales Resultados. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/resultados_enadid14.pdf
76. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud. México DF: INEGI, 2015.

77. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día de "Muertos" (2 de noviembre). Datos nacionales. México DF: INEGI, 2015.
78. Guendelman S, Gemmill A, Thornton D, Harvey M, Walsh J, Perez-Cuevas R. Prevalence, Disparities, And Determinants of Primary Cesarean Births Among First-Time Mothers In Mexico. *Health Affairs* 2017;36(4):714-722 doi: 10.1377/hlthaff.2016.1084
79. Global Burden of Disease. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
80. Sandoval J, Richard M. La Salud Mental en México. Cámara de Diputados. LIX Legislatura.
81. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 27];52(4):292-304
82. INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2015. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/mortalidad/default.html>
83. Secretaría de Desarrollo Social. Diagnóstico sobre las Personas con Discapacidad en México. 2016.
84. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). La discapacidad en México, datos al 2014 : versión 2017 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía. -- México : INEGI, c2017.
85. Coneval. Ficha de Monitoreo 2016-2017. Programa de Atención a Personas con Discapacidad. Coneval 2017. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2016_2017/FMyE_12_S039.pdf
86. Coneval. Secretaría de Salud. Evaluación de Consistencia y Resultados Programa de Atención a Personas con Discapacidad. 2017 <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/InformeEvaluacion.aspx>
87. Organización Panamericana de la Salud. Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=309&lang=es
88. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *CADERNOS de Saúde Pública* 2006;22(sup.):S35-S45.
89. Gottret P, Shieber G. Health financing revisited. A practitioner's guide. The World Bank. Washington DC. 2006
90. Mendez J. Gasto en salud per cápita: menos usuarios del Sistema de Salud. CIEP. <http://ciep.mx/gasto-en-salud-per-capita-menos-usuarios-del-sistema-de-salud/>
91. Instituto Belisario Domínguez. Recursos destinados al Sector Salud en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2018. Senado de la República. <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/3832/1%20Publicación%20Recursos%20destinados%20al%20sector%20salud%20PEF%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
92. Bossert T, Blanchet N, Sheetz S, Pinto D, Cali J, Pérez-Cuevas R. Comparative Review of Health System Integration in Selected Countries in Latin America. Inter-American Development Bank Social Protection and Health Division TECHNICAL NOTE No. IDB-TN-585. 2014
93. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Candia E, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Propuesta de intervenciones. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
94. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002;60(3):201-218.
95. Jamison D, Yamey G, Beyeler N, Wadge H. Investing in Health. The Economic case. Report of the WISH investing in Health Forum 2016.
96. Yamey G, Beyeler N, Wadge H, Jamison D. Investing in Health: The Economic Case. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health, 2016.
97. Presentación de la estructura programática para el presupuesto de egresos 2016 http://www.shcp.gob.mx/Biblioteca_noticias_home/comunicado_067_2015.pdf
98. Principales cambios en la estructura programática 2016: Sector salud, IMSS, ISSSTE. http://www.senado.gob.mx/comisiones/seguridad_social/docs/SHCP_NvaEstructuraProgramatica_2016_Sintesis.pdf
99. O'Shea Cuevas G, Lozano J, Barrientos M, Arroyo P, Santamaría C, Maldonado M, Cáceres N, Aguilera R, Pérez-Cuevas R. Propuesta de mejoras del financiamiento, sistemas de información y provisión de servicios de salud pública y atención primaria para la población afiliada al Seguro Popular. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Banco Interamericano de Desarrollo. 2017
100. Nugent R, Bertram M, Jan S, Niessen L, Sassi F, Jamison D, González Pier E, Beaglehole R. Investing in non-communicable disease prevention and management to advance the Sustainable Development Goals. *Lancet* 2018; 391: 2029-35.
101. Nigenda G, Alcalde-Rabanal J, González-Robledo LM, Serván-Mori E, García-Saiso S, Lozano R. E ciencia de los recursos humanos en salud: una aproximación a su análisis en México. *Salud Publica Mex* 2016;58:533-542. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8243>
102. Organización Panamericana de la Salud. Seminario Futuro y Tendencias en la formación de recursos humanos en Mexico para la cobertura universal en salud basada en la atención primaria. https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=ops-oms-mexico&alias=989-futuro-y-tendencias-en-formacion-de-recursos-humanos-en-salud-en-mexico-para-la-cobertura&Itemid=493
103. Secretaría de Salud de México. 2015. Modelo de Atención Integral a La Salud (MAI). Documento de Arranque. Ciudad de México: Secretaría de Salud de México. <https://>

- www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/83268/ModeloAtencionIntegral.pdf.
104. Treviño N. La Estrategia Familias Saludables. Gobierno de Tamaulipas. Comunicación Personal 2017.
105. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems—time for a revolution. Report of the Lancet Global Health Commission on High Quality Health Systems in the SDG Era. In press in *Lancet Glob Health* 4-06-2018.
106. Canadian Institute for Health Information. <http://indicator-library.cihi.ca/display/HSPIL/Indicator+Library?desktop=true>
107. Watkins D, Nugent R, Saxenian H, Yamey G, Danforth K, González-Pier E, Mock C, Jha P, Alwan A, Jamison D. Prioridades en políticas intersectoriales para la salud. Vol. 9 Capítulo 2. Jamison, D. T., R. Nugent, H. Gelband, S. Horton, P. Jha, R. Laxminarayan y C. N. Mock, editores. 2018. Prioridades para el control de enfermedades: Compendio de la 3 a edición. Washington, DC: Banco Mundial.
108. Sistema para la consulta de las Estadísticas Históricas de México DEHM [Internet]. Available: <http://dgcnesyp.inegi.org.mx/ehm/ehm.htm>
109. Lamadrid-Figueroa, H., Montoya, A., Fritz, J., Ortiz-Panoso, E., González-Hernández, D., Suárez-López, L., & Lozano, R. (2018). Hospitals by day, dispensaries by night: Hourly fluctuations of maternal mortality within Mexican health institutions, 2010–2014. *PLoS ONE*, 13(5), e0198275. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0198275>
110. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. Zeeb H, ed. *PLoS ONE*. 2016;11(2):e0148343. doi:10.1371/journal.pone.0148343
111. Fritz, J., Walker, D. M., Cohen, S., Angeles, G., & Lamadrid-Figueroa, H. (2017). Can a simulation-based training program impact the use of evidence based routine practices at birth? Results of a hospital-based cluster randomized trial in Mexico. *PLoS ONE*, 12(3), e0172623. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0172623>
112. Santiago, R. V., Monreal, L. A., Rojas Carmona, A., & Domínguez, M. S. (2018). "If we're here, it's only because we have no money..." discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 244. <http://doi.org/10.1186/s12884-018-1897-8>
113. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-031SSA2/1999, Para la atención a la salud del niño. Publicado el 21 de noviembre de 2014.
114. Rizzoli-Córdoba A, Schnaas-Arrieta L, Liendo-Vallejos S, Buenrostro-Márquez G, Romo-Pardo B, Carreón-García J, et al. Validación de un instrumento para la detección oportuna de problemas del desarrollo en menores de 5 años en México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2013; 70: 195-208.
115. Rizzoli Córdoba A, O'Shea Cuevas G, Aceves Villagrán D, Mares Serratos B, Martell Valdez L, Velez V. Capítulo 7.1: Evaluación del Desarrollo infantil en México /. En: *Los Invisibles. Las niñas y los niños de 0 a 6 años: Estado de la Educación en México* 2014. Mexicanos Primero Visión 2030 A.C., México. Primera edición: mayo 2014. ISBN: 978-607-964000-3-3
116. Lundberg M, Wermli A. Children and Youth in Crisis: Protecting and Promoting Human Development in times of economic shocks. The World Bank. Washington DC 2012.
117. United Nations. Convention on the Rights of the Child. New York: United Nations, 1989.
118. Blair M & Hall D. From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. *Arch Dis Child* 2006;91:730-735.
119. National Research Council and Institute of Medicine. Children's Health, the Nation's Wealth: Assessing and Improving Child Health. Committee on Evaluation of Children's Health. Board on Children, Youth, and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press. 2004
120. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.insp.mx
121. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. [Último acceso: junio 2018] Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf?ua=1>
122. United Nations Treaty Collection. 4. WHO Framework Convention on Tobacco Control. [Último acceso: junio 2018] Disponible en: https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&lang=en
123. Global Tobacco Economics Consortium. The health, poverty, and financial consequences of a cigarette price increase among 500 million male smokers in 13 middle income countries: compartmental model study. *BMJ* 2018;361:k1162 | doi: 10.1136/bmj.k1162 [Último acceso: abril 2018] Disponible en: <https://www.bmj.com/content/361/bmj.k1162>

Salud pública y atención primaria

Base del acceso efectivo
a la salud de los mexicanos



Se terminó de imprimir en agosto de 2018.

La edición consta de 150 ejemplares y estuvo al cuidado
de la Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública