

Programa Presupuestario E001 “Prevención y Control de Enfermedades” Diagnóstico 2019

1. Antecedentes.

La prevención y el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles representan una prioridad en salud pública, extensible a todos los sistemas sanitarios a nivel mundial y de manera especial a la atención primaria.

Por una parte, las enfermedades transmisibles en la actualidad son causa importante de morbilidad y mortalidad generada, lo que constituye un grave problema de salud, fundamentalmente en los países en desarrollo. La aparición de nuevas enfermedades o el comportamiento distinto de las existentes y ampliamente conocidas, demuestran claramente que todos los países son vulnerables a esta problemática.¹

Respecto a las enfermedades no transmisibles (ENT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que son la principal causa de defunción en todo el mundo, destacando entre ellas, diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular cerebral, las cuales contribuyen a la mortalidad a través de diferentes desenlaces. Los decesos son consecuencia de un proceso que puede modificarse mediante acciones específicas que contribuyan al control adecuado de la enfermedad, tales como evitar el sobrepeso y obesidad, mantener concentraciones de lípidos sanguíneos en rangos normales, tensión arterial, evitar el tabaquismo, sedentarismo, dieta inadecuada y el síndrome metabólico.

En junio de 2018, la OMS indicó que las ENT contribuyen a la defunción de 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo; además, 15 millones ocurren anualmente en personas entre 30 a 69 años de edad (85%), principalmente en países de ingresos bajos y medianos. Por su parte, las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por ENT con 17.9 millones cada año, seguidas de cáncer con 9 millones, las enfermedades respiratorias 3.9 y diabetes con 1.6 millones. Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de alrededor del 80% de las defunciones prematuras por ENT, no obstante, la mayoría de estas muertes son prevenibles.²

Es por lo anterior, que la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS advierte, que el mundo se encuentra en un momento decisivo de la historia de las ENT y tiene ante sí una oportunidad única de alterar su curso, ya que las ENT ponen en peligro el avance hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre los que se encuentra la reducción de las muertes prematuras por ENT en un 33% para el año 2030.²

Se requiere entonces reducir la carga mundial de ENT como una prioridad absoluta y una condición necesaria para un desarrollo sostenible, dadas las

pérdidas económicas debidas a ENT en los países de ingresos bajos y medios que se estiman en US\$ 7 billones. Este costo descomunal de la inacción sobrepasa con creces el costo anual de implementar un conjunto de intervenciones de fuerte impacto para reducir la carga de ENT (esto es, US\$ 11.200 millones por año).³

No obstante lo anterior, a nivel mundial aún se destina gran proporción de recursos a lo curativo, cuando actividades preventivas y de promoción de la salud podrían reducir hasta en un 70% la carga de morbilidad.⁴ Por ello, las metas propuestas por la OMS al 2025, se traducen en prevención y control de dichas enfermedades, reduciendo el uso nocivo del alcohol, la actividad física insuficiente, la ingesta de sal o sodio, el consumo de tabaco y la hipertensión, detener el aumento de diabetes y obesidad, mejorar la cobertura del tratamiento para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.³

En México las ENT provocan un número importante de defunciones a partir de los 20 años de edad, exacerbándose en los mayores de 65 años. La prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como de estilos de vida poco saludables, ocasionan que las principales causas de muerte entre la población adulta estén dominadas por la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón.⁵

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el periodo de 2000 a 2016 se observó un continuo desplazamiento de ENT sobre las transmisibles, como la causa principal o contribuyente de muerte. La diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebrovasculares e insuficiencia renal son ejemplo de estas enfermedades, sin embargo, es relevante mencionar que los accidentes y lesiones también obtuvieron relevancia, sobre todo en la población económicamente activa.⁶

Las ENT en la población derechohabiente permanecen como un factor de alto impacto en las finanzas del instituto, por lo que su atención es uno de los principales retos que enfrenta, tanto por la presión que se ejerce sobre el financiamiento de las pensiones, como por la que se genera por el aumento en el gasto en servicios médicos.

Además de lo mencionado respecto a ENT y la importancia que éstas cobran, existen otras condiciones que resultan también preocupantes a nivel mundial, nacional e institucional, como es el embarazo en la adolescencia, por los problemas que pueden ocasionar en el binomio y en el entorno, ya que es preocupante que 11% de los embarazos a nivel mundial se produzcan en adolescentes, **con tasa de 49 por 1 000**; además de que se producen 3 millones de abortos peligrosos y aunado a otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio, reflejan una razón de muerte materna que incrementó de **32.0 a 37.3** defunciones por 100 000 nacidos vivos, siendo considerado un problema de salud pública por las repercusiones en la salud, sociales y económicas para las afectadas, sus familias y sus comunidades.⁷

Por todo lo anterior, la presente administración ha puesto particular énfasis en fortalecer una propuesta institucional que modifique esta situación, y que oriente una mejor trayectoria de viabilidad financiera, así como mejoras en el modelo de atención a la salud.

Dicha propuesta es el aumentar y mejorar las acciones preventivas y de planificación familiar hacia la población derechohabiente. La mayoría de las acciones preventivas están integradas en el programa PREVENIMSS, que tiene alto impacto en la preservación de la salud de los derechohabientes, mismo que se orienta a la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y el control de enfermedades; así como mejorar la salud sexual y reproductiva de los derechohabientes. Estas acciones se otorgan de acuerdo a las características y necesidades de los derechohabientes.

Asimismo, el Programa de Planificación Familiar se apoya en dos procesos fundamentales: el de comunicación educativa, cuya base es el consentimiento informado y la prestación de servicios en ámbitos intramuros y extramuros, a través de diferentes estrategias para la incorporación de aceptantes de métodos anticonceptivos, priorizando la elección de los mismos, de acuerdo a necesidades, expectativas reproductivas, así como a la identificación y calificación oportuna de los factores de riesgo reproductivo, propiciando la continuidad en el uso.

Los resultados obtenidos a través de los años han favorecido los niveles de salud de la población derechohabiente, previniendo embarazos en edades extremas, logrando ampliar el espacio intergenésico y disminuyendo los embarazos en mujeres con riesgo reproductivo; repercutiendo en el comportamiento de las tasas de morbilidad, mortalidad materna y perinatal de la población derechohabiente del Instituto, lo que se traduce en un costo-beneficio derivado de estas acciones, impactando en la reducción de las tasas de partos y abortos.

2. Identificación y descripción del problema.

2.1. Definición del problema.

En las últimas décadas a nivel mundial y nacional, el panorama epidemiológico se ha modificado conformándose por una amplia combinación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, con el desplazamiento de la mortalidad hacia ENT (diabetes mellitus, enfermedades del corazón y tumores malignos). El IMSS, también ha experimentado la transición epidemiológica, cambios en la prevalencia y causas de muerte en la población derechohabiente, con una reducción drástica en la mortalidad por afecciones perinatales y enfermedades transmisibles, y un incremento de defunciones por ENT, por lo que en la población derechohabiente persiste la presencia de enfermedades prevenibles, así como embarazos de alto riesgo, haciendo énfasis en la población adolescente.

Lo anterior, como resultado de la transición epidemiológica que aunado a la transición demográfica y al desarrollo social y tecnológico, ha hecho que el IMSS

enfrente importantes desafíos, por un lado la doble carga de enfermedades y el envejecimiento de la población derechohabiente; y por otro, la adopción de estilos de vida poco saludables, con factores de riesgo para la salud como: escasa actividad física, nutrición inadecuada, prácticas sexuales de riesgo, tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones, lo que ocasiona incremento de la incidencia, prevalencia y mortalidad de las ENT, de las enfermedades del embarazo, parto y puerperio, persistencia y reemergencia de padecimientos transmisibles y además el embarazo en adolescentes.

2.2. Evolución del problema.

Son diversos los factores por los que las ENT representan uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud, entre ellos se encuentra el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento.

La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en México en adultos, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT MC) 2016 fue de 72.5% (que representan a 49.7 millones de personas). La prevalencia de obesidad en este grupo fue de 39.2% y la de sobrepeso de 33.3%. La obesidad fue más alta en el sexo femenino (38.6%) que en el masculino (27.7%), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 41.7% y el femenino de 37.0%. Por otro lado, la prevalencia de obesidad abdominal fue de 76.6%, siendo de igual forma mayor en mujeres (87.7%) que en hombres (65.4%).⁸

Es evidente que México atraviesa por una transición caracterizada por el aumento inesperado de sobrepeso y obesidad, que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones del país. Los aumentos en las prevalencias de obesidad en el país se encuentran entre los más rápidos, documentados en el plano mundial. De 1988 a 2016, el sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años de edad se incrementó de 25.1 a 34.8% y la obesidad de 9.5 a 37.4%.⁸

Durante las últimas décadas el número de personas que padecen diabetes se ha incrementado y, actualmente, figura entre las primeras causas de muerte en México. De acuerdo con la ENSANUT MC 2016, la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.4%, lo que mostró una tendencia importante hacia el incremento, en comparación con la proporción reportada en la ENSANUT 2000 (5.8%), ENSANUT 2006 (7%) y ENSANUT 2012 (9.2%). En la ENSANUT MC 2016, tanto en hombres como en mujeres se observó un incremento importante en la proporción de adultos que refirieron haber sido diagnosticados con diabetes en el grupo de 50 a 59 años de edad, similar en mujeres (17.2%) y en hombres (17.7%). Para los grupos de 60 a 69 años se observó una prevalencia mayor en mujeres que en hombres (32.7 y 27.7%, respectivamente) que se acentuó en el grupo de 70 a 79 años (29.8 y 19.3%,

respectivamente), lo que refleja que, a mayor edad, mayor es el desarrollo de diabetes en las mujeres.⁸

Caracterizado por región, se observó que la prevalencia es mayor en la zona sur del país (10.2%), seguida de la zona norte (9.6%) y por último, la zona centro (8.0%), esto debido a los hábitos que tiene cada población, ya que pese a que existe mayor sobrepeso y obesidad en la zona norte, en la zona sur existe una mayor proporción de personas con inactividad física y malos hábitos de alimentación.⁸

La ENSANUT MC 2016 señala que, si bien ha habido un progreso importante en la atención de diabetes, con un incremento en el porcentaje de pacientes con control adecuado de 5.3% en 2006 a 24.5% en 2016, aún tres de cada cuatro diabéticos requieren mayor control del padecimiento que permita reducir las complicaciones que se les presentan. De igual forma, aún hay un número importante de pacientes diabéticos que no están bajo control y no reciben el seguimiento adecuado, ya que el 46.4% de los diabéticos no realiza medidas preventivas para evitar o retrasar las complicaciones de la enfermedad.⁸

Otro de los padecimientos importantes a resaltar como ENT, es la hipertensión arterial. En la ENSANUT 2012 la prevalencia de esta enfermedad era de 27.2%⁹, la cual descendió a 25.5% según lo reportado en la ENSANUT MC 2016, de los cuales en los hombres la prevalencia fue de 12.1% y en las mujeres de 18.4%. Es importante considerar que al menos 40% desconocía que padecía la enfermedad, ya que comúnmente la enfermedad es detectada en etapas más avanzadas. Sin embargo, aunque la prevalencia es mucho mayor comparado con otras enfermedades, como diabetes, 58.7% tienen cifras de tensión arterial controladas.⁸

Una de las problemáticas con hipertensión arterial radica en los grupos de edad, ya que en el grupo de 20 a 29 años, la prevalencia es de 5.4%, pero asciende a casi el doble en el grupo de 40 a 49 años con 10.6%, concentrando su máxima prevalencia en el grupo 70 a 79 años con 23.9%, seguida del grupo de 80 años o más con 22.1%. Lo anterior demuestra la necesidad de emplear estrategias de prevención primaria desde la etapa de adolescencia, sobre todo en la etapa tardía (15 a 19 años), ya que al ser la etapa previa a la edad adulta, se puede incidir con el fin de disminuir la cantidad de adultos jóvenes que padecen hipertensión arterial, además de mantener las estrategias existentes en el grupo de adultos mayores para evitar el riesgo de complicaciones a corto plazo.⁸

Respecto a la región, la prevalencia de hipertensión arterial es mayor en la zona centro con 16.8%, comparado con 15.6% de la zona norte, 15.3% de la zona sur y 12.5% en la Ciudad de México, debido a los hábitos de alimentación con alto contenido de sal y grasas saturadas, además de la inactividad física.⁸

En el IMSS de igual forma las tendencias van en incremento con respecto a las ENT, se ha reportado una tasa de incidencia de hipertensión arterial de 353.97

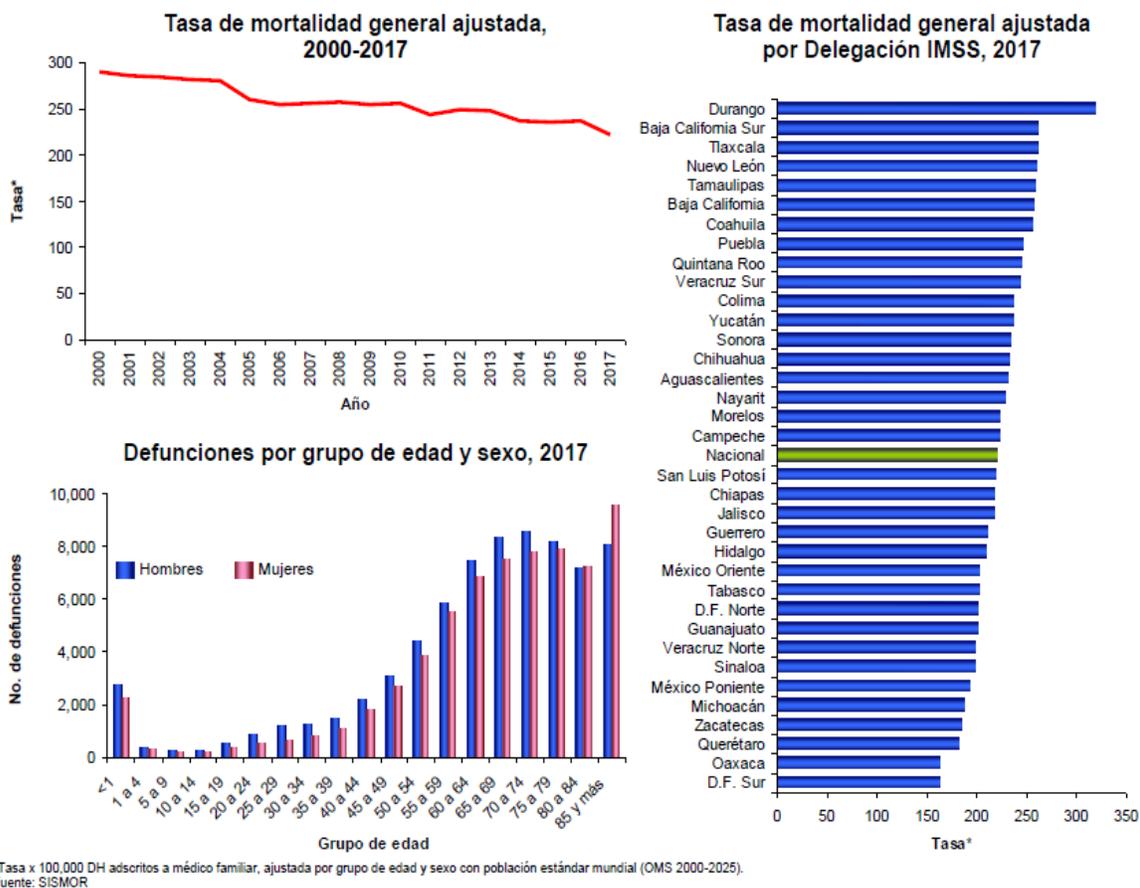
casos nuevos por 100 000 derechohabientes (DH) adscritos a médico familiar y tasa de mortalidad de 12.3 defunciones por 100 000 DH. Para diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tasa de incidencia de 269.23 casos nuevos por 100 000 DH y tasa de mortalidad de 48.0 por 100 000 DH. Sin embargo, existen otros grupos de enfermedades que también deben ser consideradas por las cifras reportadas de mortalidad, tales como infarto agudo al miocardio 20.9 defunciones por 100 000 DH, tumores malignos con 38.8 defunciones por 100 000 DH, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con 10.6 defunciones por 100 000 DH, insuficiencia renal con 8.3 defunciones por 100 000 DH, entre algunas otras.¹⁰

Un análisis de la transición epidemiológica en México encontró que, según el Informe sobre la salud de los mexicanos 2015, a pesar del importante crecimiento de la esperanza de vida al nacimiento (EVN) debido, en gran parte, a la reducción en la mortalidad infantil y al control de enfermedades transmisibles, México aún se encuentra entre los últimos lugares entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), para este indicador y su crecimiento ha sido más lento que en el resto. La EVN en México en 2013 fue de 74.5 años, en tanto que en países como Costa Rica, Canadá y Japón, la cifra supera los 80 años. Por otra parte, las ENT como la DM2, las enfermedades cardíacas, las enfermedades cerebrovasculares, la cirrosis y el cáncer dominan el panorama de la mortalidad, particularmente entre los adultos mayores de 40 años.¹¹

Respecto a esto, en el año 2015 en el IMSS se presentó una tasa de mortalidad por todas las causas de 5.24 por 1 000 DH, lo que corresponde a 279 652 defunciones; de las cuales las ENT causaron 84.3% del total de las defunciones con tasa de mortalidad de 4.42 por 1 000 DH (235,674 defunciones). En cuanto a los años de vida saludable perdidos (AVISA), en la carga de la enfermedad estimada en el IMSS en 2015, se obtuvo una tasa de 208.4 por 1,000 DH por todas las causas (11 102 974 AVISA), atribuyéndose a las ENT el 81.4% del total con tasa de 169.6 por 1,000 DH (9 038 332 AVISA), y los estados con mayor afectación fueron Ciudad de México, Yucatán, Morelos, Sonora y San Luis Potosí, mientras que las menos afectadas fueron Tabasco, Querétaro y Chiapas.¹² Comparado con años previos se ha presentado un incremento gradual en los AVISA, ya que en el año 2013 se atribuyó un 51.7% a las ENT.¹³

Las principales causas de muerte fueron DM2, enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades del hígado, que concentran el 76.4% de la carga de la enfermedad en el año 2015. Enfocándose en el porcentaje de mortalidad atribuible a DM2 e HTA, se encuentra que esta cifra fue mayor a 20.6% del total de las ENT en México durante el mismo año, las cuales tienen una importante asociación con la obesidad descrita previamente.¹⁰ (Gráfico No. 1).

Gráfico No. 1. Mortalidad general, IMSS. 2000 - 2017



En cuanto a la problemática del embarazo adolescente, se sabe que desde 1990 se ha registrado un descenso considerable de la tasa de natalidad entre adolescentes, sin embargo, aún 11% de todos los nacimientos a nivel mundial se siguen produciendo en la actualidad, lo que corresponde a 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de menores de 15 años que dan a luz cada año, correspondientes en su mayoría a países de ingresos bajos y medianos, de forma que la tasa media de natalidad mundial de 15 a 19 años es de 49 por 1 000 adolescentes, mientras que la tasa nacional oscila en 1 a 299 nacimientos por 1 000, siendo la más alta en África Subsahariana.⁷

América Latina y el Caribe continúan siendo las subregiones con la segunda tasa más alta en el mundo de embarazos adolescentes, con 66.5 nacimientos por cada 1 000 niñas de 15 a 19 años.¹⁴ Cada año hay 1.2 millones de embarazos no planificados en adolescentes, el 18% de los nacimientos son de madres de 15 a 19 años; además, 2.5 millones de abortos inseguros se realizan anualmente en adolescentes de 15 a 19 años en los países en desarrollo y 15% de estos se practican en América Latina y el Caribe.¹⁵

Nicaragua, República Dominicana y Guatemala registraron las mayores tasas de fecundidad adolescente en 2010, con más de 100 nacimientos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años, mientras que Perú, Haití y Trinidad y Tobago tuvieron las más bajas, con menos de 50 nacimientos por cada 1 000 mujeres. Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, México se encuentra en una posición intermedia en relación a estos países, con 69.5 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años.¹⁶

Actualmente, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que en México una de cada cinco personas tiene entre 10 y 19 años (22.4 millones), de las cuales prácticamente la mitad (11.3 millones) tienen de 10 a 14 años y 11.1 millones tienen 15 a 19 años de edad. El peso relativo de este grupo casi se ha duplicado desde 1970, año en el que la población de 10 a 19 años era sólo 11.4% del total nacional.¹⁶ Además, el Sistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) entre 2008 y 2011 reportó 8 263 020 nacimientos certificados, y de éstos, 0.7% ocurrieron en adolescentes de 10-14 años y 18.9% entre 15 y 19 años.¹⁶

En 2013, en Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero y Nayarit más del 19% de los nacimientos fueron de adolescentes, comparados con menos del 16% en la Ciudad de México, Nuevo León y Querétaro. En términos de fecundidad, la ENADID 2009 señala que el promedio nacional de nacimientos de las mujeres de 15 a 19 años fue de 69.5 nacimientos por cada 1 000 mujeres. Zacatecas, Querétaro, San Luis Potosí, Veracruz, Puebla, Colima, Morelos, Oaxaca, Nuevo León y el Distrito Federal tuvieron tasas menores de 65 por cada 1 000; mientras que Quintana Roo, Nayarit, Chiapas, Durango, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua y Jalisco tuvieron tasas mayores a 75 por cada 1 000.¹⁶

Como consecuencia de lo anterior, el embarazo afecta profundamente la trayectoria de salud de las adolescentes, obstaculiza su desarrollo psicosocial y se asocia con resultados deficientes en materia de salud y mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna.¹⁷ Las complicaciones provocadas por el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo, derivado en parte de que cada año 3 millones se someten a abortos peligrosos. Además, los hijos de madres adolescentes tienen un riesgo 50% mayor de fallecer en las primeras semanas de vida, comparado con los hijos de mujeres de 20 a 24 años.⁷

Entre las adolescentes de 15 a 19 años, la razón de muerte materna se incrementó de 32.0 a 37.3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos, cifra superior a la registrada entre las mujeres de 20 a 24 años. Estudios estiman tasas de aborto de alrededor de 44 por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años a nivel nacional y de 51 por cada 1 000 en los estados fronterizos del norte. La tasa anual de hospitalizaciones por aborto en adolescentes de 15 a 19 años se ha incrementado en el país de 6.1 por cada 1 000 en el año 2000 a 9.5 en el 2010.¹⁶

Por todo lo anterior, se le considera un problema de salud pública, ya que además de afectar negativamente la salud de las jóvenes mujeres y la de sus hijos/hijas,

puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las afectadas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se embarazan se ven obligadas a dejar la escuela y una adolescente con nula o escasa educación tiene menos aptitudes y oportunidades para laborar, lo que puede también tener un costo económico para el país, dado que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven y sin embarazo a temprana edad ganaría a lo largo de su vida.⁷

En nuestro país viven 22.4 millones de adolescentes que tienen entre 10 y 19 años de edad, y de acuerdo con cifras del 2010, 17.7% de las mujeres menores de 18 años y 30.7% de las menores de 15 años que se embarazaron, dejaron de ir a la escuela después del embarazo. De la misma manera, dejar de ir a la escuela aumenta el riesgo de un embarazo: más del 90% de las mujeres de 12 a 19 años de edad que han tenido un hijo o hija no asisten a la escuela, comparado con 24% en el grupo de edad que no los ha tenido; y 57% de las mujeres mexicanas nacidas entre 1964 y 1984 que no terminaron la primaria tuvieron su primer embarazo antes de cumplir 20 años, comparado con 12% de aquellas de las que alcanzaron al menos el bachillerato.⁷

Lo anterior es relevante, ya que en muchos países no hay una educación sexual orientada hacia los adolescentes, no solicitan la consejería o no se cuenta con la economía para su adquisición, y esos son puntos claves para la prevención de esta problemática.⁷

Es importante mencionar que desde 1943, el IMSS, constituye la institución más grande de Latinoamérica en su género, al otorgar atención a la salud y protección social a mínimo dos terceras partes de la población. Su misión es ser un instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y trabajadoras y sus familias.¹⁸

Para su logro establece una triple meta: a) proteger la salud de sus derechohabientes centrándose en la prevención y el bienestar; b) mejorar la experiencia del paciente bajo un enfoque de seguridad, eficiencia y efectividad, y c) reducir los costos de atención per cápita mediante la optimización de recursos; para ello cuenta con programas de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades, atención médica integral, y rehabilitación en los tres niveles de atención.¹⁹

En 2017, según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) había 122 518 270 habitantes en el país, de los cuales 52.8% correspondían a la población derechohabiente potencial y 32.3% se encontraban adscritos a medicina familiar. La población total del país mostró un incremento de 1.5% entre 2006 y 2017, mientras que las poblaciones derechohabiente potencial y adscrita a medicina familiar mostraron una variación anual de 3.22% y 2.67% respectivamente.⁶

El total de derechohabientes al Instituto fue de 65 217 126 personas, las cuales corresponden a la población potencial de este Programa presupuestario. Según la Dirección de Incorporación y Recaudación, a junio del año 2017, la población adscrita a las unidades médicas en el primer nivel de atención ascendió a 55 148 250 personas, de las cuales 47 476 104 están adscritas a un Médico Familiar, siendo ésta la población objetivo del Programa.⁶

Pasando al rubro de análisis de resultados que se tienen en cuestión de promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades, existe un incremento constante en la cobertura preventiva anual. En 2018, se realizaron 28.8 millones de chequeos en los 3 651 módulos de atención preventiva, o bien a través de las estrategias de extensión en las empresas y escuelas. Se visitaron más de 7 mil centros laborales, con lo que se orientó y realizó el chequeo correspondiente de más de 1 millón de trabajadores.¹⁹

Aunque el número de chequeos se incrementó en más de 7 millones en los últimos diez años, el principal reto es lograr que las personas de mayor riesgo acudan a realizarse este chequeo anual y lograr una cobertura y tamizaje más efectivo de los derechohabientes cuyos antecedentes familiares y estilos de vida los hacen más susceptibles de desarrollar ENT.¹⁹

Con respecto a vacunación, en el Instituto se aplicaron 31.7 millones de dosis de vacunas en 2018.

Las intervenciones realizadas en el Programa de Vacunación han permitido modificar el panorama epidemiológico de algunas enfermedades infecciosas, entre ellas se ha logrado mantener la erradicación de la poliomielitis, la eliminación de la difteria y sarampión, así como el control de rubéola adquirida y síndrome de rubéola congénita, tos ferina, tétanos neonatal y no neonatal y las infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b.²⁰

La cobertura alcanzada en el esquema básico de vacunación de los niños de un año de edad, desde el año 2007 supera el indicador del 90% establecido por el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA).²¹

En detección de cáncer cérvico uterino mediante citología cervical, en el año 2018 se alcanzó una cobertura de 22.8%, beneficiando a 2 720 629 de mujeres con un logro del 76% de la meta programada. La identificación temprana de lesiones pre malignas de cáncer cérvico uterino así como el diagnóstico y tratamiento oportunos han contribuido a la disminución de la mortalidad por esta causa en un 58.5%, al pasar de una tasa de 13.0 por 100 000 mujeres derechohabientes mayores de 24 años en el año 2000 a una de 5.4 en 2018.¹⁹

Respecto al Programa de Planificación Familiar, se realizaron 943 355 entrevistas dirigidas a no usuarias no embarazadas, 562 610 a puérperas, 438 763 a varones, 191 285 a adolescentes y 620 662 a usuarias de método anticonceptivo. Y en lo que corresponde a sesiones grupales, se realizaron 50 420 a no embarazadas o

no usuarias, 26 617 a puérperas, 27 597 a varones, y 25 267 a adolescentes, con temas de salud sexual y reproductiva y planificación familiar; lo que favoreció la aceptación y continuidad en el uso de un método anticonceptivo, en forma libre, voluntaria e informada.²⁰

Con la finalidad de prevenir embarazos entre la población adolescente y joven, en el primer nivel de atención médica del IMSS, se entregaron métodos anticonceptivos, observándose una mayor aceptación por los de alta continuidad como es el implante subdérmico (30.8%) y las anticonceptivos orales (33.13%), lo que mejora sus expectativas de vida en general. Con relación a la cobertura en posparto, transcesárea y postaborto para todos los grupos de edad, se obtuvo una cobertura de 77.1% en el periodo mencionado.²⁰

2.3. Experiencias de atención.

Mundial.

Los países han establecido estrategias para abordar y vigilar eficazmente las ENT y continuar con la vigilancia de las transmisibles, ya que la falta de acción tiene efectos negativos en los sectores socioeconómicos y de la salud; para ello se requiere de una acción política inmediata y buscar nuevas estrategias para hacer frente a esta situación, como el “Programa de Autocontrol de Enfermedades Crónicas” de la Universidad Stanford (USA), enfocado a fortalecer la autoeficacia y confianza de los pacientes con alguna enfermedad crónica, que ha demostrado mejoras significativas en salud y reducción de costos de atención ambulatoria u hospitalaria y menos días de estancia en los pacientes que participan en el programa comparados con los que no lo hacen, con una relación costo-ahorro de aproximadamente 1:4. Este mismo modelo se aplicó en Shanghái con éxito, además, se demostró que el programa puede ser adaptado a un modelo local de salud.²²

En cuanto a enfermedades transmisibles, eliminar para 2030 la epidemia de tuberculosis es una de las metas relacionadas con la salud de acuerdo con los ODS adoptados en 2015 englobado en el objetivo no. 3.²³ La estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS, adoptada en mayo de 2014, ofrece a los países un modelo para poner fin a la epidemia de tuberculosis, reduciendo la mortalidad y la incidencia de esta enfermedad y eliminando los costos catastróficos conexos, considerando que para el 2035 se reduzca en un 95% el número de decesos y el 90% de la tasa de incidencia (<10/100 000 habitantes) con respecto a 2015.²⁴

En el tema de la prevención de embarazo no intencionado, también hay experiencias exitosas, una revisión publicada en Cochrane: Interventions for preventing unintended pregnancy among teenagers, muestra que el riesgo de embarazo no intencionado fue menor en mujeres que recibieron intervenciones de acceso a educación y anticoncepción.²⁵

En cuanto a embarazo adolescente, en 2011 la OMS publicó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) las directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción. Las directrices contienen recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, con seis objetivos principales:⁷

1. Reducir el número de matrimonios antes de los 18 años.
2. Fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años.
3. Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario.
4. Reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes.
5. Reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes.
6. Incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes.

Chile.

En relación con las ENT preocupa la alta prevalencia de ciertos factores y comportamientos de riesgo de la población, como el hábito de fumar, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y la mala alimentación por exceso. En respuesta a ello, y en consonancia con el Plan de Acción Global de la OMS, se han adoptado varias estrategias que incluyen campañas educativas para la población, así como normativas y políticas fiscales que regulan la publicidad de alimentos y bebidas y el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias.²⁶

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 hace énfasis en los factores de riesgo, proponiendo “desarrollar hábitos y estilos de vida saludables que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población”. En consonancia con ello, en el 2013 se promulgó la Ley N° 20.670 que creó el programa “Elige vivir sano”, con el objetivo de disminuir los factores y conductas de riesgo asociados a ENT, mediante la implementación de prácticas de vida saludable en toda la población, cuyos pilares eran come sano, mueve tu cuerpo, vive al aire libre y disfruta a tu familia. Sus líneas de acción fueron la construcción de una política pública, la alianza pública privada, el marketing social con énfasis en la concientización de la población. La gestión contempló los ejes transversales de participación ciudadana y descentralización. Para 2012 se aplicó a más de 2 millones de personas y esta estrategia contribuyó a concientizar al 83% de la población sobre temas de salud; se redujo el sedentarismo al lograr que 500 mil chilenos practicaran actividad física tres o más veces por semana, por un mínimo de 30 minutos por sesión.²⁷

En el año 2018, para dicho programa se planteó una reformulación con el fin de continuar con la disminución de factores de riesgo como sobrepeso, obesidad y sedentarismo en relación con la condición física en personas de 6 meses a 64 años, además de mujeres embarazadas y en periodo post parto.²⁸

La reformulación se encuentra en línea con las nuevas medidas de gobierno que se impulsan en el eje estratégico: "Bienestar y cultura de vida sana" y en el compromiso: "Revitalizar el programa Elige Vivir Sano para promover una cultura de vida sana a través de más ejercicio y mejor alimentación", por lo que la nueva estrategia planteada propone dos componentes: alimentación saludable y actividad física y tiempo libre.²⁸

El programa actualmente tiene una estrategia de intervención de ciclos de 12 meses, sin embargo, de la población ingresada, 55% logra mantenerse en el programa por 6 meses y solamente 30% por 12 meses. Ante esta situación, el programa realizó mejoras estableciendo que cuando un usuario ingresa al programa permanecerá 6 meses de intervención con posibilidad de renovar el ciclo por un nuevo periodo. A partir del año 2018, los beneficios mínimos son: consulta con médico al ingreso, exámenes de laboratorio al ingreso y a los 6 meses, 3 consultas con nutricionista, 3 evaluaciones de condición física, 5 talleres de círculos vida sana y 96 sesiones de actividad física.²⁸

Otra modificación a destacar, es que el programa se centra en la primera infancia, embarazadas, periodo post parto y niños desde los 6 meses, además de niños/as menores de 15 años con diagnóstico de DM2 y HTA.²⁸

Por otro lado, aunque la tasa de mortalidad materna disminuyó significativamente entre 1990 y 2014, de 39.9 por 100,000 nacidos vivos a 22.2, la meta de 2015 de 9.9 no se alcanzó. Anualmente, el número absoluto de muertes maternas en el país oscila entre 40 y 50. En 2012-2014, los nacimientos entre mujeres adolescentes de 15 a 19 años representaron el 14.1% del total de nacidos vivos; la cifra correspondiente a las adolescentes de 10 a 14 años fue del 0.36%. La tasa de natalidad de los adolescentes se ha mantenido relativamente estable, aunque la proporción de nacidos vivos en ese grupo de edad ha aumentado, debido al hecho de que la tasa en otros grupos ha disminuido. En la Encuesta Nacional de Jóvenes de 2012, el 71% de la población juvenil reportó ser sexualmente activa; el 88% de los encuestados declararon que habían usado algún tipo de protección en su contacto sexual más reciente (16% más que en 2006), siendo los condones el método más común informado (49%), seguido de las píldoras anticonceptivas (38%); y el 21% de los jóvenes sexualmente activos (de ambos sexos) habían sido afectados por un embarazo no planificado. Por lo anterior, el Ministerio de Salud ha adoptado una serie de medidas para mejorar el acceso a la atención médica para mujeres embarazadas y niños menores de 18 años. También se ha alcanzado el objetivo del uso de condones entre los jóvenes que comienzan la actividad sexual.²⁸

España.

Es relevante mencionar que este país ha alcanzado una de las esperanzas de vida más altas del mundo (82.4 años), sin embargo, la combinación de esperanza de vida con buena salud es de 61.5 años para los hombres y 59.4 para las mujeres (media de 60.4). Ante esto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e

Igualdad planteó el objetivo de incrementar los años de vida con buena salud y libre de discapacidad, por lo que a partir del 2014 y hasta el 2020, se encuentra en desarrollo la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”, la cual incluye como tema fundamental el conocimiento de los determinantes sociales de la salud. Para su desarrollo se ha empleado metodología participativa con la implicación de sectores profesionales relacionados con la salud, así como de las administraciones sanitarias central y autonómica. Se han identificado las buenas prácticas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, implantadas en las comunidades autónomas de la Red Española de Ciudades Saludables.²³

Esta estrategia reconoce que ENT como diabetes, cáncer, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades cerebrovasculares como el ictus, son actualmente las principales causas de mortalidad, morbilidad y pérdida de calidad de vida, además de que éstas enfermedades crónicas tienen una relación importante con algunos factores que las pueden producir y agravar, como son el consumo de tabaco, la inactividad física, la mala alimentación, el consumo nocivo de alcohol o el bienestar emocional. Estos factores pueden formar parte del estilo de vida de las personas y están determinados no solamente por lo que una persona hace, sino también por el entorno en el que vive. Por ello, la estrategia propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a prevenir las enfermedades, lesiones y la discapacidad, actuando sobre estos factores a lo largo del curso de vida de las personas y teniendo en cuenta el entorno en el que la gente vive. Estas actividades de promoción y prevención se programaron para atender al 20% de la población en las consultas de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud.²³

Brasil.

Una de las principales prioridades de este país en los últimos 20 años ha sido ampliar la cobertura de Atención Primaria a la Salud (APS), enfatizando en la estrategia de “Salud de la Familia”. En las últimas décadas, por una parte se han reducido las tasas de mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades infecciosas y mortalidad materno infantil, aunque continúan siendo afectadas de forma importante las poblaciones más vulnerables. Por otro lado, las ENT han aumentado por factores relacionados con la transición demográfica y epidemiológica, afectando en mayor medida a la población más pobre y a los grupos más vulnerables. Se han verificado tendencias importantes de disminución de algunos factores de riesgo de ENT, como el consumo de tabaco.²⁹

La “Política Nacional de Alimentación y Nutrición” (PNAN) de 1999 integró un conjunto de políticas públicas relativas a la salud y la alimentación, como la práctica de una alimentación adecuada y saludable, la vigilancia alimentaria y nutricional, la prevención y los cuidados integrales de las enfermedades que se relacionan con la alimentación y la nutrición.²⁹

En cuanto a embarazo adolescente, entre 2000 y 2014, la tasa de mortalidad materna (TMM) disminuyó de 73.3 a 58.2 muertes por 100 000 nacidos vivos, debido a una marcada reducción en las muertes por causas obstétricas directas como abortos espontáneos, hemorragia, hipertensión gestacional e infección puerperal. Desde 2010, ha habido un aumento en las muertes maternas tardías, lo que probablemente refleja un mejor registro de las muertes, con una vigilancia reforzada de la mortalidad materna y una mejor atención médica. El gobierno federal decidió en 2015 introducir una estrategia de “cero muertes maternas debido a hemorragia”, incorporando nuevas tecnologías para prevenir y tratar la hemorragia posparto. La política se inició con pilotos en ocho estados prioritarios. Entre 2000 y 2014, el número anual de nacimientos se redujo de 3 210 000 a 2 980 000, mientras que el porcentaje de nacidos vivos en los que las madres tuvieron siete o más controles prenatales aumentó de 43.7% a 64.6%, y los nacimientos en entornos institucionales aumentaron (de 96.6% a 98.4%).²⁹

Cuba.

En el período 2010-2015, la prevalencia de diabetes mellitus pasó de 40.4 por 1 000 habitantes a 56.7, con tasas de 67.0 en las mujeres y 46.3 por 1 000 habitantes en los hombres, con el riesgo más alto en los mayores de 60 años, en las mujeres y en las zonas urbanas. Con el fin de atender las necesidades en salud, se crearon el Programa Nacional de Atención a la Gestante con Diabetes, cuya pesquisa activa permite prevenir la mortalidad perinatal y las malformaciones congénitas, y el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, que está a cargo del equipo de salud del consultorio, en conjunto con los especialistas del grupo básico de trabajo y del policlínico, basa su atención en el enfoque familiar. Este enfoque comienza con la historia de la salud familiar, momento en el que se analiza y caracteriza a sus integrantes, su estructura, condiciones de vida, funcionamiento, riesgos y problemas, con el fin de establecer el diagnóstico y elaborar un plan de acción integral, interdisciplinario e intersectorial para su atención con la participación social y familiar.³⁰

La tasa de mortalidad materna total se redujo de 43.1 por 100 000 nacidos vivos en 2010 a 41.6 en 2015. La principal causa directa de mortalidad materna en 2010 fueron las complicaciones relacionadas con el puerperio, a una tasa de 8.6 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en 2015 se debió a otras complicaciones con una tasa de 8.0. Uno de los principales desafíos de salud es continuar aplicando un enfoque intersectorial a los problemas que obstaculizan mayores reducciones en la mortalidad materna. En 2015, el Ministerio de Salud Pública concluyó un estudio nacional sobre la mortalidad en mujeres en edad fértil para evaluar la calidad de los informes de muerte materna (método RAMOS). Este estudio estandarizó las cifras del país con las del Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas.³⁰

En este país, en 2015 la tasa de fecundidad total pasó de 43.0 a 45.1 nacidos vivos por cada 1 000 mujeres en edad fértil y específicamente en el grupo de edad

de 15 a 19 años, la tasa bajó de 52.9 en 2010 a 52.5 en 2015, comparado con otros grupos en los que la disminución fue menor o incluso incrementó.³⁰

Lo anteriormente mencionado se reguló mediante el uso de la anticoncepción con un logro de 77.1% de cobertura total, y la interrupción de embarazos no deseados, ya que los derechos sexuales y reproductivos, incluidos el derecho al aborto y las elecciones libres y responsables sobre la fertilidad, están garantizados y forman parte de los servicios de salud. La esterilización femenina como método anticonceptivo aumentó en el período 2010-2015 de 19.1% a 22.1%. En el mismo período, la tasa de mortalidad materna total disminuyó a 41.6 por 100 000 nacidos vivos en 2015, al igual que la tasa directa, que cayó a 24.8 por 100 000 nacidos vivos. La tasa indirecta aumentó de 13.5 en 2010 a 16.8 por 100 000 nacidos vivos en 2015. Una de las fortalezas del Sistema Nacional de Salud es la atención brindada en las 136 casas de maternidad dispersas en todo el país, consideradas como centros de referencia comunitarios para la atención de embarazadas para ayudar a prevenir la morbilidad y la mortalidad materna e infantil, ya que la atención a adolescentes es una prioridad en los programas de salud del país.³⁰

Uruguay.

Las ENT son responsables del 60% de todas las muertes y del 62% de las muertes entre las personas de 30 a 69 años de edad. En 2015, la prevalencia de factores de riesgo en la población urbana adulta (de 25 a 64 años) fue del 64.9% para el sobrepeso o la obesidad, el 36.6% para la hipertensión y el 21.5% para el colesterol alto. Entre las 15 patologías de rango más alto responsables de años de vida perdidos en 2015, 10 eran ENT, y entre las 15 patologías de rango más alto responsables de años vividos con discapacidad, 5 estaban en este mismo grupo.³¹

La tasa de mortalidad materna es una de las más bajas de la Región. De 38 por 100 000 nacidos vivos en 1991 a 18.6 por 100 000 para 2014, lo que muestra una reducción del 51%, lo cual es reflejo de la aplicación de algunas medidas, como el uso de anticonceptivos, que en 2011-2014 fue de 77%. Sin embargo, pese a lo anterior, el embarazo en la adolescencia es un problema social y de salud importante para el país, ya que el porcentaje de adolescentes embarazadas se mantuvo estable (cerca del 16%) de 1996 a 2014, situándose en el 16.4% en el último año (7 951 nacimientos de madres de 10 a 19 años de edad).³¹

Por lo anterior, el Ministerio de Salud ha establecido Objetivos Nacionales de Salud para el año 2020. El primer objetivo apunta a mejorar el estado de salud de la población promoviendo estilos de vida y ambientes saludables, y disminuyendo los factores de riesgo. El segundo apunta a reducir la carga de morbilidad y mortalidad prematura y evitable al reducir la mortalidad temprana por cáncer y enfermedad cardiovascular, la prevalencia de hipertensión, las complicaciones crónicas por diabetes y la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y VIH/SIDA. También tiene como objetivo reducir la mortalidad y morbilidad neonatal infantil afectando los determinantes de la prematuridad, así como reduciendo la incidencia de suicidio y la morbilidad y mortalidad asociadas con la

violencia de género. El tercer objetivo apunta a mejorar la calidad de la atención médica a lo largo del ciclo de vida a través de acciones para reducir el embarazo en la adolescencia, brindar apoyo adecuado a la paternidad en ese grupo, humanizar el parto institucional y reducir la tasa de cesáreas.³¹

México.

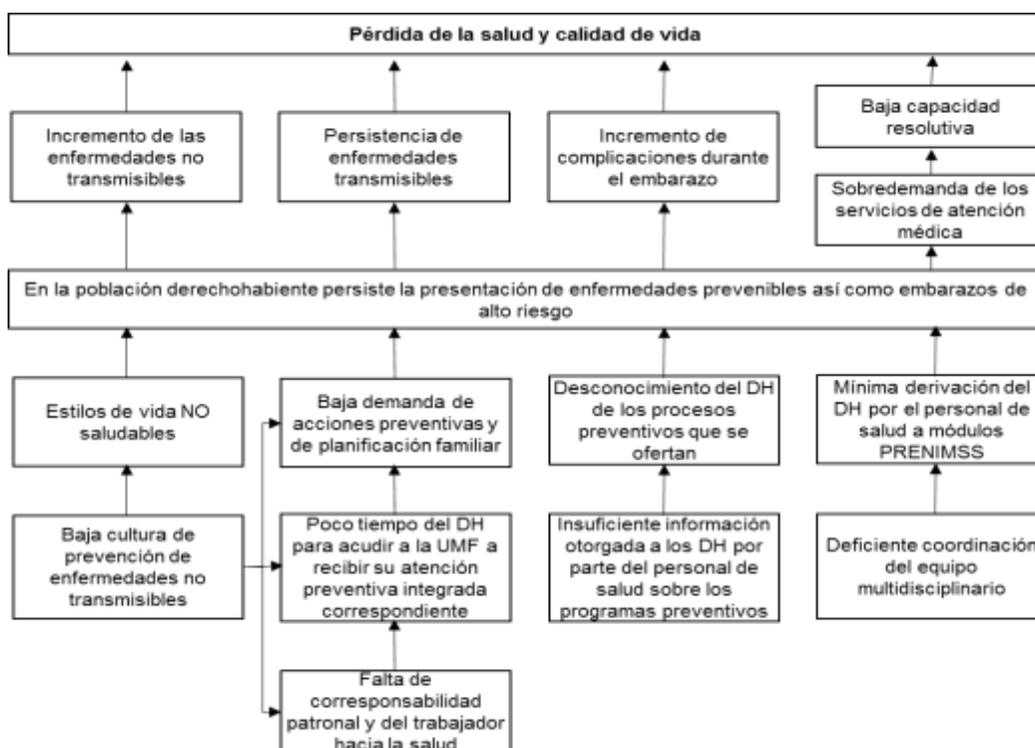
México es uno de los países en los que se ha registrado una reducción sostenida de la mortalidad en menores de cinco años, dada por la reducción en los últimos 25 años, de la mortalidad por enfermedades diarreicas (93%) e infecciones de las vías respiratorias inferiores (86%), como efecto de tres intervenciones significativas en salud pública: el Programa de Vacunación Universal, el Programa de Agua Limpia y las Semanas Nacionales de Salud.³²

A la disminución de la mortalidad también han contribuido el programa de planificación familiar, implementado desde hace más de tres décadas, de acuerdo con datos del Banco Mundial en México la tasa de fertilidad ha descendido de 3.5 en 1990 a 2.2 en 2016; el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que utilizan algún método de planificación familiar es de 64.6%; la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años es de 61 nacimientos por cada 1000 mujeres de esa edad.³³

Los logros más destacables que el sector salud alcanzó con los objetivos planteados en el PROSESA 2013-2018 fueron la campaña "Chécate, Mídete, Muévete" en relación al cambio de hábitos de la población para prevenir el sobrepeso, la obesidad y la diabetes; el Programa de Vacunación Universal, mejoramiento de cobertura de atención a pacientes con VIH y fortalecimiento de los servicios de planificación familiar y anticoncepción.⁵

3. Árbol de problemas.

Árbol de Problema: Programa Presupuestario E001 "Prevención y control de enfermedades".



4. Objetivos del programa.

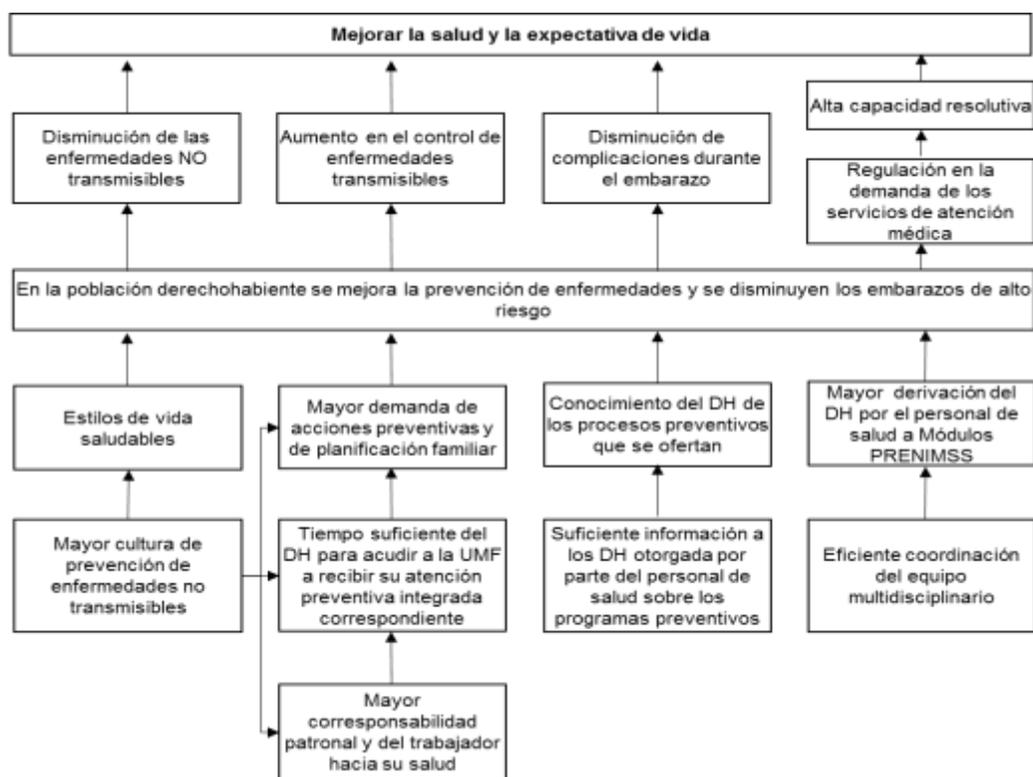
4.1. Definición de los objetivos.

Objetivo de Propósito: En la población derechohabiente del IMSS se mejora la prevención de enfermedades y se reducen los embarazos de alto riesgo.

Objetivos específicos: Disminuir la mortalidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles; incrementar la cobertura de la población derechohabiente del IMSS con acciones preventivas; contribuir a cambiar la cultura en salud de la población derechohabiente del IMSS y formar generaciones saludables.

4.2. Árbol de objetivos.

Árbol de Objetivo: Programa Presupuestario E001 “Prevención y control de enfermedades”.



4.3. Vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo.

Los objetivos institucionales están alineados a la Directriz 2. Bienestar e Igualdad, del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 (PND 2019-2024), así como con la Línea La salud para el bienestar.

La alineación del Pp E001 “Prevención y Control de Enfermedades” con los objetivos del PND 2019-2024, serán actualizados en cuanto se publique dicho documento; asimismo, se alineará con los Pp que se deriven del mismo.

Así el Pp E001 “Prevención y Control de Enfermedades” se alinea a la Directriz 2. Bienestar e Igualdad.

4.4. Vinculación con el Programa Sectorial de Salud.

La alineación del Pp E001 “Prevención y Control de Enfermedades” con los objetivos del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2019-2024, serán actualizados en cuanto se publique dicho documento.

4.5. Vinculación con el Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social (PIIMSS) estableció seis objetivos para el periodo 2019-2024, el Pp E001 “Prevención y Control de Enfermedades” se alinea con su:

Objetivo 2. IMSS preventivo e integral.

Estrategia 2.1. Fortalecer acciones preventivas que promuevan la adopción de estilos de vida saludable y los diagnósticos tempranos en todas las etapas del ciclo de vida.

Líneas de Acción:

1. Promoción de la salud sexual y reproductiva.
2. Reducir la mortalidad neonatal.
3. Fortalecer el primer y el segundo niveles de atención.
4. Fortalecer la promoción de la salud y atención preventiva de enfermedades en todos los grupos de edad, así como las adicciones y embarazos en los adolescentes, a través de las estrategias educativas (*CARA, ChiquitIMSS, JuvenIMSS*) y otros programas como *Estar bien con tu Salud*.
5. Implementar un modelo de atención integral que enfatice la prevención de la manifestación de enfermedades y, en su caso, el tratamiento oportuno.

Estrategia 2.2. Mejorar mecanismos de atención integral para la pronta recuperación de los pacientes, para prevenir la discapacidad, promover la rehabilitación y mantener controladas a las personas con enfermedades crónicas.

Línea de Acción:

1. Fortalecer los programas de detección de enfermedades, desde la infancia hasta la edad adulta, con énfasis en la población de mayor riesgo y con enfermedades crónicas.

El Pp E001 “Prevención y Control de Enfermedades” se alinea con el PIIMSS 2019-2024 en su objetivo 2.

Este Programa Presupuestario E001 incluye las acciones preventivas y de planificación familiar que se otorgan a la población derechohabiente, tanto intra como extramuros, así como las acciones de vigilancia epidemiológica que se llevan a cabo en las unidades médicas del IMSS.

5. Cobertura.

5.1. Identificación y caracterización de la población potencial.

Población Derechohabiente: Conjunto de personas con derecho a recibir prestaciones en especie o en dinero conforme a lo establecido por la Ley. Este grupo incluye asegurados directos o cotizantes pensionados y a los familiares o beneficiarios de ambos. Se estimó para el ejercicio presupuestal de 2017, que el total de derechohabientes fue de 65 217 126 personas, cifra que se da a conocer anualmente en el diagnóstico de salud del Instituto, tomando en cuenta los datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación.

5.2. Identificación y caracterización de la población objetivo.

Población Adscrita a Médico Familiar: Población derechohabiente que fue dada de alta en alguna unidad de medicina familiar asignándole un consultorio para su atención y que aparece en el censo nominal de población adscrita. Se estimó que para junio de 2017, la población objetivo ascendió a 47 476 104 derechohabientes, cifra que se da a conocer anualmente en el diagnóstico de salud del Instituto, tomando en cuenta los datos de la Dirección de Incorporación y Recaudación.

6. Diseño de la intervención.

6.1. Tipo de Intervención (mecanismo de operación, tipo de apoyo y condiciones de otorgamiento):

Los servicios que conforman el programa E001 Prevención y control de enfermedades se otorgan en 3,752 Módulos de Atención Preventiva Integrada (PREVENIMSS), 241 consultorios de Planificación Familiar y 252 Módulos de apoyo a la prestación de los servicios de Planificación Familiar, que se encuentran en las 1 503 unidades médicas del primer nivel de atención del Instituto. Los Módulos PREVENIMSS son atendidos por 7 174 Enfermeras, de las cuales 4 374 son Auxiliares de Enfermería en Salud Pública, 2 538 Enfermeras Especialistas en Medicina de Familia, 67 Enfermeras Especialistas Materno Infantil y 195 Enfermeras Especialistas en Salud Pública, este personal constituyendo el 39.2% en relación con el total de personal de esta categoría asignado al primer nivel de atención (17,799). Los 241 consultorios de Planificación Familiar son atendidos por 39 Médicos, 151 Enfermeras y 12 Trabajadoras Sociales.

Con base en la información del año 2018 en las Unidades de Medicina Familiar se realizan en un día típico las siguientes actividades preventivas y de planificación familiar:

- 100,588 atenciones preventivas integradas;
- 97,543 mediciones de peso y talla;
- 82,077 dosis aplicadas de vacunas;
- 2,936 detecciones de enfermedades metabólicas congénitas
- 53,767 detecciones realizadas de diabetes mellitus;
- 48,046 detecciones realizadas de hipertensión arterial;
- 9,902 detecciones realizadas de cáncer cérvico uterino;
- 19,262 exploraciones clínicas de la mama realizadas;
- 6,187 mastografías de detección;
- 3,648 detecciones de tuberculosis pulmonar y
- 2,162 aceptantes de métodos anticonceptivos.

Las principales acciones preventivas que conforman este programa se realizan mediante la estrategia PREVENIMSS, que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades, y la salud reproductiva, ordenándolas en cinco Programas de Salud por grupo de edad:

- Programa de Salud del Niño menor de 10 años.
- Programa de Salud del Adolescente de 10 a 19 años.
- Programa de Salud de la Mujer de 20 a 59 años.
- Programa de Salud del Hombre de 20 a 59 años.
- Programa de Salud del Adulto Mayor de 59 años.

La conformación de estos grupos etarios obedece a razones de índole biológica, epidemiológica y operativa.

Las razones que justifican la adopción de la estrategia incluyen:

- Cambiar el enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de grupos poblacionales bien definidos para elevar su impacto mediante acciones simultáneas y coordinadas.
- Ordenar y agrupar los programas de salud pública y de salud reproductiva con el fin de facilitar las tareas de los trabajadores responsables de su ejecución.
- Integrar y coordinar las acciones que se otorgan en consulta externa, medicina preventiva, fomento de la salud, trabajo social, nutrición y dietética, atención materno infantil, planificación familiar y estomatología preventiva.
- Proporcionar atención integral de la salud, como estrategia para la provisión simultánea y coordinada de acciones preventivas y curativas.

Todo con el propósito de mejorar la calidad de la atención en las Unidades de Medicina Familiar mediante:

- Otorgar a cada derechohabiente un conjunto de acciones preventivas y educativas para la protección de su salud.
- Mejorar la satisfacción de los derechohabientes y estimular su participación corresponsable en el cuidado de la salud.
- Facilitar las tareas de los equipos de salud y mejorar la utilización de recursos.
- Elevar la cobertura y el impacto de los programas de salud.

Para esto, se reorganizó el trabajo al interior de las unidades médicas para que funcionando como un equipo, se integren las diferentes acciones de salud en un solo proceso, de acuerdo a cada grupo de edad, otorgando los servicios con oportunidad y sentido humano.

6.2. Etapas de la intervención (Esquema general de operación que permita identificar actores involucrados, espacio y tiempo de operación):

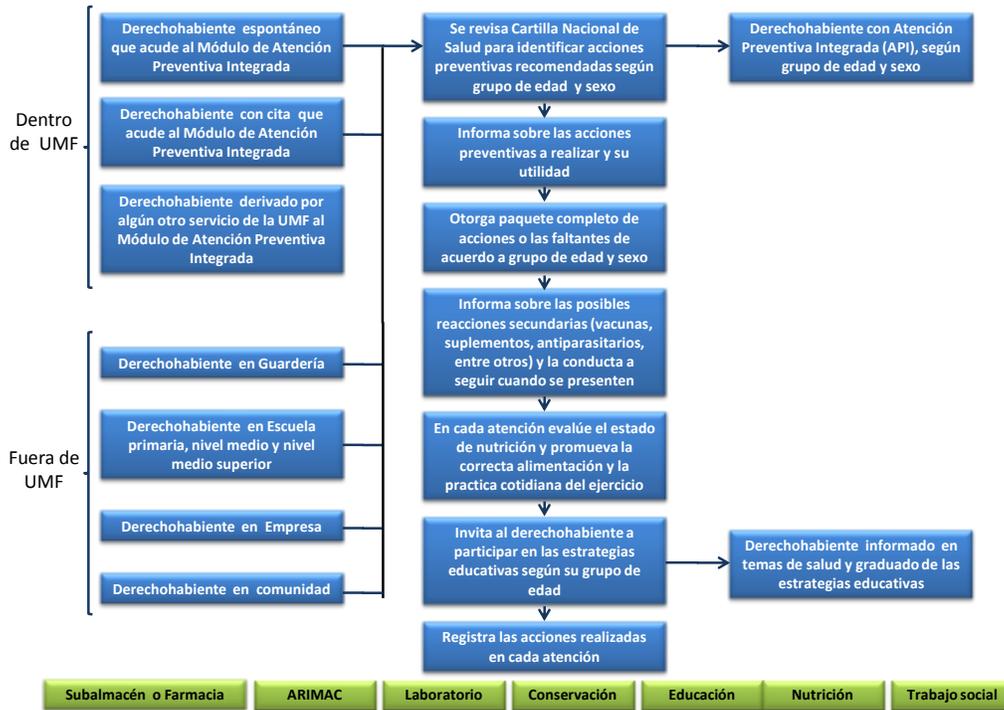
En el IMSS, el Programa de Planificación Familiar nace a mediados de la década de los 70's, mientras que PREVENIMSS se implantó como estrategia de prestación de los servicios preventivos en 2002. Ambos Programas han trascendido en el tiempo hasta nuestros días, con resultados favorables en la salud de la población derechohabiente, lo que ha permitido que se dé continuidad a los mismos durante la presente administración.

A través de la Atención Preventiva Integrada, que forma parte de PREVENIMSS, se otorga a cada derechohabiente un paquete de acciones preventivas por grupo de edad y sexo, en una sola atención, por la misma enfermera y en el mismo módulo, de tal manera que se reduce el número de consultas necesarias para cumplir con cada Programa de Salud, con lo que se evitan las oportunidades perdidas y el número de atenciones necesarias:

- Para niños menores de un año, siete atenciones anuales.
- Para niños de un año, dos atenciones anuales.
- Para mayores de un año, una consulta anual.

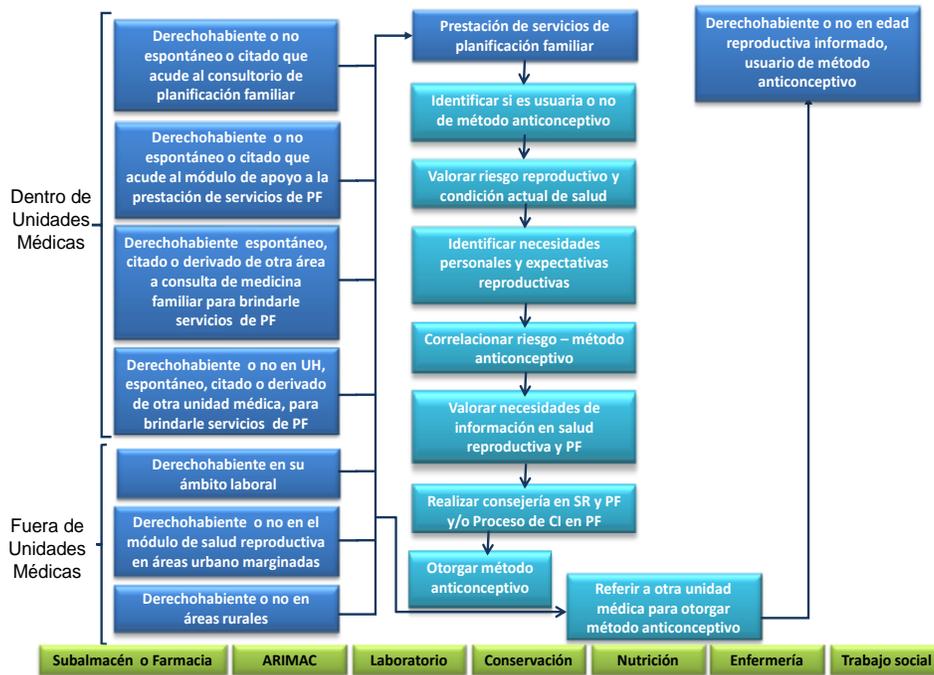
Las acciones que conforman cada Programa de Salud se encuentran descritas en el Anexo 1 y el esquema general de su operación se describe en el siguiente diagrama:

Proceso PREVENIMSS Intra y extramuros



De igual manera se presenta el proceso del programa de Planificación Familiar en el Instituto, el cual está a cargo de los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales:

Proceso Planificación Familiar intramuros y extramuros



6.3. Previsiones para integración y operación del padrón de beneficiarios.

Este rubro no aplica para el Pp E001 *Prevención y control de enfermedades*.

6.4. Matriz de Indicadores:

Nivel: Fin

Objetivo: Contribuir a consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades mediante intervenciones que mejoren la salud y la calidad de vida de los derechohabientes.

Indicadores Institucionales:

- Esperanza de Vida al Nacer.
- Tasa de mortalidad por cáncer cérvico-uterino.
- Tasa de mortalidad por cáncer de mama.
- Tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar en población de 15 años y más.

Indicadores alineados al Objetivo 1 del Programa Sectorial de Salud:

- Porcentaje de cobertura de vacunación con esquema completo en menores de un año.
- Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical.
- Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad.

Nivel: Propósito

Objetivo: En la población derechohabiente del IMSS se mejora la prevención de enfermedades y se reducen los embarazos de alto riesgo.

Indicador:

- Cobertura de atención integral PREVENIMSS.
- Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 9 años de edad.
- Proporción de adolescentes embarazadas.

Nivel: Componente

Objetivo 1: Acciones preventivas proporcionadas.

Indicadores:

- Cobertura con esquemas completos de vacunación en niños de un año de edad. (vigente)
- Cobertura de detección de primera vez de diabetes mellitus en población derechohabiente de 20 años y más.
- Cobertura de detección de hipertensión arterial en población derechohabiente de 20 años y más.
- Cobertura de detección de cáncer cérvico-uterino a través de citología cervical en mujeres de 25 a 64 años.
- Cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 40 a 69 años.
- Logro de aceptantes en relación con la meta programada en Consulta Externa de Medicina Familiar.

Nivel: Actividad

Objetivo 1: Otorgamiento de atenciones preventivas integradas por grupo de edad.

Indicador:

- Porcentaje de Atención Preventiva Integrada.

Objetivo 2: Medición de peso y talla en derechohabientes adscritos a médico familiar.

Indicador:

- Porcentaje de medición de peso y talla en población derechohabiente.

Objetivo 3: Promoción en la población en edad fértil, de las ventajas de adoptar un método anticonceptivo de acuerdo a su condición de salud y sus factores de riesgo reproductivo.

Indicadores:

- Porcentaje de entrevistas de consejería anticonceptiva.

7. Presupuesto.

Con base en lo dispuesto en el artículo 272 de la Ley del Seguro Social, el Instituto en materia de presupuesto, gasto y su contabilidad se regirá por lo dispuesto en esta Ley, formulando su proyecto de presupuesto y ejerciendo el gasto correspondiente, con estricto respeto a los criterios de disciplina, productividad, ahorro, austeridad, eficacia, eficiencia, desregulación presupuestaria y transparencia, debiendo aplicarlos en forma tal que no afecte a la atención de sus derechohabientes.

El programa E001 se presupuesta de acuerdo a una estimación de las necesidades de cada Delegación, tomando en cuenta el ejercicio del año anterior y en función de distintos capítulos del gasto como son: servicios generales, servicios personales, materiales y suministros, inversión y pensiones, para posteriormente elaborar el presupuesto global, procurando que cuente con los recursos necesarios de forma oportuna y calidad adecuada, así como con un sistema de información que apoye de manera eficiente la toma de decisiones, la evaluación y rendición de cuentas. También se valora la incorporación de tecnologías adecuadas para fortalecer la atención integral a la salud. Por estas características, el mecanismo de presupuesto de este Programas fundamentalmente distinto a un programa de política social que parte de un presupuesto total previamente estimado.

De acuerdo con el Proyecto de Presupuesto del año 2016, el monto del propuesto del Programa *E001 Prevención y control de enfermedades* es de \$ 2 977 834 949 pesos.

8. Referencias:

1. Chin J, Ascher MS. El control de las enfermedades transmisibles. Decimoséptima edición. Estados Unidos: Informe oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, Organización Mundial de la Salud; 2001. Consultado en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/9275315817.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Datos y cifras. [Internet]. 2018. Actualizado 1 Jun 2018. Consultado 22 mar 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. “Cumplimiento de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles: una responsabilidad compartida”. [Internet]. Actualizado 2014. Consultado 22 mar 2019. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_sp_a.pdf;jsessionid=2093B2E3F6136C10371E814875A85E82?sequence=1.
4. Organización Panamericana de la Salud. Aspectos Económicos de las Enfermedades No Transmisibles. [Internet]. Actualizado Sep 2018. Consultado 22 mar 2019. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49537>.
5. Secretaría de Gobernación. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. [Internet]. Actualizado 12 Dic 2013. Consultado 22 mar 2019. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013.
6. Acosta-Cázares B, Ruiz-Betancourt BS. Diagnóstico de salud. IMSS 2017. Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, División de Información Epidemiológica; 2017. Disponible en: <http://11.33.41.38:90/portal/aplicaciones>.
7. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. Datos y cifras. [Internet]. Actualizado 23 Feb 2018. Consultado 30 abr 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
8. Informe final de resultados. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública. Actualizado 31 Oct 2016. Consultado 24 mar 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>.
9. Resultados nacionales. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública. Actualizado 2012. Consultado 24 mar 2019. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.

10. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Boletín Epidemiológico 2017. [Internet]. Actualizado 2017. Consultado 25 mar 2019. Disponible en: <http://11.33.41.38:90/portal/aplicaciones>.

11. Diagnóstico General de la Salud Poblacional. [Internet]. Informe Sobre la Salud de los Mexicanos 2015. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Actualizado 2015. Consultado 25 mar 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf.

12. Global Burden of Disease. Data Visualizations. Variables utilizadas: Compare, Cause, Global, YLLs, All ages, 1990-2016, Both sex. [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. Actualizado 2018. Consultado 7 Ago 2018. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

13. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Carga de las enfermedades en el IMSS 2015. [Internet]. Actualizado 2015. Consultado 25 mar 2019. Disponible en: <http://11.33.41.38:90/portal/aplicaciones>.

14. Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. [Internet]. Actualizado 2018. Consultado 7 May 2019. Disponible en: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=1005.

15. Organización Panamericana de la Salud. Día Nacional para la Prevención del Embarazo No Planificado en Adolescentes. [Internet]. Actualizado 2018. Consultado 8 May 2019. Disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=793:dia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-no-planificado-en-adolescentes&Itemid=499.

16. Gobierno de la República. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. [Internet]. Actualizado 2015. Consultado 8 May 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-enapea>.

17. UNICEF. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. [Internet]. Actualizado 2018. Consultado 9 May 2019. Disponible en: [https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP\(1\).pdf](https://www.unicef.org/panama/spanish/EmbarazoAdolescente_ESP(1).pdf).

18. Instituto Mexicano del Seguro Social. Conoce al IMSS. [Internet]. Actualizado 2018. Consultado 15 Oct 2018. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>.

19. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe de labores y programa de actividades 2016 – 2017. [Internet]. Actualizado 2018. Consultado 15 Oct 2018. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2017/2017_informe_labores_actividades.pdf.
20. Estadísticas de la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel. Informe Mensual de Coberturas y Prevalencia, (Numeradores y denominadores), emitido por la División de Información en Salud. Enero-Diciembre del año a evaluar.
21. Estimaciones de coberturas de vacunación en niños de un año de edad. Instituto Mexicano del Seguro Social-Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia-Consejo Nacional de Vacunación.
22. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Ritter PL, González VM, *et al*. Evidencia que sugiere que un programa de autocontrol de enfermedades crónicas puede mejorar el estado de salud al tiempo que reduce la utilización y los costos: un ensayo aleatorizado. *Med Care*. 1999;37(1):5-14.
23. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Internet]. Organización de las Naciones Unidas. Actualizado 2018. Consultado 16 Oct 2018. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.
24. Reporte Global de Tuberculosis 2018. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Actualizado 2018. Consultado 2 Abr 2019. Disponible en: https://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/.
25. Interventions for preventing unintended pregnancy among adolescents. [Internet]. Cochrane. Actualizado 2018. Consultado 16 Oct 2018. Disponible en: https://www.cochrane.org/CD005215/FERTILREG_interventions-preventing-unintended-pregnancy-among-adolescents.
26. Seminario Experiencias Exitosas en la Prevención de Obesidad Infantil, Santiago, 21 y 22 enero 2013. [Internet]. Actualizado 2018. Consultado 7 Ago 2018. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/4Prom_Prev_Prob_salud.pdf.
27. Elige Vida Sana (Ex Vida Sana). [Internet]. Ministerio de Desarrollo Social. Actualizado 2019. Consultado 26 Mar 2019. Disponible en: http://www.programassociales.cl/pdf/2018/PRG2018_2_59471.pdf.
28. Salud en las Américas. Chile. [Internet]. Actualizado 2016. Consultado 8 Abr 2019. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t es=chile&lang=es.

29. Salud en las Américas. Brasil. [Internet]. Actualizado 2016. Consultado 8 Abr 2019. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t es=brasil&lang=es.

30. Salud en las Américas. Cuba. [Internet]. Actualizado 2016. Consultado 8 Abr 2019. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t es=cuba&lang=es.

31. Salud en las Américas. Uruguay. [Internet]. Actualizado 2016. Consultado 2 May 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=4314>.

32. Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018. [Internet]. Secretaría de Gobernación; 2013. Actualizado Dic 2013. Consultado 17 Oct 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/presidencia/acciones-y-programas/plan-nacional-de-desarrollo-2013-2018-78557>.

33. World Development Indicators: Reproductive health. [Internet]. The World Bank. Actualizado 2018. Consultado 17 Oct 2018. Disponible en: <http://wdi.worldbank.org/table/2.14>.

Anexo 1. Acciones Preventivas por grupo de edad y sexo

Recién nacidos menores de 3 días.

Proceso	Acciones
Promoción de la Salud	<ul style="list-style-type: none">- Entregar la Cartilla de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud.- Invitar a la lectura de temas relacionadas con la edad y a sesiones educativas.
Nutrición	<ul style="list-style-type: none">- Medición de peso y talla (mediante la utilización de báscula y estadímetro).- Ministrar 50,000 UI (una gota) de vitamina A.- Evaluar nutrición.
Prevención de Enfermedades	<ul style="list-style-type: none">- Aplicar vacuna BCG.- Aplicar vacuna Antihepatitis B.
Detección de Enfermedades	<ul style="list-style-type: none">- Citar en la UMF a los cinco días de edad para tamiz neonatal.

Recién nacidos de 3 a 7 días. (Una atención)

Proceso	Acciones
Promoción de la Salud	<ul style="list-style-type: none">- Entregar o revisar y comentar la Cartilla de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud.- Invitar a la lectura de temas relacionados con la edad y a sesiones educativas.
Nutrición	<ul style="list-style-type: none">- Medir peso y talla (mediante la utilización de báscula y estadímetro).- Evaluar nutrición.
Prevención de enfermedades	<ul style="list-style-type: none">- Aplicar vacuna BCG si no se aplicó al nacimiento.- Aplicar vacuna Antihepatitis B si no se aplicó al nacimiento.
Detección de Enfermedades	<ul style="list-style-type: none">- Toma de muestra de sangre de talón para la detección de enfermedades metabólicas congénitas (hipotiroidismo congénito, deficiencia de biotinidasa, hiperplasia adrenal congénita fenilcetonuria y galactosemia).- Orientar a los padres sobre la identificación de Atresia de Vías Biliares a través de la carta colorimétrica.

Niñas y Niños menores de un año (7 atenciones)

Proceso	Acciones
Promoción de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar o revisar y comentar la Cartilla de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud. - Invitar a la lectura de temas relacionados con la edad y a sesiones educativas.
Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de peso y talla mediante la utilización de báscula y estadímetro. - Evaluar nutrición. - Ministrar sulfato ferroso. • Inicio a los 2 meses en niños de bajo peso al nacer. • Inicio a los 4 meses en niños de peso normal al nacer.
Prevención de Enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de vacunas 2, 4 y 6 meses de edad: Pentavalente acelular (DPT, Hib y Poliomiélitis). 2, 4 y 6 meses de edad: Antirrotavirus. 2 y 4 meses de edad: Antineumocócica conjugada. 2 y 6 meses de edad: Antihepatitis B. 6 a 11 meses de edad: Anti-influenza dos dosis, intervalo entre ambas de 4 semanas; durante el período octubre a marzo. Completar esquemas de vacunación.
Detección de Enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la función visual entre los 6 y los 8 meses de edad: seguimiento de objetos.

Niñas y Niños de un Año
Atenciones a los 12 y 18 meses de edad

Proceso	Acciones
Promoción de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar o revisar y comentar la Cartilla de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud. - Invitar a la lectura de temas relacionados con la edad y a sesiones educativas.
Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de peso y talla mediante la utilización de báscula y estadímetro. - Evaluar nutrición. - Incorporar a la dieta familiar - Promover la alimentación saludable y el ejercicio físico.
Prevención de Enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar vacunas: SRP (rubéola, sarampión y parotiditis. Pentavalente Acelular a los 18 meses de edad. Anti-influenza revacunación una dosis en período octubre a marzo, y dos dosis si inician esquema. Antineumocócica Conjugada 12 meses. Completar esquemas de vacunación.

Niñas y Niños de 2 a 9 Años (Atención anual)

Proceso	Acciones
Promoción de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar o revisar y comentar la Cartilla de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud. - Invitar a la lectura de temas relacionados con la edad y a sesiones educativas.
Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Medir peso y talla mediante la utilización de báscula y estadímetro. - Evaluar nutrición. - Promover la alimentación saludable y el ejercicio diario.
Prevención de Enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar vacunas: DPT (difteria, tosferina y tétanos) a los 4 años. SRP (sarampión, rubéola y parotiditis) a los 6 años. Anti-influenza un refuerzo cada año hasta los 59 meses de edad. Aplicar durante el período octubre a marzo Completar esquemas de vacunación. - A partir de los 3 años aplicar flúor y detectar placa dentobacteriana. - Capacitar en la técnica de cepillado dental y en la remoción de la placa.
Detección de Enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la agudeza visual a los niños de 4 años de edad, mediante el uso de la tabla de Snell.

Adolescentes de 10 a 19 Años (Atención anual)

Proceso	Acciones
Promoción de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar o revisar y comentar la Cartilla de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud. - Invitar a la lectura de temas relacionados con la edad y a sesiones educativas.
Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Medir peso y talla mediante la utilización de báscula y estadímetro. - Evaluar nutrición (IMC) - Promover la alimentación saludable y el ejercicio diario.
Prevencción de Enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar vacunas: <ul style="list-style-type: none"> • Sarampión, rubéola, sin antecedente aplicar 1ra dosis en el primer contacto, 2da dosis 4 semanas después y con esquema incompleto dosis única. • Tétanos-difteria1ª. dosis a los 10 años, 2da. 4 semanas después de la primera, 3era. al año de la primera dosis, con esquema incompleto; esquema completo de los 15 a los 19 años un refuerzo cada 10 años. • Tdpa: Dosis única a partir de la semana 20 de gestación. Aplicar una dosis en cada embarazo. • Hepatitis B 1ª. dosis a los 12 años 2da. a las 4 semanas después de la primera sin antecedentes vacúnales de tres dosis en la infancia. • Influenza: Dosis única en mujeres en cualquier trimestre del embarazo. Refuerzo anual en personas con factores de riesgo. Aplicar durante el período octubre a marzo. • Contra el Virus del Papiloma Humano. Mujeres que cursan el quinto año de primaria o aquellas de 11 años de edad no inscritas en el Sistema Educativo Nacional. - Entregar condones de manera informada. - Promover el cepillado dental, la detección de placa dentobacteriana y su

		remoción.
Detección Enfermedades	de	<ul style="list-style-type: none"> - En pacientes con tos con flemas, solicitar baciloscopia para la detección de BAAR. - Evaluar la agudeza visual a los 12 y 15 años de edad.
Salud Reproductiva		<ul style="list-style-type: none"> - Promover métodos anticonceptivos en los que hayan iniciado vida sexual.

Mujeres de 20 a 59 Años (Atención anual)

Proceso	Acciones
Promoción de la Salud	<ul style="list-style-type: none">- Entregar o revisar y comentar la Cartilla de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud.- Invitar a la lectura de temas relacionados con la edad y a sesiones educativas.
Nutrición	<ul style="list-style-type: none">- Medición de peso, talla mediante la utilización de báscula y estadímetro y cintura con la utilización de cinta métrica.- Evaluar nutrición (IMC)- Promover la alimentación saludable y el ejercicio diario.
Prevención de Enfermedades	<ul style="list-style-type: none">• Aplicar vacunas Tétanos, Difteria 1ª. dosis, 2da. 4 semanas después de la primera, 3era. al año de la primera dosis con esquema incompleto. Refuerzo cada diez años cuando cuenten con esquema completo.• Vacuna Tdpa. Aplicar una dosis a partir de las 20 semanas de gestación. Una dosis en cada embarazo.• Vacuna anti influenza durante cualquier trimestre del embarazo. Refuerzo anual en personas que cuenten con factores de riesgo. Aplicar durante el período octubre a marzo.• Entregar condones de manera informada.• Promover el cepillado dental, la detección de placa dentobacteriana y su remoción.

Mujeres de 20 a 59 Años (Atención anual)

Detección de Enfermedades	<ul style="list-style-type: none">- Detectar cáncer cérvico uterino (Papanicolaou) cada 3 años, de los 25 a 59 años de edad.- Detectar cáncer de mama:<ul style="list-style-type: none">• Exploración clínica anual de los 25 años a los 59 años de edad.• Mastografía cada dos años los 40 a los 59 años de edad- Detectar diabetes mellitus (glicemia capilar) cada 3 de los 20 a 59 años de edad en mujeres no diabéticas- Realizar la detección anual de hipertensión arterial en mujeres de 20 a 59 años de edad, no hipertensas- Detectar Hipercolesterolemia cada 3 de los 20 a 59 años de edad , en mujeres no diabéticas ni hipertensas, IMC > ó = 30, cintura > 80 cm.- Solicitar baciloscopia para la detección de tuberculosis pulmonar en mujeres con tos con flemas de 15 o más días de evolución.
Salud Reproductiva	<ul style="list-style-type: none">- Promover métodos anticonceptivos.

Hombres de 20 a 59 Años (Atención anual)

Proceso	Acciones
Promoción de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar o revisar y comentar la Cartilla Nacional de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud. - Invitar a la lectura de temas relacionados con la edad y a sesiones educativas.
Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de peso, talla mediante la utilización de báscula y estadímetro y cintura con la utilización de la cinta métrica. - Evaluar nutrición (IMC) - Promover la alimentación saludable y el ejercicio diario.
Prevención de Enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar vacunas Tétanos-Difteria 1ª. dosis, 2da. 4 semanas después de la primera 3ra. Al año de la primera dosis con esquema incompleto. Refuerzo cada diez años con esquema previo completo. - Vacuna anti influenza estacional. Refuerzo anual en personas con factores de riesgo. Aplicar durante el período oct a mar. - Entregar condones de manera informada. - Promover el cepillado dental, la detección de placa dentobacteriana y su remoción.
Detección de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> - Detectar diabetes mellitus (glicemia capilar) cada 3 años de los 20 a 59 años de edad en hombres no diabéticos - Detectar hipertensión arterial cada año 20 a 59 años de edad, en hombres no hipertensos. - Detectar Hipercolesterolemia cada 3 años de los 20 años a 59 años de edad, no diabéticos ni hipertensos IMC > ó = 30 , cintura > 90 cm.,. - Solicitar baciloscopia para la detección de tuberculosis pulmonar en hombres con tos con flemas de 15 o más días de evolución.
Salud Reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> - Promover métodos anticonceptivos.

Adultos Mayores de 60 años o más (Atención anual)

Proceso	Acciones
Promoción de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Entregar o revisar y comentar la Cartilla Nacional de Salud y la Guía para el Cuidado de la Salud. - Invitar a la lectura de temas relacionados con la edad y a sesiones educativas.
Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de peso, talla mediante la utilización de báscula y estadímetro y cintura con la cinta métrica. - Evaluar nutrición (IMC) - Promover la alimentación saludable y el ejercicio diario.
Prevención de Enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar vacunas: <ul style="list-style-type: none"> • Anti-neumocócica a los 65 años, dosis única. En personas con factores de riesgo aplicar una dosis a los 60 años y segunda dosis cinco años después. • Anti-influenza refuerzo anual: aplicar durante el periodo octubre a marzo. • Aplicar vacuna Tétanos-Difteria 1^a. dosis, 2da. 4 semanas después de la primera 3era. al años de la primera dosis con esquema incompleto. <ul style="list-style-type: none"> - Entregar condones de manera informada. - Promover el cepillado dental, la detección de placa dentobacteriana y su remoción.

Adultos Mayores de 60 años o más (Atención anual)

Proceso	Acciones
<p>Detección de Enfermedades</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Detectar cáncer cérvico uterino (Papanicolaou). <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres de 60 a 64 años, cada 3 años. • Mujeres mayores de 65 años sin detección previa, dos estudios con diferencia de un año. - Detectar cáncer de mama: <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar en la autoexploración • Examen clínico de mama cada año en mujeres de 60 a 69 años. • Mastografía cada 2 años a mujeres de 60 a 69 años. - Detectar diabetes mellitus (glicemia capilar) cada 3 años, en población no diabética. - Detectar hipertensión arterial cada año, en población no hipertensa. - Detectar hipercolesterolemia cada 3 años, en población de 60 a 74 años de edad, no diabética ni hipertensa y sin antecedente personal de enfermedad cardíaca coronaria. - Solicitar baciloscopia para la detección de tuberculosis pulmonar en adultos mayores con tos con flemas de 15 o más días de evolución.