



*Dirección Ejecutiva
Dirección de Atención Médica
Coordinación de Atención Domiciliaria*

ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SOBREPESO, LA OBESIDAD Y LA DIABETES EN EL DISTRITO FEDERAL 2014



SECRETARÍA DE
FINANZAS



CENAPRECE
CENTRO NACIONAL DE TRANSPLANTES
Y CONTROL DE ORGANOS



SAGARPA
SECRETARÍA DE AGRICULTURA,
GANADERÍA, DESARROLLO RURAL,
PECUARIA Y AGPECUACIÓN

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

SEDENA
SECRETARÍA DE DEFENSA

SISTEMA
DE TRANSPORTE
COLECTIVO



SEP
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

Directorio

Dr. Miguel Ángel Mancera Espinoza

Jefe de Gobierno del Distrito Federal

Dr. José Armando Ahued Ortega

Secretario de Salud del Distrito Federal

Dr. Román Rosales Avilés

Subsecretario de Servicios Médicos e Insumos

Dr. Francisco Osuna Sánchez

Director Ejecutivo de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Dr. José Alfredo Jiménez Douglas

Director General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal

Dr. Plácido Enrique León García

Director de Atención Médica de los SSPDF-SSDF

Dra. Marisol Villegas Ramírez

Directora de Promoción de la Salud SSPDF-SSDF

Dr. Noé Calderón Vaca

Director de Vigilancia e Inteligencia Epidemiológica de la SSPDF-SSDF

Lic. Darío Manuel Castorena Roji

Director de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud Pública

Lic. Joaquín Álvarez Suberza

Director de Enlace Institucional y Comunicación Social

Dr. Alberto Gallardo Hernández

Coordinador de Atención Domiciliaria y Responsable de Enfermedades Crónicas de los SSPDF - SSDF

L.N. Uritzimar J. San Martín López

Coordinadora de Promoción a la Salud y Cultura del Envejecimiento de los SSPDF

Lic. Iván Loria Caballero

Coordinador de Promoción a la Salud de los SSPDF

Lic. Rafael Rodríguez Patricio

Encargado de Medicina a Distancia de la SSPDF-SSDF

General de División Jaime Godínez Ruíz

General de División de la Secretaría de la Defensa Nacional

C. Coronel M.C. Ana Luisa Becerra González

Jefa Regional de Sanidad de la 1ª. Región Militar SEDENA

Ing. Adolfo Joel Ortega Cuevas

Director General del Sistema de Transporte Colectivo Metro

Dra. Margarita Blanco Cornejo

Subdirectora de Prevención y Protección a la Salud ISSSTE

Dr. Carlos de Jesús López Morales

Subdelegado Médico ISSSTE Zona Norte

Dr. Carlos Salazar Lozano

Subdelegado Médico ISSSTE Zona Oriente

Dr. Roberto Arturo Baños Tapia

Subdelegado Médico ISSSTE Zona Poniente

Dr. Mario Alberto Huesca Rodríguez

Subdelegado Médico ISSSTE Zona Sur

Ing. Rubén Fuentes Rodríguez

Director General del IASIS

Lic. Alejandra Palacios Ruíz

Subdirectora de Promoción de la Salud para Grupos de Mayor Riesgo SSPDF-SSDF

Lic. Fernando Suinaga Cárdenas

Presidente Nacional de la Cruz Roja Mexicana

Arq. Mónica Hernández Riquelme

Dirección General de Innovación y Fortalecimiento Académico D.F. SEP

Dra. Célida Duque Molina

Coordinadora de Prevención y Atención a la Salud IMSS Norte

Dr. Jorge Zepeda Zaragoza

Director del Hospital Central Norte PEMEX

Dr. Carlos Nava Esquivel

Gerente de Prevención Médica PEMEX

M. en C. Eliza Lucía Parera González

Directora del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud IPN.

Mtra. Loredana Montes López

Directora Ejecutiva de Asistencia Alimentaria del DIF-DF

Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez

Director de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza FES-UNAM

M. Jorge Pérez Romero

Jefe de Unidad de Proyectos Multidisciplinarios Zaragoza FES-UNAM

Contraalmirante CGDEM José Manuel Sedas Gutiérrez

Director General Adjunto de Control del Hospital General Naval de Alta Especialidad SECMAR

Dra. Norma Alicia Morteo García

Subdirectora de Salud Pública del Hospital General Naval de Alta Especialidad SECMAR

Lic. José Carlos Gutiérrez Niño

Coordinador de Comunicación. Asociación Mexicana de ayuda a niños con cáncer.

Dra. Herlinda Madrigal Fritsch

Jefa del Departamento de Vigilancia Epidemiológica de Nutrición INSZ

Dra. Mara N. Robles Villaseñor

Secretario de Educación del D.F.

Dr. José Narro Robles

Rector de la UNAM

Dr. Alberto Gallardo Hernández

Coordinador de Atención Domiciliaria SSPDF

Responsable de la Estrategia para la Prevención y Control del Sobrepeso, Obesidad y la Diabetes del Distrito Federal.

Contenido

Presentación

Introducción

Problemática

- Panorama Mundial
- Panorama en México
- Panorama en el Distrito Federal
- Salud Pública
- Atención Médica
- Regulación

Antecedentes

- Antecedentes en el Distrito Federal
- Antecedentes Internacionales

Marco Jurídico

Marco Conceptual

Planteamiento

Ejes Rectores

- Investigación y evidencia científica
- Corresponsabilidad
- Transversalidad
- Intersectorialidad
- Evaluación del impacto
- Rendición de cuentas

Objetivos

- Objetivo General
- Objetivos Específicos
- Visión 2018

Pilares y Ejes Estratégicos

- Pilares de la Estrategia Nacional

1. Salud Pública
 - 1.1. Sistema de Vigilancia Epidemiológica
 - 1.2. Promoción de la salud
 - 1.3. Prevención
2. Atención Médica
 - 2.1. Acceso efectivo a servicios de salud
 - 2.2. Calidad de los servicios de salud
 - 2.3. Mejora de las competencias y la capacidad resolutoria del personal de salud
 - 2.4. Infraestructura y tecnología
 - 2.5. Garantía del abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio, y monitoreo de la cadena de suministro.
 - 2.6. Centro de Atención al Diabético
 - 2.7. Cirugía bariátrica
 - 2.8. Investigación y evidencia científica
3. Regulación sanitaria y Política fiscal
 - 3.1. Etiquetado

- 3.2 Publicidad
- 3.3 Política Fiscal

Dependencias e instituciones participantes

Secretaría de Salud
Servicios de Salud Pública del Distrito Federal
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal
Secretaría de la Defensa Nacional
Secretaría de Marina
Petróleos Mexicanos
Secretaría de Educación Pública
Secretaría de Desarrollo Agropecuario
Secretaría de Desarrollo Social
Secretaría del Trabajo y Previsión Social
Secretaría de Administración Tributaria
Comisión Nacional del Agua
Universidad Autónoma de México
Instituto Politécnico Nacional
Sociedad Civil y Organizaciones No Gubernamentales
Colegio Unido de Enfermeras y Enfermeros de México
Colegio de Profesionales de la Enfermería
Asociación Médica del Deporte

Evaluación

Anexo 1: Objetivos, Metas e Indicadores del Sistema Nacional de Salud

Anexo 2: Propuestas del Departamento de Promoción a la Salud

Bibliografía

Agradecimientos

Presentación

Las cifras actuales de sobrepeso, obesidad y diabetes entre la población que reside en el Distrito Federal, representan una amenaza a la sustentabilidad de los Servicios de Salud. De acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), entre la población mayor de 20 años de edad, el 42.6% presenta sobrepeso, el 26.8% obesidad y el 9.2% padece diabetes. Por otra parte, en la población escolar (5-11 años) la prevalencia de sobrepeso es de 19.8% y la de obesidad de 14.6%¹.

Datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), mencionan que una persona con sobrepeso gasta 25% más en servicios de salud, gana 18% menos que el resto de la población sana y presenta ausentismo laboral². A esta situación se agrega la presencia cada vez mayor de casos y defunciones de enfermedades no transmisibles, siendo las enfermedades del corazón la principal causa de muerte, seguida inmediatamente por la diabetes. Ambas enfermedades se encuentran íntimamente relacionadas y su presencia sigue en aumento.

Esta situación obliga a elaborar un nuevo modelo de prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, un modelo que tenga como propósito el evitar que estas enfermedades afecten a la población.

La magnitud del problema hace necesaria la participación intersectorial, incluyendo la sociedad civil y el sector privado. Es un hecho que la participación responsable de todos los sectores, permitirá promover una cultura entre la población a favor de la identificación y prevención de los factores de riesgo.

El propósito de un esfuerzo de esta naturaleza, es ofrecer un panorama que permita contar con los elementos suficientes para dimensionar el desafío que representan las enfermedades no transmisibles, e incidir entre la población sobre la importancia de una buena alimentación y la activación física. La intención es crear estrategias eficientes y eficaces, que se traduzcan en verdaderos cambios con un impacto positivo en el bienestar de la población.

Dr. Armando Ahued Ortega

Secretario de Salud del Distrito Federal

I. Introducción

Es un hecho el incremento de las enfermedades crónicas de forma sostenida en nuestro país, de ahí la necesidad de prever y comprender la relevancia de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) y de intervenir en forma decisiva en su control. Para ello, es preciso que exista un compromiso interinstitucional, un interés mutuo a reforzar las actividades de prevención y control de las enfermedades crónicas. En este nuevo enfoque, la participación de la comunidad y autoridades de gobierno es fundamental. Como primer paso, es necesario uniformar los conocimientos y la información más reciente entre los profesionales de la atención directa y al público en general, es decir, apostar por la educación médica continua de alto nivel para todos los servidores públicos.

Otro tema importante a considerar en esta transición epidemiológica es que las ENT continúan representando un importante problema de salud pública entre segmentos de la población con menor nivel socioeconómico o estilos de vida no saludables y siguen siendo además la principal demanda en la consulta externa en el Distrito Federal (D.F.).

La Diabetes Mellitus (DM), es una de las principales causas de muerte en el País, además de ser una causa común de discapacidad y muerte prematura. En el Distrito Federal, la diabetes ocupa el segundo lugar dentro de las principales causas de mortalidad y la morbilidad es ascendente³.

La prevención y control de la diabetes, el sobrepeso y la obesidad representan un reto, ya que al igual que otras enfermedades crónicas, es el resultado hábitos de alimentación deficientes y sedentarismo. Estos factores, sumados a la carga genética, el estrés psicosocial, el tabaquismo y consumo excesivo de bebidas alcohólicas, constituyen los principales determinantes que inciden en el desarrollo de la enfermedad⁴.

Estos padecimientos se han convertido en uno de los principales problemas de salud pública y se requiere de un esfuerzo enorme para poder enfrentar este problema. Su control debe dirigirse a la detección oportuna, en donde la promoción y la educación de la población juegan un papel importante. Así mismo, el tratamiento oportuno por personal capacitado y la dotación oportuna de medicamentos e insumos, son la base para disminuir la incidencia del padecimiento, así mismo no debemos olvidar la necesidad de un cambio en el ámbito de la cultura en salud entre la población, ya que siempre es mejor detectar el padecimiento a tiempo, así como los factores de riesgo, y evitar en todo momento la presencia de enfermedad y todas las complicaciones que de ella se generan.

Una población sana será aquella que cuide su alimentación, identifique de manera oportuna sus factores de riesgo y tenga como hábito el realizar ejercicio. Una población sana será aquella que de manera habitual sin exigencia del médico se realice pruebas de laboratorio y exámenes médicos que detecten oportunamente cualquier riesgo.

Los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal consideran que en estos dos últimos puntos la participación de los padres y de manera muy precisa de la madre de familia, que es la encargada de la preparación de los alimentos así como motivar a los hijos desde pequeños al consumo de agua y a la realización de una actividad física.

La oferta de servicios e intervenciones en salud debe estar orientada a satisfacer la demanda creciente de servicios de promoción de la salud y de prevención y detección de enfermedades y de sus complicaciones, lo cual permitirá mitigar el impacto negativo de las enfermedades propias del rezago, pero también, en forma muy importante, de las enfermedades no transmisibles.

II. Problemática

Perspectiva Mundial

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad⁵.

Estimaciones mundiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) correspondientes a 2008, describen que 1,400 millones de adultos de 20 y más años tenían sobrepeso, de esta cifra, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. En general, una de cada 10 personas de la población adulta mundial presenta obesidad⁴.

Para el año 2010, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones⁶.

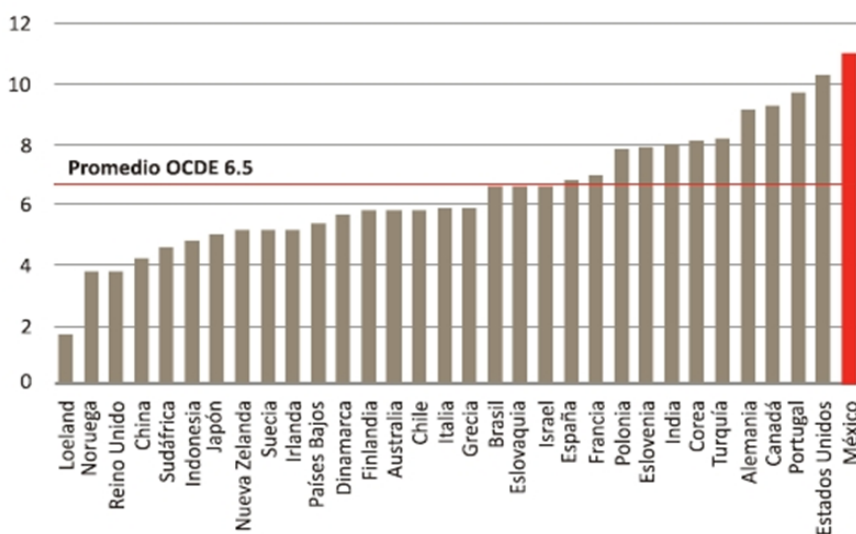
En el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal. Por ejemplo, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la insuficiencia ponderal (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos)¹.

Según la Federación Internacional de Diabetes, más de 371 millones de personas entre 20 y 79 años padecen algún tipo de diabetes en el mundo⁷.

En un análisis comparativo de los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), México ocupa el primer lugar en la prevalencia de DM2 en la población de entre 20 y 79 años, además el segundo lugar en prevalencia de obesidad, antecedido por los Estados Unidos de América, convirtiéndose este problema en una cuestión de prioridad para la mayoría de los países miembros ya que la mitad de su población tiene sobrepeso y una de cada seis personas padece obesidad².

Prevalencia de diabetes mellitus en población adulta entre 20 y 79 años de edad.

Países de la OCDE 2011



Perspectiva Nacional

Actualmente, en nuestro país predominan como causas de daño a la salud las ECNT, principalmente la DM2, las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos, las cuales representan el 93% de las muertes en México³.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 muestran que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos fue de 71.3% (que representan a 48.6 millones de personas). La prevalencia de obesidad en este grupo fue de 32.4% y la de sobrepeso de 38.8%. La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5%) que en el masculino (26.8%), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 42.5% y el femenino de 35.9%¹.

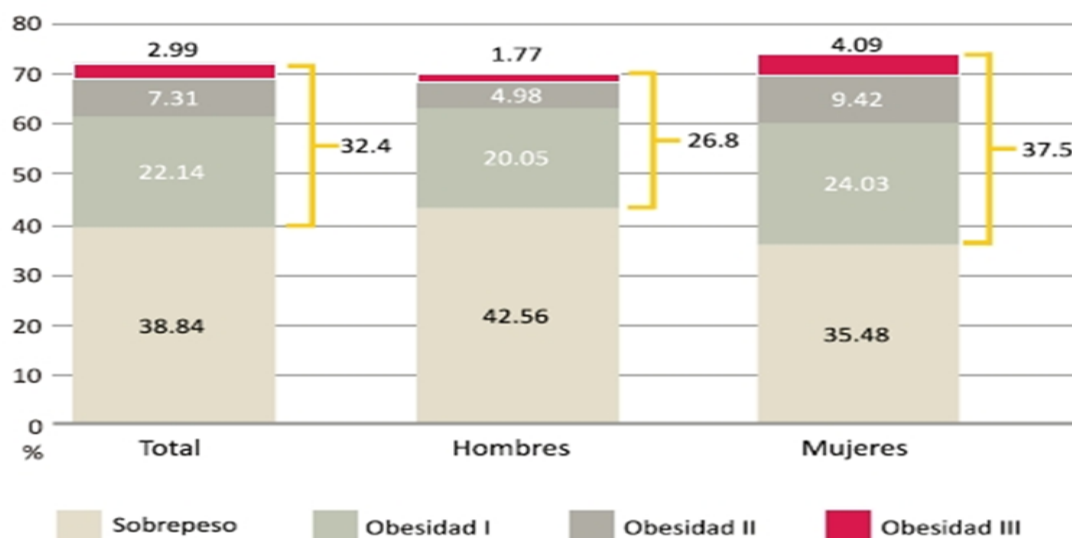
La prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto en hombres como en mujeres, tienen sus valores más bajos en los grupos de edad extremos en la edad adulta; el grupo más joven, entre 20 y 29 años y el grupo de mayor edad, más de 80 años. El sobrepeso aumenta en hombres en la década de 60-69 años, mientras que en las mujeres el valor máximo se observa en la década de 30-39 años. En el caso de la obesidad, la prevalencia más alta se presenta en el grupo de edad de 40 a 49 años en hombres y de 50 a 59 años en las mujeres. La prevalencia de obesidad fue 28.5% más alta en las localidades urbanas¹.

En el grupo de los adolescentes, los resultados apuntan a que 35% tiene sobrepeso u obesidad, esto es, más de 6 millones de personas entre 12 y 19 años de edad. Además, indica que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años ha registrado ascenso a lo largo del tiempo, en 1988 era de 7.8% mientras que en 2012 ha llegado a 9.7%.

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en los escolares en 2012, utilizando los criterios de la OMS, fue de 34.4%. Para las niñas esta cifra es de 32% y para los niños de 36.9%. Estas prevalencias representan alrededor de 5 millones 664 mil niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional.

Sobrepeso y Obesidad en México, ENSANUT 2012



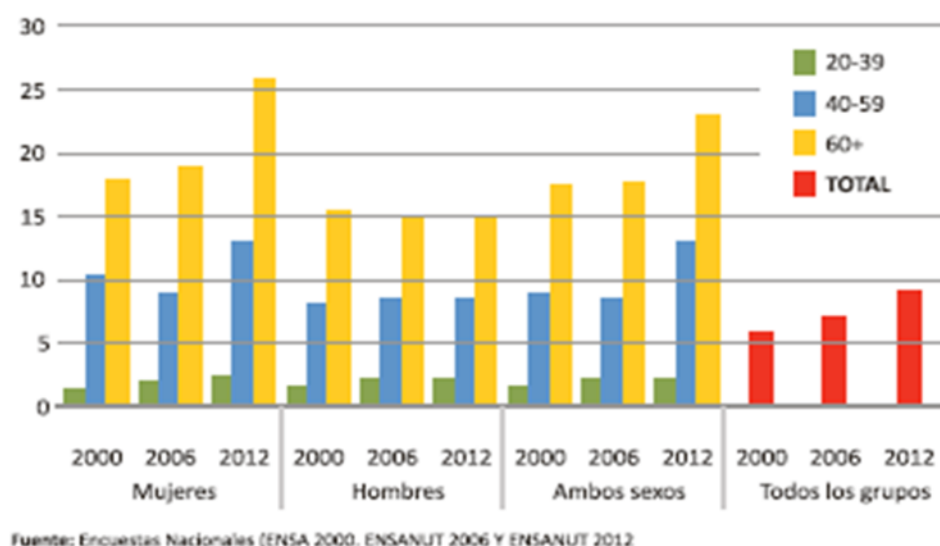
Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

El aumento en la prevalencia de obesidad en México se encuentra entre los más rápidos, documentados en el plano mundial.

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 2012, “la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.2%, lo que muestra un incremento importante en comparación con la proporción reportada en la ENSA 2000 (5.8%) y en la ENSANUT 2006 (7%)”

En la ENSANUT 2012, 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 (19.4%) y en hombres (19.1%). Para los grupos de 60 a 69 años se observó una prevalencia ligeramente mayor en mujeres que en hombres (26.3 y 24.1%, respectivamente) que se acentuó en el grupo de 70 a 79 años (27.4 y 21.5%, respectivamente).

Prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 por grupos de edad y sexo, 2000-2012



Por lo que se refiere a la atención de la diabetes mellitus, el reto de salud más importante para los adultos mexicanos, los resultados de la ENSANUT 2012 muestran que ha habido un progreso importante en la atención a este padecimiento, con un incremento en el porcentaje de pacientes con control adecuado de 5.29% en 2006 a 24.5% en 2012. No obstante, esta misma cifra indica que aún tres de cada cuatro diabéticos requieren mayor control del padecimiento que permita reducir las complicaciones que se presentan. Esta mejoría en el control se asocia igualmente con un diagnóstico más temprano y con un incremento en el uso de insulina para el tratamiento.

Perspectiva Local

Distrito Federal

En términos de los retos en salud, por su magnitud poblacional y por lo que representa la transición demográfica y epidemiológica, los adultos son un elemento fundamental para la respuesta de los Servicios Salud del Distrito Federal. El envejecimiento poblacional, debido principalmente al control directo e indirecto de las enfermedades infecciosas y a la disminución de la tasa de fecundidad, influye en gran medida en la frecuencia de enfermedades crónicas y, por consiguiente, en el uso de los servicios médicos preventivos y

curativos. La prevención y el manejo de los padecimientos crónicos, representa el núcleo del reto para el Sistema de Salud, a la vez que para el bienestar poblacional⁸.

En el Distrito Federal de forma similar al país, los padecimientos crónicos constituyen el principal reto en salud, lo que llama a fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud ante estas condiciones. La carga de la enfermedad que representaron diabetes e hipertensión, de acuerdo con las cifras que se reporta sobre la obesidad, deben de tener una respuesta focalizada, que genere una oferta de calidad para el control de estos padecimientos. Al mismo tiempo, la presencia de estilos de vida no saludables, denotados por la importante prevalencia de consumo de alcohol y tabaco, exacerba el reto de los padecimientos crónicos y llama a fortalecer el abordaje preventivo⁹.

La diabetes mellitus, el sobrepeso y la obesidad comparten cuatro factores conductuales de riesgo: consumo de tabaco, dieta incorrecta, inactividad física y uso nocivo del alcohol. Algunas de las enfermedades no transmisibles tienen una estrecha relación con el exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad), situación que es reconocida como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece, debido a que aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles¹⁰.

Los costos asociados al tratamiento del sobrepeso, obesidad y diabetes y sus complicaciones, representan una grave carga para los servicios de salud y para los pacientes. La discapacidad generada por la diabetes resulta mucho más costosa que las acciones dirigidas a la prevención y al control de las enfermedades.

Se debe tomar en cuenta que el paciente durante su enfermedad se deja de ser productivo, generando gastos por incapacidad al propio Estado y en los últimos años de su vida, se convierte en una carga para su propia familia, la cual necesita invertir además en una alimentación diferente¹¹.

Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica de origen multifactorial, inicialmente no se presentan síntomas por lo que en ocasiones no hay una detección oportuna de dicha patología, por ende se detecta tardíamente y no se trata de manera oportuna, lo que ocasiona diversas complicaciones sistémicas, originado patologías cardiovasculares, ceguera, falla renal, amputación de las extremidades inferiores y muerte prematura¹².

La OMS ha estimado que desde 1995 se ha triplicado el número de personas que padecen diabetes mellitus, con una cifra actual evaluada en más de 347 millones de personas que viven con ésta patología.

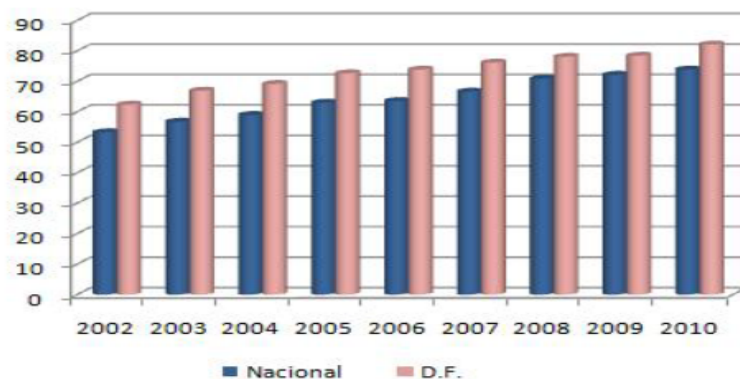
Desde el 2007 se ha señalado la elevada prevalencia de condiciones comórbidas en la población diabética así como problemas en la calidad de atención, lo cual contribuye de manera significativa en la alta incidencia de complicaciones macro y micro vasculares.

Se ha observado que la presencia de DM reduce entre 5 y 10 años la esperanza de vida; en México en el 2010, la edad promedio de muerte por dicha patología fue de 66.7 años.

La mortalidad por Diabetes en el Distrito Federal en 2009 registró una cifra de 8,911 defunciones, con una tasa de 85.5 por 100,000 habitantes, siendo la segunda causa de muerte. Entre la mortalidad general, las enfermedades del corazón siguen siendo la primer causa con un total de 10,862 defunciones en el 2009 y una tasa de mortalidad de 122.8 por 100,000 habitantes³.

GRAFICO 1

**Tasa de Mortalidad por Diabetes Mellitus
Nacional-Distrito Federal**

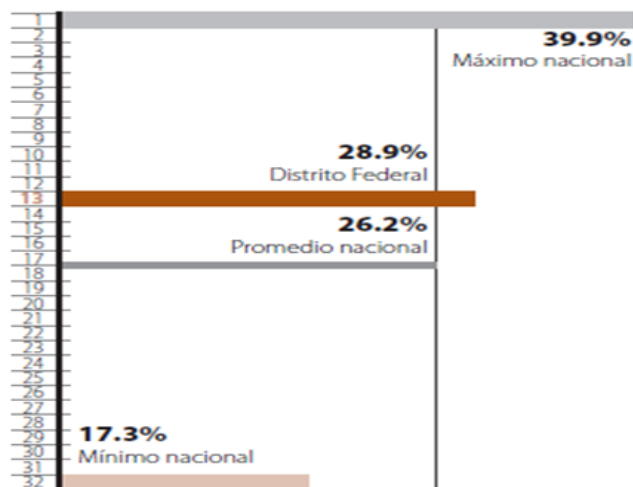


Fuente: SSPDF

En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de diabetes mellitus por diagnóstico médico previo en el Distrito Federal (Grafico 2 y 3) se ubicó por arriba de la media nacional (17.3%)¹.

GRAFICO 2

**Prueba de Detección de Diabetes en Mayores de 20 años
Distrito Federal, ENSANUT 2012**



Fuente: ENSANUT 2012

GRAFICO 3

Porcentaje de Adultos que Reportan Diagnóstico Previo de Diabetes Distrito Federal, México, ENSANUT 2012

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
20-39	16.3	1.3	32.0	2.1	48.3	1.7
40-59	208.2	19.4	165.6	13.6	373.8	16.3
60 o más	138.9	27.6	205.5	31.4	344.4	29.7
Total	363.5	12.7	403.1	11.9	766.5	12.3

* Frecuencia en miles

Fuente: ENSANUT 2012

Enfermedades del corazón

Según la OMS dieciséis millones de personas murieron en todo el mundo durante el año 2002 a causas de distintas "enfermedades" circulatorias y patologías cardiovasculares, cerebrovasculares y otras entidades cardiacas por lo que constituyen la primera causa de muerte en las sociedades industrializadas¹³.

La sociedad occidental, por poder adquisitivo y la gran oferta que encuentra de productos ricos en grasas, está consumiendo aproximadamente un 40% del total calórico en forma de grasa, esta tendencia se ha demostrado perjudicial para la salud, sobre todo si las grasas consumidas son de origen animal^{11,14}.

En las enfermedades cardiovasculares constituye sin lugar a duda el principal problema de la población adulta de nuestro país, y ocupan el primer lugar como causa de muerte para los mayores de 45 años, desafortunadamente las enfermedades del corazón son silenciosas y dan pocas señales de alerta.

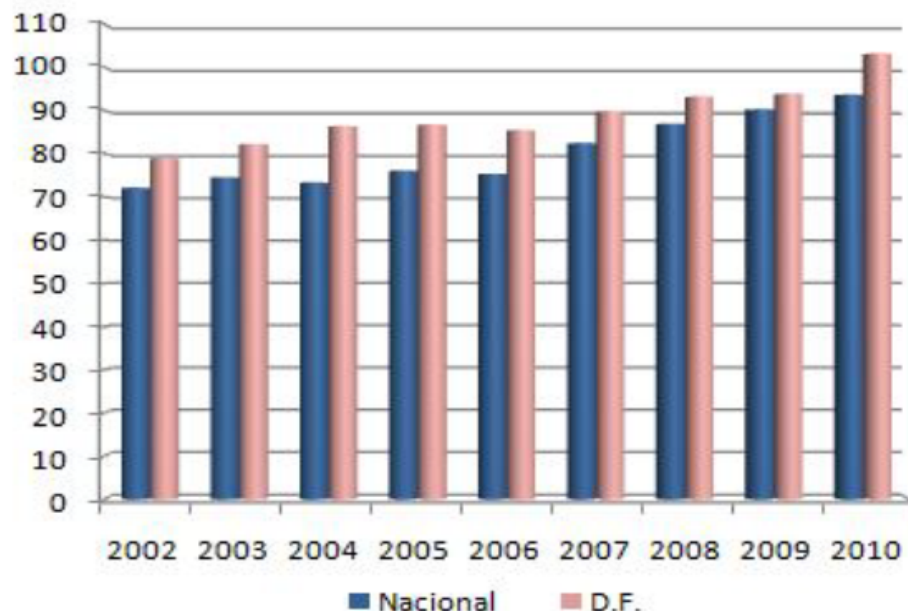
Así como ciertas formas de cáncer y aterosclerosis se han relevado con un elevado consumo de grasa, junto con una disminución en el consumo de fibra. Por lo que se recomienda que la cantidad de grasa de la dieta aporte el 30% del total calórico. También se aconseja reducir la ingesta de colesterol a 300mg/día, aunque el nexo entre colesterol y enfermedad cardiovascular no parece demasiado significativo¹⁵.

El mantenimiento de una salud cardiovascular óptima deberá de ser a través de una dieta apropiada, ejercicio regular, y evaluaciones médicas preventivas regulares.

De esta manera, la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón del D.F. se asemeja mucho a la mortalidad nacional como lo demuestran el Gráfico 4³.

GRAFICO 4

Tasa de Mortalidad por Enfermedades del Corazón Nacional-Distrito Federal



Fuente: SSPDF

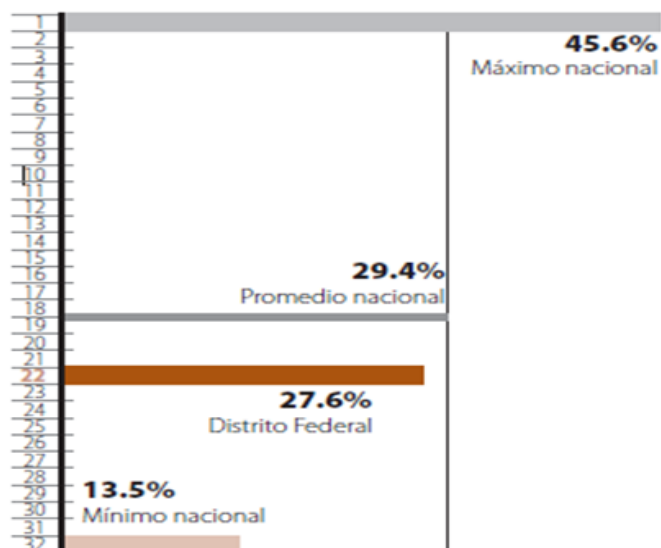
La prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en personas de 20 años de edad o más en el Distrito Federal fue de 22.0%, la cual aumentó en 17.6% respecto a la prevalencia reportada en la ENSANUT 2006 (18.7%).

La prevalencia de hipertensión arterial fue de 25.9% en mujeres y 17.5% en hombres. Tanto en hombres como en mujeres, se observó una mayor prevalencia de hipertensión arterial a partir de los 40 años (18.8% en hombres y 26.4% en mujeres), que aumentó considerablemente en el grupo de 60 años o más (43.4% en hombres y 53.2% en mujeres). En los hombres, en la población de 60 años o más tuvo una prevalencia 6.9 veces mayor que la prevalencia en la población de 20 a 39 años, mientras que en las mujeres fue 3.9 veces mayor¹.

En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en el Distrito Federal se ubicó por arriba de la media nacional, como se observa en el Gráfico 5.

GRAFICO 5

Prueba de Detección de Hipertensión Arterial en Mayores de 20 años Distrito Federal, ENSANUT 2012



Fuente: ENSANUT 2012

Sobrepeso y Obesidad

El sobrepeso y la obesidad es un problema de salud pública que afecta a 7 de cada 10 hombres y mujeres de 20 años o más en el Distrito Federal¹⁶. Estas cifras son similares a las reportadas a nivel nacional. Las prevalencias de sobrepeso y obesidad, así como de obesidad abdominal siguen una tendencia creciente en los últimos seis años y afectan tanto a hombres como a mujeres. Por lo tanto, intervenir sobre los factores de riesgo que inducen la obesidad en la población adulta debe ser una prioridad al planificar acciones y políticas para su prevención y control.

Actualmente el desarrollo de sobrepeso y obesidad obedece a la presencia de diversos factores de riesgo modificables como los inadecuados hábitos de alimentación, el sedentarismo, el consumo de aditivos que potencian el sabor, preservan y prolongan la vida útil de los alimentos industrializados, el cambio en los estilos de vida que llevan a disminuir la práctica de actividad física y la desnutrición materno infantil; sin dejar de lado los factores no modificables como la herencia, alteraciones genéticas, neuroendocrinas y metabólicas que intervienen de manera significativa en la prevalencia de dichos padecimientos^{6, 11, 17}.

El sobrepeso y la obesidad se relaciona con el riesgo de padecer enfermedades como: DM2, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, hiperlipidemias, enfermedad hepática, colestasis, y algunos tipos de cáncer entre otras¹⁵.

Se ha determinado que la infancia y adolescencia son consideradas etapas fundamentales para la formación del ser humano, para su crecimiento y desarrollo en la cual deben de recibir una correcta alimentación sin embargo el cambio en los patrones de alimentación y el estilo de vida ha generado el incremento de la prevalencia de obesidad en etapas tempranas de la vida. La probabilidad de que persista la obesidad infantil en la adultez es del 20% a los 4 años de edad y del 80% en la adolescencia. Uno de los aspectos más importantes sobre la obesidad se refiere a la posibilidad de prevenir o reducir durante la adolescencia los factores de riesgo para la salud asociados con el exceso de grasa^{3, 17}.

En el Distrito Federal se tienen cifras del 42.6% de personas mayores de 20 años con problema de sobrepeso lo que equivale a un total de 2'600 mil personas, mientras que la obesidad afecta a un total de 1'650 mil personas. Según ENSANUT 2012, la prevalencia de las categorías de índice de masa corporal (IMC) de acuerdo con los puntos de corte de la OMS, estratificado por sexo o por localidad. En este Gráfico 6 puede observarse que la prevalencia de sobrepeso y obesidad ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) en mujeres fue de 73.5% y en hombres de 74.3%^{3,16}.

La prevalencia de obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) fue 65% más alta en mujeres (37.7%) que en hombres (29.5%), diferencia estadísticamente significativa, mientras que la prevalencia de sobrepeso fue mayor en hombres (44.8%) que en mujeres (35.7%)¹.

GRAFICO 6

Comparación del Estado Nutricional de Adultos de 20 Años y más, según Índice de Masa Corporal, Por Sexo, Distrito Federal, México, ENASANUT 2006 y 2007

Condición	Masculino				Femenino				Total ambos sexos			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%
Desnutrición	7	2.9	0.1	0.0-0.8	8	38.0	1.145	0.5-2.7	8	40.9	0.7	0.3-1.5
Adecuado	142	716.5	25.6	19.8-32.4	256	844.2	25.4	21.2-30.1	256	1 560.7	25.5	22.0-29.4
Sobrepeso	230	1 254.9	44.8	39.6-50.2	442	1 187.7	35.74	30.9-40.9	442	2 442.6	39.9	36.4-43.5
Obesidad	236	825.3	29.5	24.3-35.2	371	1 253.6	37.72	32.4-43.4	371	2 078.9	34.0	30.0-38.2
Obesidad abdominal	338	2 014.7	72.4	65.0-78.7	524	2 739.6	84.3	79.8-88.0	862	4 754.3	78.8	75.0-82.2

* Puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud: sobrepeso 25-29.9 kg/m^2 , y obesidad $\geq 30 \text{ kg/m}^2$

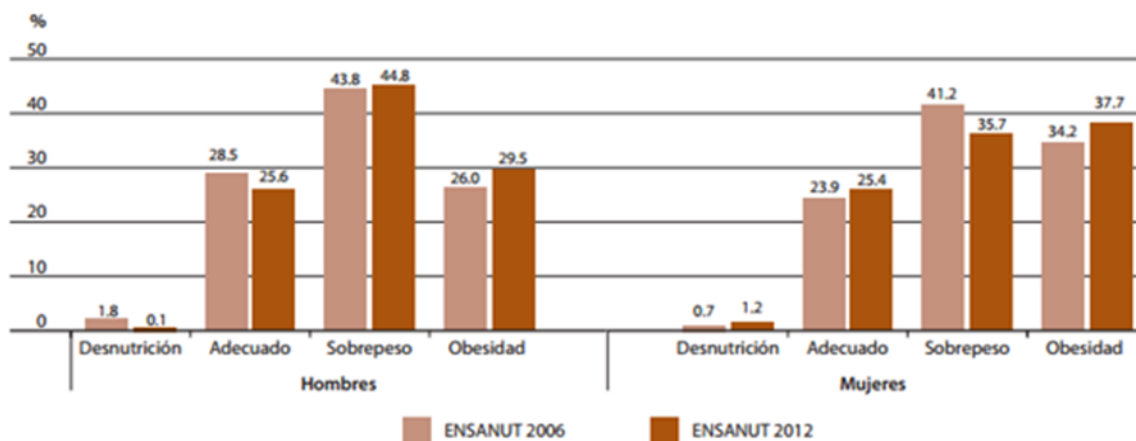
IC= Intervalo de confianza

Fuente: ENSANUT 2012

La tendencia en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los últimos seis años en el D.F. se reporta un incremento de 13.4% en la prevalencia de obesidad en el caso de los hombres, y un incremento de 10.3% en la prevalencia de sobrepeso en el caso de las mujeres. No existieron cambios significativos en el periodo comprendido entre los años 2006 y 2012 en la prevalencia de sobrepeso en los hombres y de obesidad en las mujeres. En esta comparación entre las encuestas de 2006 y 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en conjunto ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) incrementó 4.5 puntos porcentuales en hombres y 2.0 puntos porcentuales en mujeres. (Gráfico 7)^{3, 16}.

GRAFICO 7

Comparación del Estado Nutricional entre Hombres y Mujeres de 20 años y más De acuerdo al Índice de Masa Corporal, Distrito Federal, México, ENASANUT 2006 y 2007



* Puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud: sobrepeso 25-29.9 kg/m², y obesidad ≥ 30 kg/m²

Fuente: ENASANUT 2012

Actividad Física

La Estrategia Estatal, tiene contemplado el fortalecimiento de la actividad física entre los habitantes del Distrito Federal.

Nuestros dos pilares fundamentales: Nutrición adecuada y Actividad Física, deberán de verse fortalecidos en cada una de las acciones que llevaremos a cabo con el objetivo de sensibilizar y concientizar a la población de la importancia que ofrece una activación física sostenida en cualquier grupo de edad.

La actividad física regular se asocia a menor riesgo de enfermedad cardiovascular, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, mortalidad cardiovascular y total¹⁸.

La actividad física no sólo aumenta el consumo de calorías sino también el metabolismo basal, que puede permanecer elevado después de 30 minutos de acabar una actividad física moderada. La tasa metabólica basal puede aumentar un 10% durante 48 horas después de la actividad física. La actividad física moderada no aumenta el apetito, incluso lo reduce. Una reducción de calorías en la dieta junto con la actividad física puede producir una pérdida de grasa corporal del 98%, mientras que si sólo se produce una reducción de calorías en la dieta se pierde un 25% de masa corporal magra, es decir, músculo, y menos de un 75% de la grasa^{18, 19}.

En el Distrito Federal, como en el resto del país, así como lo muestra el Gráfico 8. La resistencia a la práctica diaria de una actividad física es muy similar; de tal manera que las intervenciones deberán de ser muy precisas para favorecer este cambio en la población¹⁶.

GRAFICO 8

Distribución de la Actividad Física en Adultos de 10 a 69 años, Distrito Federal, México, ENASANUT 2012

Indicador*	Estatad				Nacional			
	Muestra n	Expansión*			Muestra n	Expansión*		
		N (miles)	%	IC95% [§]		N (miles)	%	IC95% [§]
Inactivos [¶]	39	1 123.0	18.0	12.0-26.1	1 935	12 385.7	17.4	15.9-18.6
Moderadamente activos [¶]	34	1 200.1	19.2	12.2-28.9	1 188	8 444.6	11.9	10.6-13.2
Activos [¶]	125	3 924.0	62.8	53.2-71.5	7 953	50 150.8	70.7	69.1-72.5
Total	198	6 247.1	100.0		11 076	70 981.0	100.0	

* Reportado en los últimos siete días

¶ Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos)

§ Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

¶ No cumplen lo mínimo recomendado por las guías de la OMS

¶ Actividad física vigorosa = 75 min/sem, o actividad física moderada = 150 min/sem

* Actividad física vigorosa ≥ 300 min/sem, o actividad física moderada ≥ 150 min/sem

Fuente: ENSANUT 2012

Es evidente que estamos ante un reto de salud importante para la población, que si bien ha habido un progreso importante en la atención a estos padecimientos, con un incremento en el porcentaje de pacientes con control adecuado de 5.3% en 2006 a 24.5% en 2012; 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.

Un análisis de la transición epidemiológica en México encontró que las enfermedades no transmisibles causaron 75% del total de las muertes y 68% de los años de vida potencialmente perdidos. Las principales causas de muerte fueron enfermedad isquémica del corazón (EIC), DM2, enfermedad cerebrovascular, y cirrosis hepática. El porcentaje de mortalidad atribuible a Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (HTA) fue mayor a 17% del total de las enfermedades no transmisibles en México durante 2006, las cuales tienen una importante asociación con la obesidad¹³.

2.1 Regulación

En materia regulatoria, durante los últimos años se han realizado esfuerzos entre los que destaca el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA), en el marco del cual se emitieron los Lineamientos Generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica.

Sin embargo, no se ha logrado alcanzar el impacto esperado en los mecanismos de comercialización y publicidad de los alimentos y bebidas procesadas; por lo que se abren áreas de oportunidad respecto de las mejores prácticas internacionales en la materia.

En el ámbito de la publicidad, en el año 2010, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" reveló que México era el país con la mayor cantidad de anuncios de alimentos con alta densidad energética, difundidos por televisión.

El estudio "La desnutrición infantil y obesidad en la pobreza en México" señalaba que en 2010 si un niño pasaba en promedio dos horas diarias frente a la televisión habría visto más de 12 mil 400 anuncios de alimentos con alta densidad energética en un año. Si bien, la industria se autorreguló tras la inclusión del Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas dirigida al Público Infantil (Código PABI), disminuyendo el número de anuncios televisivos, no se debe descuidar este aspecto en la prevención de la obesidad y el sobrepeso, especialmente en la población infantil.

Los aumentos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos, documentados

en el plano mundial.

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 2012, “la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.2%, lo que muestra un incremento importante en comparación con la proporción reportada en la ENSA 2000 (5.8%) y en la ENSANUT 2006 (7%)”.

En la ENSANUT 2012, 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 (19.4%) y en hombres (19.1%). Para los grupos de 60a 69 años se observó una prevalencia ligeramente mayor en mujeres que en hombres (26.3 y 24.1%, respectivamente) que se acentuó en el grupo de 70 a 79 años (27.4 y 21.5%, respectivamente).

III. Antecedentes

Dentro de las acciones que el Distrito Federal ha implementado para dar respuesta a este importante reto de salud pública, podemos mencionar:

Antecedentes en el Distrito Federal

3.1 Consultorios de Enfermedades Crónicas

Derivado de la problemática y necesidades en torno a la atención de las enfermedades crónicas, en el año 2011 se consideró la necesidad de mejorar la atención al enfermo crónico, a través de personal médico capacitado expofeso para esta actividad. De esta forma se crearon los “Consultorio de Enfermedades Crónicas”, en los Centros de Salud T - II y T –III, en total 120 consultorios, cada uno con un médico capacitado y equipado con los recursos necesarios. En apoyo al médico se cuenta con una enfermera, a quien se le ha ido capacitando paulatinamente como educadora en diabetes.

Actividades propias de éste servicio:

- Atención a las siguientes enfermedades: Diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, dislipidemias y síndrome metabólico.
- Atención en el horario del médico responsable del Consultorio.
- Atención integral cuando el Centro de Salud cuente con los servicios de: Odontología, nutrición, trabajo social o psicología.
- Capacitación permanente y paulatina al personal médico y paramédico que da apoyo al servicio.
- Promoción entre la población usuaria de la existencia del servicio, a través de periódicos murales, volantes, trípticos y pláticas dirigidas en las salas de espera a los usuarios de la unidad.
- Los pacientes no controlados en los diferentes Centros de salud son transferidos a los Consultorios de Enfermedades Crónicas.
- Los consultorios deben integrar a su servicio el expediente clínico y tarjetero.
- Una vez controlado el paciente se reintegra bajo un tratamiento supervisado con su médico tratante.
- La atención que se otorgue en los Consultorios de Enfermedades Crónicas es exclusivamente para la atención de pacientes cuyo motivo de consulta sea cualquiera de los padecimientos identificados como crónicos.
- Cuando un paciente perteneciente a los Consultorios solicite atención médica por causas diferentes (no crónicas) a su padecimiento, puede ser atendido en otro consultorio médico.

- Se solicita apoyo a trabajo social o psicología para que el paciente conozca los beneficios que le otorga el servicio.
- Se considera la productividad promedio diaria del servicio en 10 consultas médicas. Tres de primera vez y siete subsecuentes.
- La consulta de primera vez considera la revisión de las notas médicas anteriores y la actualización del expediente clínico en caso necesario. El tiempo estimado para una consulta de primera vez es de una hora.
- Durante la primera consulta el médico deberá tomar nota de las cifras basales encontradas en esta primer atención y debe incluir:
 - . Glucosa en sangre, postprandial o casual.
 - . Hemoglobina glucosilada.
 - . Presión arterial.
 - . Peso.
 - . Talla.
 - . Índice de masa corporal.
 - . Medición de cintura (hombres y mujeres).
 - . Exploración podológica.
 - . Fondo de ojo.

Durante la primera consulta médica en los Consultorios de Enfermedades Crónicas, el médico solicita los exámenes de laboratorio que considere pertinentes.

- . Colesterol
- . Triglicéridos
- . Albúmina en orina

Las recomendaciones durante la primera consulta deberán incluir:

- . Plan de alimentación individualizado.
 - . Recomendaciones antitabaco.
 - . Recomendaciones relacionadas con el consumo del alcohol.
 - . Plan individualizado de actividad física.
 - . Plan de cuidados de enfermería.
- La duración de la consulta subsecuente se estima en 30 minutos.
 - El número de pacientes de primera vez que se considera que el médico debe tener en un año es de 400.
 - El médico responsable de la clínica promoverá la detección a través del cuestionario de detección integral a los acompañantes mayores de 20 años del paciente en tratamiento.
 - Los pacientes que inicialmente trataba el médico que ha sido designado como responsable de los Consultorios de Enfermedades Crónicas, serán distribuidos entre el resto de los médicos de la Unidad de Salud.
 - La evaluación del médico responsable de los Consultorios se realizará con base al cumplimiento de metas, al número de pacientes en control y a la calidad de la atención. No se considera como indicador definitivo la productividad diaria.
 - Durante la primera consulta médica que se otorgue al paciente en los Consultorios de Enfermedades crónicas, se actualizará el Expediente Clínico del paciente, el tarjetero y el censo nominal del paciente.

3.2 Unidades de Salud de Detección Oportuna (USDO)

Este proyecto opera independiente a los Centros de Salud y tiene como objetivo el acercar los servicios de salud de carácter preventivo a la población, de manera específica a los transeúntes que viajan diariamente en el Sistema de Transporte Colectivo "Metro", donde circulan 5 millones de habitantes diariamente.

El financiamiento del Gobierno Federal "Sistema de Protección Social en Salud" (Seguro Popular) hace sustentable este proyecto, que identifica sistemática y oportunamente factores de riesgo y enfermedades desde sus etapas asintomáticas en iniciales.

Se brinda seguimiento a todos los casos según corresponda, es decir, todos los casos positivos se envían a consultorios establecidos y módulos periféricos en los 220 Centros de Salud del Distrito Federal, además, se les da una atención integral en los diferentes centros de Salud.

Se cuenta con una batería de 20 estudios de laboratorio y gabinete los cuáles son: biometría hemática completa con plaquetas, examen general de orina, química sanguínea de 6 elementos, exudado faríngeo, glucosa, curva de tolerancia la glucosa, hemoglobina glicosilada, coproparasitoscópico, prueba de VIH, reacciones febriles, papanicolaou, grupo sanguíneo Rh, antígeno prostático, prueba de embarazo, cuantificación de gonadotropina coriónica, electrocardiograma, densitometría ósea, ultrasonido obstétrico, ultrasonido mamario, mastografía.

Lo anterior permite identificar 69 tipos de padecimientos, los que encabezan las enfermedades crónico-degenerativas, (Obesidad, Hipertensión, Dislipidemia, Diabetes Mellitus y Daño Renal).

Es necesario invertir en la prevención, siendo ventajosa en costos, ya que es más barato cimentar una cultura de prevención a los habitantes del Distrito Federal, con servicios integral de detección oportuna, anticipativo, y de participación de los usuarios, que fortalezcan los Servicios de Salud Pública, tanto a corto, mediano y largo plazo.

Las USDO fueron diseñadas para atender a la población que carece de un seguro social laboral, y que en las mismas "USDO" son afiliados al Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal (Seguro Popular), y adquieren su derechohabencia de inmediato, así mismo pueden acudir referidos por un Centro de Salud, personas en Transito dentro del Sistema de Transporte Colectivo "Metro", incluso enviados por un Médico Particular.

En la actualidad se cuenta con 12 unidades ubicadas en las estaciones del Sistema de Transporte Colectivo Metro, distribuidas de la siguiente manera llevando el nombre de la estación donde se encuentra ubicada:

USDO candelaria en la línea 1; USDO Ermita en la línea 2, USDO Instituto del Petróleo en la línea 6, USDO Martín Carrera en la línea 4, USDO Mixcoac en la línea 7; USDO Pantitlán en la línea 5, USDO Rosario en el de la línea 6 y 7; USDO San Lázaro en la línea 1; USDO Tacuba en la línea 2; USDO Tacubaya en la línea 1; USDO Taxqueña en la línea 2; USDO Zaragoza en la línea 1 y se encuentran localizadas dos en la Central de Abastos, ubicadas una en el pasillo K-L y la otra en la Avenida Principal (en Subasta).

Los pacientes se realizan los estudios y ese mismo día por la tarde, o al día siguiente pueden regresar a recoger los resultados, pasan con el médico quien da una explicación integral del estado de salud, brinda una orientación y consejería con recomendaciones personalizadas para empoderar a la población en adoptar estilos de vida saludables, además, se refieren al Centro de Salud u Hospital que les corresponda de acuerdo a domicilio o patología.

Todos los estos casos se notifican sistemáticamente y semanalmente a la Jurisdicción Sanitaria a la que corresponden para que en caso de no contar con algún paciente sea buscado por trabajo social y lo invite a llevar su control, los casos urgentes son de notificación inmediata, además con el fin de garantizar que los pacientes lleven un seguimiento, a su vez se turna copia electrónica a la Coordinación de Atención Domiciliaria,

área responsable de nutrirnos con el seguimiento de los casos, quien depende de la Dirección de Atención Médica de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF).

3.3 Centro de Especialidades en el Manejo de la Diabetes

Una de las estrategias desarrolladas por las autoridades de Salud del Distrito Federal, ha sido el acercar los servicios médicos especializados a la población, y con ello, agilizar la atención médica del enfermo y lograr de manera pronta y efectiva, el control del padecimiento.

La estrategia contempla el uso de la tecnología más avanzada y la atención integral de los pacientes a través de equipos especializados e interdisciplinarios, considerando en todo momento una atención de la más alta calidad que asegure el control de los padecimientos, así como la limitación de los daños a la salud y las complicaciones propias de los padecimientos. El Centro de Especialidades es además un Centro de Capacitación para todo el personal médico y paramédico de los Servicios de Salud del Distrito Federal.

El Centro Especializado cuenta con recursos y facultades para brindar una atención de la más alta calidad en un primer nivel de atención. El éxito de la Unidad radica en la atención médica integral que se otorga al paciente, a través de personal inter disciplinario.

Es la Unidad de referencia para el resto de las Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención, ya que a ésta son referidos los pacientes no controlados.

En esta Unidad se promueve la uniformidad en el manejo médico que se otorga al paciente crónico, a través de la capacitación permanente del personal de salud.

El Centro Especializado se ha convertido en el eje central del Sistema de Atención al Paciente Diabético, quien es detectado en un inicio por el médico general de uno de los 220 Centros de Salud que existen en el Distrito Federal.

Cuando el médico general del centro de salud no logra el control metabólico del paciente, se refiere a uno de los 120 consultorios de Enfermedades Crónicas, con que cuenta la Secretaría, estos consultorios cuentan con médicos y enfermeras capacitados especialmente en el manejo de las enfermedades crónicas. En caso de no lograr el control de los pacientes en estos espacios, se refiere nuevamente al paciente a las Unidades Médicas Especializadas en Enfermedades Crónicas (UNEME's EC), de no ser controlado el paciente se refiere al Centro Especializado. En cualquiera de estos ámbitos el personal médico está capacitado para solicitar interconsulta de especialidad en el Centro de Especialidades.

Los servicios con los que cuenta el Centro de Especialidades son: Medicina Integrativa, Cardiología, Medicina interna, Nefrología, Oftalmología, Gineco-obstetricia, Pediatría, Nutrición, Psicología, Podología, Epidemiología, Odontología, Medicina del deporte, Enfermería, Educación en Diabetes, Gimnasio, Servicio de Chef, Admisión y Trabajo Social.

Se cuenta además con diversos apoyos: Ultra sonógrafo con Doppler, Cámara Hiperbárica, Analizador Corporal, Espirómetro, Banda de Esfuerzo, Equipo de Cardio bioimpedancia, Call Center, Laboratorio Clínico, Equipo de Rayos X, Farmacia (uso de medicamentos innovadores e insulina), Inmunizaciones y Auditorio.

Los procedimientos para la atención de los pacientes contemplan: Uso del Expediente Electrónico, Manejo Interdisciplinario, Monitoreo del paciente, Atención de trastornos de la alimentación, Educación en Salud, Tratamiento integral, Prevención de complicaciones y Apego al tratamiento.

Los servicios de psicología, nutrición, educación en diabetes y podología forman parte integral de la atención al paciente.

3.4 Grupos de Ayuda Mutua

Tiene como objetivo lograr que sus integrantes alcancen las metas de tratamiento para coadyuvar en el control de su padecimiento y así evitar las complicaciones.

Requisitos para participar en la Acreditación

- Estar reportado en el Sistema de Información en Salud (SIS) y Catálogo Nacional de Grupos de Ayuda Mutua.
- Contar con Acta de Integración de GAM.
- Disponer del Registro mensual de las Metas de Tratamiento (mínimo tres meses consecutivos).
- Insumos necesarios para el funcionamiento del GAM.
- Documentos Básicos (NOM`s, Manuales, guías, etc.)

Requisitos para Acreditación

- Informar de la Acreditación a nivel estatal y nacional con oficio firmado por sus autoridades.
- Llevar a cabo el proceso de Acreditación el día y la hora establecida
- Enviar el "Formato para Acreditación de Grupos de Ayuda Mutua" con el resultado, firmado y sellado.
- Haber realizado la captura completa de GAM en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Grupos de Ayuda Mutua.
- Una vez que se cuente con el expediente completo, se verifique la captura completa en el SIVEGAM, se asegura la constancia de acreditación.

Criterios de Acreditación

- Cubrir los requisitos de participación.
- Los grupos estarán constituidos por al menos 20 integrantes.
- Podrán incorporarse al 10% de sanos en estos grupos (los resultados de las mediciones de estos pacientes no se incluirán en la evaluación).
- Deberán estar al momento de la acreditación al menos el 85% de los integrantes de los integrantes del grupo de inicio.
- Disminución del 3% de peso corporal grupal o disminución de 2 cm de cintura (solo se evaluará a los pacientes que en el registro basal tengan el índice de masa corporal $\geq$ de 25)
- Promedio grupal de glucosa igual o menor a 126 mg/dl entre los integrantes con diabetes o diabéticos mixtos
- Promedio grupal de cifras de presión arterial igual o menor de 140/90 mm Hg Entre los integrantes con hipertensión o hipertensos mixto.
- La vigencia de la acreditación será de dos años.
-

3.5 Programa: Muévete y Métete en Cintura

En México, 8 de cada 10 personas mayores de 30 años no realiza ninguna actividad física y la clase de educación física en escuelas primarias se realiza una vez a la semana y dura 39 minutos, en promedio y sólo 9 minutos de actividad moderada o intensa. La falta de ejercicio es uno de los principales factores del sobrepeso y la obesidad.

El problema del sobrepeso y la obesidad se han convertido en el principal problema de salud pública en México, pues es el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, primeras causas de muerte en el Distrito Federal.

Los costos de sus efectos en vidas humanas, económicos y sociales son muy altos y su tendencia va en aumento.

Por ello, el Gobierno del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud Pública del DF, realizan intervenciones de prevención y promoción de la salud, como la Campaña del Programa “Muévete y Métete en Cintura”, las acciones de detección y referencia y la atención con planes alimenticios.

El objetivo del Programa Muévete y Métete en Cintura es generar un amplio movimiento social informado y organizado para promover estilos de vida saludables, a través acciones de orientación alimentaria y fomento de la actividad física.

3.6 Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria.

En 2010, tras un análisis del problema que representan el sobrepeso y la obesidad, la Secretaría de Salud impulsó la creación del Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA). Este acuerdo fue concertado por el Gobierno Federal junto con la participación de la industria, organismos no gubernamentales.

El ANSA tiene como principal objetivo: Revertir la epidemia de enfermedades no transmisibles, derivadas del sobrepeso y la obesidad, con acciones dirigidas especialmente a los menores de edad. Asimismo, define 10 objetivos que podrían contribuir de forma efectiva a la contención y eventual reversión de la epidemia de obesidad.

La estrategia hace hincapié en el hecho de que la prevención de la obesidad es una responsabilidad del Estado, responsabilidad fundamental para la sustentabilidad del desarrollo nacional.

Los dos factores de riesgo sobre los que se enfoca son: la insuficiente actividad física e ingestión de alimentos saludables en la población y los determinantes económicos y de mercado, sociales, culturales y legales que contribuyen a generar un ambiente poco propicio para llevar una vida saludable. Ahora bien, al analizar su desarrollo, se encuentran aspectos que limitaron su alcance e impacto. Entre ellos podemos mencionar la ausencia de un marco jurídico que garantizara la puesta en marcha de las acciones planteadas.

El 23 de agosto de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica. Dicho documento tiene como propósito “establecer acciones que promuevan una alimentación y entorno saludable e impulsen una cultura de hábitos alimentarios que favorezca la adopción de una dieta correcta para la prevención del sobrepeso y la obesidad”.

Este Acuerdo incluye un Anexo Único donde se describen las características nutrimentales del tipo de alimentos y bebidas que facilitan una alimentación correcta, incluye alimentos preparados y procesados, promoviendo el consumo de verduras, frutas y agua simple potable.

3.7 Comisión Institucional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas.

Con fundamento en la Ley General de Salud, reglamentaria del artículo 4º Constitucional, el 11 de febrero de 2010 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo por el que se crea en el Distrito Federal la **“Comisión Institucional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas”** como la instancia de control permanente en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia en la población que reside en el Distrito Federal y sus factores de riesgo quedando instalado a partir del 12 de mayo del mismo año, fecha en que se realizó su primera sesión plenaria.

La Comisión tiene como objetivo coadyuvar a establecer mecanismos interinstitucionales de prevención y control, así como los instrumentos capaces de abordar rápida, ordenada y eficazmente las necesidades de atención a la salud generadas por las enfermedades de este tipo en la población afectada.

El Consejo está integrado por representantes de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y las secretarías de Economía, Trabajo y Previsión Social, Educación Pública y Agricultura, Ganadería, Recursos Naturales y Pesca.

Antecedentes Internacionales

Declaración Ministerial para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles de México 2011

En el año 2011, tuvo lugar en nuestro país la Consulta Regional de Alto Nivel de la Américas contra las ECNT y la Obesidad. En dicho evento, los ministros de salud ahí reunidos consideraron lo siguiente:

Reconocieron que “las enfermedades no transmisibles son la principal causa de mortalidad, mortalidad prematura y discapacidad adquirida, constituyendo una epidemia en las Américas”²⁰.

Que las intervenciones diseñadas por las países de la región, deben considerar la adopción de “medidas concertadas y dar una respuesta coordinada en los planos nacional, regional y mundial para hacer frente adecuadamente a los problemas de desarrollo y de otra índole que plantean las enfermedades no transmisibles, en particular las cuatro enfermedades no transmisibles más destacadas”.

Que las enfermedades no transmisibles más destacadas están relacionadas con factores como el consumo de tabaco, el abuso de alcohol, una dieta malsana, la inactividad física y los carcinógenos ambientales, conscientes de que estos factores de riesgo tienen determinantes económicos, sociales, de género, políticos, de comportamiento y ambientales, y destacando a este respecto la necesidad de dar una respuesta multisectorial para luchar contra las enfermedades no transmisibles”^{20, 21}.

Se acordó que “el problema de la obesidad, especialmente la obesidad infantil debe ser abordado de forma particular para identificar sus causas específicas”.

Además del compromiso para facilitar el trabajo coordinado entre los “sectores como el de educación, agricultura, comercio, medios de comunicación, industria alimenticia, gobiernos locales y otros, junto con las autoridades sanitarias, para evitar los ambientes obesogénicos y contribuir a la prevención del sobrepeso y la obesidad”.

Se acordó también, tomar las medidas necesarias en una “forma gradual o completa para implementar las recomendaciones sobre la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas para niños, teniendo en cuenta la legislación existente y las políticas según sea el caso”²⁰.

Declaración de la Organización de Naciones Unidas (ONU) sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, 2011.

En el marco de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de la ONU sobre la Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles, se realizó una Declaración Política que señala con énfasis algunas acciones a emprender por parte de los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas.

En dicho documento se reconoce la urgente necesidad de “intensificar las medidas adoptadas en los planos mundial, regional y nacional para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles con el fin de contribuir a la plena realización del derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental”⁵.

Se señala que “las condiciones en que viven las personas y su estilo de vida influyen en su salud y calidad de vida, y que la pobreza, la distribución desigual de la riqueza, la falta de educación, la rápida urbanización y el envejecimiento de la población, así como los determinantes económicos, sociales, de género, políticos, de comportamiento y ambientales, son factores que contribuyen a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades no transmisibles”. Se observó que existe un aumento de la obesidad en diferentes regiones, en particular entre los niños y jóvenes, y que “la obesidad, una dieta malsana y la inactividad física están muy relacionadas con las cuatro principales enfermedades no transmisibles y se asocian a mayores costos sanitarios y a una menor productividad”^{5,22}.

Se admitió que “la prevención debe ser la piedra angular de la respuesta mundial a las enfermedades no transmisibles”; Se señaló que “reducir el grado de exposición de las personas y poblaciones a los factores de riesgo comunes modificables de las enfermedades no transmisibles, a saber, el consumo de tabaco, una dieta malsana, la inactividad física y el abuso del alcohol, y sus determinantes, y al mismo tiempo, fortalecer la capacidad de las personas y las poblaciones para optar por alternativas más sanas y adoptar modos de vida que propicien la buena salud”.

Se reconoció la contribución y el importante papel desempeñado por todas las partes interesadas, incluidas “las personas, familias y comunidades, las organizaciones intergubernamentales e instituciones religiosas, la sociedad civil, las universidades, los medios de comunicación, las asociaciones de voluntarios y, según el caso, el sector privado y la industria, en el apoyo a los esfuerzos nacionales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles”⁵.

Plan de Acción para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles OMS (2013-2020).

La Organización Mundial de la Salud hizo público su Plan de Acción para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles para el periodo comprendido entre 2013 y 2020. En dicho texto, se observa que es necesario “otorgar prioridad a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) en las agendas mundial, regional y nacional y en los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, mediante el fortalecimiento de la promoción y la cooperación internacional”.

Por tal razón, resulta fundamental adoptar los 6 objetivos y 9 metas del plan de acuerdo al contexto de cada país. “Mismos que fortalecen el enfoque de prevención y promoción en salud, reducir la exposición a factores de riesgo e incrementar los factores protectores; reorientar los servicios a favor de la prevención de las enfermedades no transmisibles ECNT; favorecer la investigación al respecto de la prevención de ECNT; y con respecto a sus metas reducir mortalidad y prevalencia, reducción relativa de la prevalencia de actividad física insuficiente, detención del aumento de la diabetes y la obesidad, tratamiento farmacológico y asesoramiento”.

“El plan de acción proporciona una hoja de ruta y un menú de opciones de política a todos los Estados Miembros y otros interesados, a fin de que adopten medidas coordinadas y coherentes, a todos los niveles, desde el local al mundial, para alcanzar las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria, en particular la de la reducción relativa del 25% de la mortalidad total por enfermedades cardiovasculares para 2025”²³.

Se calcula que el costo de la aplicación del plan de acción por la Secretaría es de \$940,260 millones de dólares para el periodo de ocho años comprendido entre 2013 y 2020. Estas estimaciones de la aplicación del plan de acción deben compararse con el costo que conllevaría el hecho de no actuar.

Por lo tanto, el plan de acción debe verse como una inversión, ya que proporciona orientación y oportunidades a todos los países para:

- Salvaguardar la salud y la productividad de las poblaciones y las economías;
- Crear situaciones beneficiosas para todos que influyen en las decisiones de compra relacionadas, entre otras cosas, con los alimentos, los medios de comunicación, las tecnologías de la información y la comunicación, los deportes y los seguros de enfermedad.
- Identificar el potencial de innovaciones repetibles y ampliables que se pueden aplicar a nivel local para reducir los crecientes costos de la atención sanitaria

Resolución del Comité Ejecutivo de la OPS Métodos Poblacionales e Individuales para la Prevención y el Tratamiento de la Diabetes y la Obesidad.

Este documento, emanado de la aprobación del 48 Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, realizada en el año 2008, está enmarcado dentro de la respuesta de los países miembros a la epidemia de obesidad y diabetes que afecta a los países de las Américas.

En esta resolución se recomienda crear alianzas para involucrar “al sector privado y a la sociedad civil para que los consumidores estén bien informados, las opciones saludables estén disponibles y accesibles con mayor frecuencia y se implementen programas que promueven estilos de vida saludables en los lugares de trabajo”.

Que se desarrollen “entornos propicios que contribuyan a prevenir y tratar la obesidad y la diabetes mediante mayores oportunidades para realizar actividad física y elegir opciones de alimentación más saludable en colaboración con los sectores ajenos al de la salud pública”.

“Que mejoren la rotulación de los productos alimentarios y la educación de la población que le permita elegir alimentos saludables; que se desarrollen directrices, reglamentos y políticas para la comercialización responsable de alimentos dirigidos a los niños y adolescentes”; que “utilicen los medios (radio, televisión, medios impresos, internet) para implementar campañas de educación, diseminar información, incluyendo los medios de comunicación de masas”.

Que se “mejoren la vigilancia de los índices de obesidad y la diabetes en la población, que permitan fundamentar la necesidad de desarrollar políticas y evaluar los resultados”.

A que “elaboren y ejecuten planes y programas para mejorar la atención de las personas con obesidad y/o diabetes dentro de los sistemas de salud públicos y privados, integrando la prevención en la asistencia”.

Estrategia para la Prevención de las Enfermedades No Transmisibles OMS-OPS, 2012

En el contexto regional, la Organización Mundial de la Salud en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud publicó en el año 2012 una Estrategia Regional con el fin de conminar a los países miembros a tomar medidas para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. Toda vez que se requiere que los diferentes sectores “establezcan o fortalezcan mecanismos multisectoriales para promover el diálogo y las asociaciones entre los sectores gubernamentales y no gubernamentales pertinentes sobre las enfermedades no transmisibles, sus factores de riesgo y determinantes”; fortalecer o establecer “sistemas de vigilancia para el monitoreo y la evaluación de las políticas y programas sobre las enfermedades no transmisibles para determinar su eficacia e impacto en la salud y el desarrollo, y para guiar la asignación de recursos”; establecer o fortalecer las “intervenciones para reducir la prevalencia de los factores de riesgo y aumentar la prevalencia de los factores protectores”.

“Impulsa un enfoque multisectorial que incluya al gobierno, al sector privado, al sector académico y a la sociedad civil a nivel regional, subregional y nacional, y abarca el trabajo interprogramático que se lleva a cabo tanto dentro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como en toda la OMS”.

Hace "énfasis en la promoción de la salud, la educación y la prevención, al igual que en la detección temprana, el tratamiento oportuno y la calidad de la atención para las personas que ya tienen alguna ENT o que muestran señales de alerta por la presencia de factores de riesgo".

IV. Marco Jurídico

La Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes cuenta con un marco jurídico en el cual concurren diversos documentos e instrumentos legales. Estos son:

4.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

En su Artículo 4º correspondiente al Derecho a la Salud, en los párrafos tercero y sexto se sintetiza el espíritu que guía y anima no sólo este documento sino la labor entera de la Secretaría de Salud: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".

En cuanto a los mandatos constitucionales, también resulta pertinente mencionar el Derecho a la alimentación, adicionado mediante decreto y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de octubre de 2011; el Interés superior del niño en todas las políticas públicas, reformado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de octubre de 2011; y el Derecho al agua, adicionado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 8 de febrero de 2012, representan importantes basamentos para fortalecer la salud de todos los mexicanos.

4.2 Ley General de Salud

La Ley General de Salud señala las facultades y responsabilidades que a la Secretaría de Salud corresponden y en este sentido permite comprender los alcances de la Estrategia Nacional. En su Artículo 3 señala que es materia de salubridad general: "XII. La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo".

Por otro lado, en el Artículo 115 se lee que la Secretaría de Salud tendrá a su cargo:

Establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición.

- Normar el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, prevención, tratamiento y control de la desnutrición y obesidad, encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados, preferentemente en los grupos sociales más vulnerables.
- Normar el establecimiento, operación y evaluación de servicios de nutrición en las zonas que se determinen, en función de las mayores carencias y problemas de salud.
- Normar el valor nutritivo y características de la alimentación en establecimientos de servicios colectivos y en alimentos y bebidas no alcohólicas.
- Promover investigaciones químicas, biológicas, sociales y económicas, encaminadas a conocer las condiciones de nutrición que prevalecen en la población y establecer las necesidades mínimas de nutrimentos, para el mantenimiento de las buenas condiciones de salud de la población.
- Recomendar las dietas y los procedimientos que conduzcan al consumo efectivo de los mínimos de nutrimentos por la población en general, y proveer en la esfera de su competencia a dicho consumo.

- Establecer las necesidades nutritivas que deban satisfacer los cuadros básicos de alimentos. Tratándose de las harinas industrializadas de trigo y de maíz, se exigirá la fortificación obligatoria de éstas, indicándose los nutrientes y las cantidades que deberán incluirse.
- Proporcionar a la Secretaría de Economía los elementos técnicos en materia nutricional, para los efectos de la expedición de las normas oficiales mexicanas.

4.3 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal también abona a enriquecer el marco jurídico de la Estrategia Nacional, puesto que en su artículo 39 se explicitan los asuntos que corresponde atender a la Secretaría de Salud:

- Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen.
- Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.
- Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud y determinará las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes;
- Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud;
- Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República;
- Dirigir la policía sanitaria general de la República, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trate de preservar la salud humana;
- Realizar el control higiénico e inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y circulación de comestibles y bebidas.

Por lo cual la Secretaría de Salud asume la responsabilidad de convocar y coordinar los esfuerzos de los sectores público, social y privado orientados a mejorar el panorama de las Enfermedades No Transmisibles.

4.4 Ley de Planeación

Por otra parte, en diversos artículos de la Ley de Planeación es posible encontrar las normas y principios básicos que definen el rumbo de acciones institucionales como la Estrategia Nacional.

- Artículo 1º, fracción I. Las normas y principios básicos conforme a los cuales se llevarán a cabo la Planeación Nacional del Desarrollo y encauzar, en función de ésta, las actividades de la Administración Pública Federal.
- Artículo 9º, Las dependencias de la administración pública centralizada deberán planear y conducir sus actividades con perspectiva de género y con sujeción a los objetivos y prioridades de la planeación nacional de desarrollo, a fin de cumplir con la obligación del Estado de garantizar que éste sea equitativo, integral y sustentable, reformado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de julio de 2011.
- Artículo 21, El Plan Nacional de Desarrollo precisará los objetivos nacionales, estrategia y prioridades del desarrollo integral y sustentable del país, contendrá previsiones sobre los recursos que serán asignados a tales fines; determinará los instrumentos y responsables de su ejecución, establecerá los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional; sus previsiones se referirán al conjunto de la actividad económica, social y cultural, tomando siempre en cuenta las variables ambientales que se relacionen a éstas y regirá el contenido de los programas que se generen en el sistema nacional de planeación democrática, reformado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 enero de 2012.

- Artículo 23, Los programas sectoriales se sujetarán a las previsiones contenidas en el Plan y especificarán los objetivos, prioridades y políticas que regirán el desempeño de las actividades del sector administrativo de que se trate. Contendrán asimismo, estimaciones de recursos y determinaciones sobre instrumentos y responsables de su ejecución.

Vale la pena enfatizar que la Estrategia presentada en este documento se sustenta y es encauzada por el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

4.5 Ley Federal de Protección al Consumidor

Es claro que dentro de las acciones que esta Estrategia Nacional contempla es fundamental considerar la seguridad de los consumidores. Por ello, se observan los siguientes principios básicos explicitados en la Ley Federal de Protección al Consumidor.

El objeto de esta Ley es promover y proteger los derechos y cultura del consumidor y procurar la equidad, certeza y seguridad jurídica en las relaciones entre proveedores y consumidores.

Son principios básicos en las relaciones de consumo:

- La protección de la vida, salud y seguridad del consumidor contra los riesgos provocados por productos, prácticas en el abastecimiento de productos y servicios considerados peligrosos o nocivos; Fracción reformada DOF 04-02-2004.
- La educación y divulgación sobre el consumo adecuado de los productos y servicios, que garanticen la libertad para escoger y la equidad en las contrataciones.
- La información adecuada y clara sobre los diferentes productos y servicios, con especificación correcta de cantidad, características, composición, calidad y precio, así como sobre los riesgos que representen.
- La efectiva prevención y reparación de daños patrimoniales y morales, individuales o colectivos.
- El acceso a los órganos administrativos con vistas a la prevención de daños patrimoniales y morales, individuales o colectivos, garantizando la protección jurídica, económica, administrativa y técnica a los consumidores; Fracción reformada DOF 04-02-2004.
- El otorgamiento de información y de facilidades a los consumidores para la defensa de sus derechos; Fracción reformada DOF 04-02-2004.
- La protección contra la publicidad engañosa y abusiva, métodos comerciales coercitivos y desleales, así como contra prácticas y cláusulas abusivas o impuestas en el abastecimiento de productos y servicios.
- La real y efectiva protección al consumidor en las transacciones efectuadas a través del uso de medios convencionales, electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología y la adecuada utilización de los datos aportados; Fracción adicionada DOF 29-05-2000. Reformada DOF 04-02-2004, 19-08-2010.
- El respeto a los derechos y obligaciones derivados de las relaciones de consumo y las medidas que garanticen su efectividad y cumplimiento; y Fracción adicionada DOF 04-02-2004. Reformada DOF 19-08-2010.
- La protección de los derechos de la infancia, adultos mayores, personas con discapacidad e indígenas.

4.6 Ley Federal de Radio y Televisión

Toda vez que la Estrategia Nacional considera acciones con impacto en medios de comunicación, es necesario observar que la Ley Federal de Radio y Televisión señala:

Artículo 67.- La propaganda comercial que se transmita por la radio y la televisión se ajustará a las siguientes bases:

- Deberá mantener un prudente equilibrio entre el anuncio comercial y el conjunto de la programación;
- No hará publicidad a centros de vicio de cualquier naturaleza.

- No transmitirá propaganda o anuncios de productos industriales, comerciales o de actividades que engañen al público o le causen algún perjuicio por la exageración o falsedad en la indicación de sus usos, aplicaciones o propiedades.
- No deberá hacer, en la programación referida por el Artículo 59 Bis, publicidad que incite a la violencia, así como aquella relativa a productos alimenticios que distorsionen los hábitos de la buena nutrición. Fracción adicionada DOF 11-01-1982.

4.7 Ley General de Educación

La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes plantea acciones intersectoriales, donde el sector educativo es pieza clave, por ello, la Ley General de Educación es parte indispensable en el marco jurídico. En ella se lee:

- Capítulo I, Artículo 7, fracción X. Desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana, así como propiciar el rechazo a los vicios y adicciones, fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias; Fracción reformada, DOF 15-07-2008, 28-01-2011.
- Capítulo III, Artículo 75, fracción IX. - Son infracciones de quienes prestan servicios educativos: Efectuar actividades que pongan en riesgo la salud o la seguridad de los alumnos.
- Capítulo V Artículo 59, párrafo 2º. En el caso de educación inicial y de preescolar deberán, además, contar con personal que acredite la preparación adecuada para impartir educación; contar con instalaciones que satisfagan las condiciones higiénicas, de seguridad y pedagógicas que la autoridad educativa determine; cumplir los requisitos a que alude la fracción VII del artículo 12; tomar las medidas a que se refiere el artículo 42; así como facilitar la inspección y vigilancia de las autoridades competentes.

4.8 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad

De igual forma, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad establece claramente que: Artículo 23. La publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas deberá incluir mensajes precautorios sobre la condición del producto, así como mensajes promotores de una alimentación equilibrada o de fomento de buenos hábitos higiénicos.

El anunciante tendrá la opción de no incluir mensajes en audio, cuando en el propio anuncio se promuevan los aspectos señalados en el párrafo anterior.

Artículo 24. El anunciante de alimentos y bebidas no alcohólicas podrá sustituir los mensajes a que se refiere el artículo anterior por mensajes informativos que cumplan con los siguientes requisitos:

- Que los haya convenido expresamente con la Secretaría.
- Que el contenido de los mensajes informativos se refiera, según lo determine la Secretaría, a los riesgos para la salud que representa el producto o servicio, a la promoción de hábitos nutricionales o higiénicos, a la prevención de accidentes, a la lucha contra las adicciones o a otros contenidos que, por su importancia o interés, determine la propia Secretaría.
- Que el número de los mensajes informativos esté acordado previamente con la Secretaría de conformidad con el número total de anuncios comerciales de la campaña publicitaria, el producto o servicio a publicitar, el medio que se utilice y el alcance de éste.
- En ningún caso la proporción que se acuerde podrá ser menor al cinco por ciento para los mensajes que promuevan hábitos higiénicos o nutricionales.
- Que la difusión de los mensajes se haga a través del mismo medio de comunicación y con iguales características de producción que sus anuncios publicitarios, de conformidad con lo siguiente:
- En anuncios en medios impresos deberán tener una presencia equivalente en ubicación y visibilidad y

- En anuncios en medios electrónicos deberán tener la misma duración que su anuncio publicitario más prolongado, y difundirse en el mismo horario que éste, y
- Que en dichos mensajes el anunciante incorpore únicamente su razón social para efectos de identificación por parte de la Secretaría y sin fines comerciales.

Por otro lado, el Ejecutivo Federal, a través de las instituciones de salud, ha realizado esfuerzos para establecer un marco jurídico que regule el tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

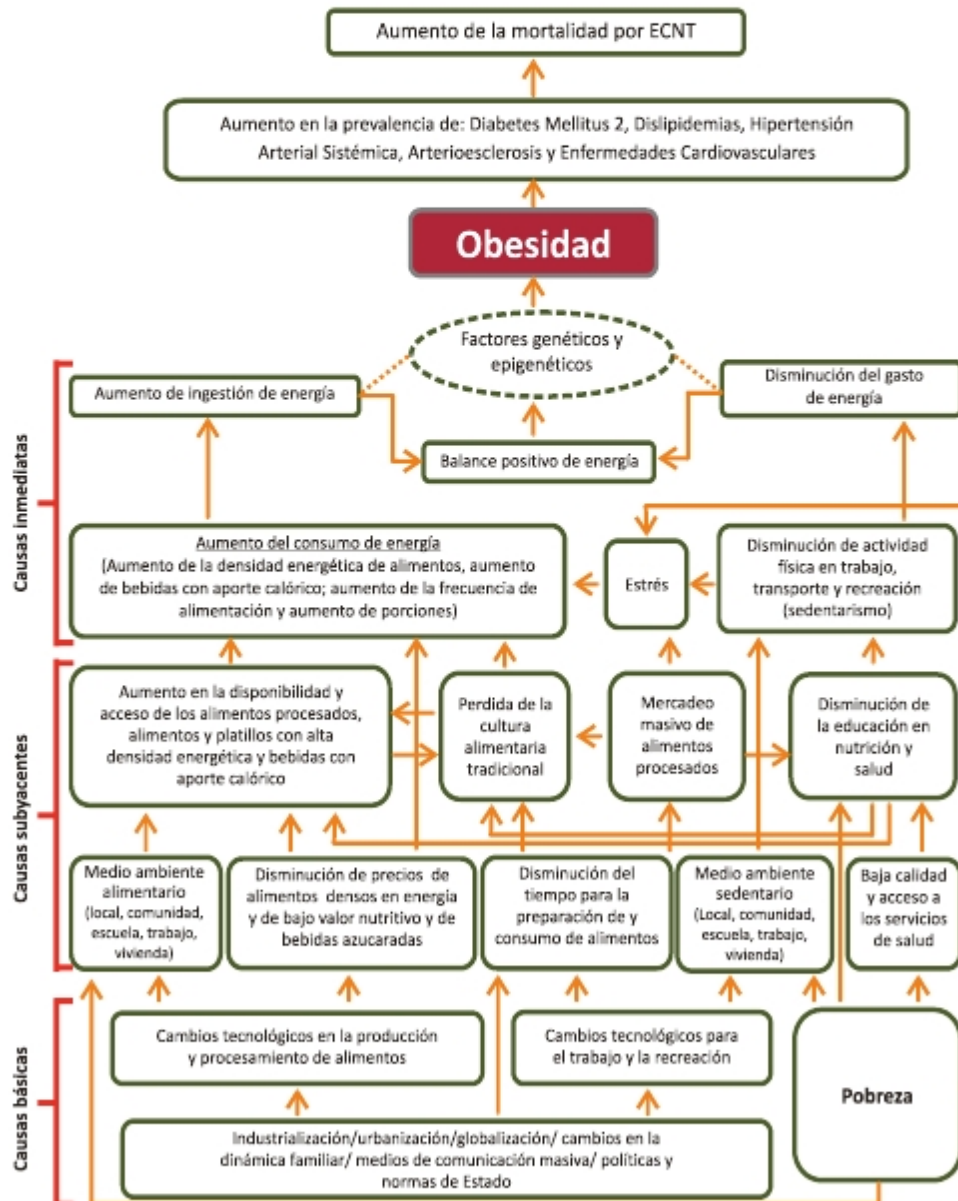
En este sentido, el Comité Consultivo Nacional de Normalización e Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud publicó en el Diario Oficial de la Federación el 04 de agosto de 2010 la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA-2010, "Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad", cuyo objetivo es establecer los criterios sanitarios para regular el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Otras referencias normativas a considerar son:

- Reglamento de la Ley Federal de Protección al Consumidor.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SCFI-2000. Prácticas Comerciales Elementales de Información en las Promociones Coleccionables y/o por medio de Sorteos y Concursos.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-093-SSA1-1994. Bienes y Servicios. Prácticas de Higiene y Sanidad en la Preparación de Alimentos que se ofrecen en Establecimientos Fijos.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-086-SSA1-1994. Bienes y Servicios. Alimentos y Bebidas No Alcohólicas con Modificaciones en su Composición.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-051-SCFI-1994. Especificaciones Generales de Etiquetado para Alimentos y Bebidas Pre envasados.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-169-SSA1-1998. Para la Asistencia Social Alimentaria a Grupos de Riesgo.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-009-SSA2-1993. Para el fomento de la salud escolar.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-017-SSA2-1994. Para la vigilancia epidemiológica
- Norma Oficial Mexicana, NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-043-SSA2-2005. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-037-SSA2-2012. Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

V. Marco Conceptual

La obesidad es el principal factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares, mismas que representan las principales causas de mortalidad general en México.



Fuente: Modificado de Rivera J., González-Cossío T. Pobreza, nutrición y salud, 2011

Barquera Simón, I. C. (2013). ENSANUT 2012. Evidencia para la Política en Salud Pública. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.

Ante este panorama resulta necesario implementar diversas estrategias que permita identificar los factores determinantes y factores de riesgo involucrados en la presencia de la enfermedad. Bajo esta perspectiva es necesario considerar:

- Conocer de manera amplia y precisa el panorama epidemiológico de las enfermedades crónicas y poder con ello evaluar las posibles intervenciones para hacerles frente.
- Involucrar a todo el Sector Salud en la definición de estrategias y su implementación.
- Identificar los factores que inciden en el no apego al tratamiento por parte de los pacientes.
- Evaluar la calidad de los servicios médicos que se otorgan.
- Identificar la presencia o no de los recursos para la atención del paciente crónico.
- Verificar la capacidad técnica del personal involucrado en la atención de los pacientes crónicos.
- Considerar la presencia de nuevas tecnologías en el seguimiento y control de los pacientes.
- Identificar de manera oportuna a las personas con factores de riesgo.
- Considerar el uso y manejo de tratamientos innovadores.

Debemos partir de que las causas básicas juegan un papel fundamental para la complejidad de esta problemática:

- La pobreza trae consigo un menor acceso a los servicios de salud.
- Una pobre orientación educativa acerca la alimentación adecuada.
- El consumo exagerado de productos con alta densidad energética y bebidas con alto aporte calórico.
- El consumo de alimentos muy procesados.
- La enorme publicidad que acompaña a los productos llamados chatarra.
- Los patrones relacionados con la falta de actividad física.
- Los factores ambientales que operan en los ámbitos individual, familiar.
- Los factores genéticos.

Por ello, resulta claro que para hacer frente a este grave problema se necesita una política de Estado de naturaleza intersectorial, con el fin de revertir la actual epidemia de obesidad y enfermedades asociadas.

Se debe iniciar por una estrategia de estatal e integral, que privilegie la prevención y la promoción de la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar, fomentando la actividad física y hábitos alimentarios correctos. Es decir, tratar de evitar la aparición de una mayor número de casos, y los incipientes, identificarlos y otorgarles atención oportuna.

La labor es enorme y debe participar la sociedad en su conjunto, se debe impulsar la participación y promover el mejor desempeño de cada uno de los participantes.

El marco conceptual anterior muestra tres niveles causales de la problemática del sobrepeso y la obesidad, a pesar de que a continuación se detallan los elementos que la componen, es necesario hacer hincapié en que todos están interrelacionados y no deben ser vistos de manera lineal sino compleja.

Debemos partir de que las causas básicas juegan un papel fundamental para la complejidad de esta problemática, por ejemplo: la pobreza trae consigo un menor acceso a los servicios de salud, una menor orientación educativa acerca de una alimentación y sobretodo el aumento en el consumo de productos con alta densidad energética y bebidas con alto aporte calórico. Un segundo elemento básico es la globalización, ella ha traído un mayor intercambio comercial entre los países, ahora el mercado alimentario ofrece alimentos locales así como alimentos procesados ya sean nacionales o internacionales, este cambio en la oferta alimentaria ha traído una pérdida en la cultura alimentaria tradicional de los países y una mayor oferta de alimentos de las cadenas de comida rápida que ofrecen paquetes de distintos tamaños con distintos niveles de densidad energética de sus productos.

También con la globalización ha habido un aumento de urbanización en los países en vías de desarrollo, esta urbanización trae consigo un cambio en el panorama urbano, un incremento en el transporte y una disminución de espacios públicos al aire libre, estos elementos juegan un papel importante para la generación de ambientes sedentarios que tendrá como resultado una disminución de la actividad física y por lo tanto en el gasto energético de las personas.

Otro elemento fundamental es la tecnología, las nuevas tecnologías en la producción y procesamiento de los alimentos, nos ofrecen una mayor diversidad de productos (desde golosinas hasta complementos alimenticios) y por ello debemos tener una mejor educación en salud para tener mejor elección de los productos que nos permitan tener una dieta balanceada y un nivel de ingesta de energía correcta.

La diversidad de productos viene acompañada de una mayor publicidad de estos en los distintos canales de comunicación (canales de televisión, radio, internet y redes sociales) por lo que estamos expuestos a un mercadeo masivo de alimentos procesados que influye en la toma de decisiones vinculada con el consumo de alimentos.

Además se debe considerar que los patrones de alimentación y actividad física, así como el balance energético se ven influidos por factores genéticos que modifican los requerimientos de energía y algunos procesos metabólicos relacionados con la acumulación. En el mismo marco se presenta al balance positivo de energía como la causa más inmediata de la obesidad, pero reconoce el papel de los factores ambientales que operan en los ámbitos individual, familiar, comunitario, social y global, que al interactuar con los factores genéticos generan sobrepeso y obesidad.

Por ello, resulta claro que para hacer frente a este grave problema se necesita una política de Estado de naturaleza intersectorial, con el fin de revertir la actual epidemia de obesidad y enfermedades asociadas.

Apuntamos hacia la formulación de acciones, enmarcadas dentro de una estrategia de carácter transversal e integral, para fortalecer la prevención y la promoción de la salud, particularmente para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario, buscando lograr un aumento en la actividad física y establecer hábitos alimentarios correctos.

Destacamos la importancia de la participación de autoridades, sociedad civil e industria, para promover una alimentación correcta y mayor actividad física. Por tal razón, dentro de la Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad, y la Diabetes se integran acciones de comunicación multisectoriales para promover estilos de vida saludables; políticas educativas y laborales que permitan ejercer un estilo de vida saludable en escuelas y centros laborales; evaluaciones de grupos de consumidores y organismos no gubernamentales (ONG's), así como concientización de diversos actores de la sociedad sobre el problema de obesidad y enfermedades no transmisibles, y la urgencia de implementar acciones para su prevención.

Buscamos asimismo, un alineamiento estratégico de las acciones para promoción de la salud y prevención de las enfermedades no transmisibles, lo que involucra al Sistema Estatal de Salud en su conjunto y otros sectores para impulsar una Estrategia de contundentes alcances.

VI. Planteamiento

Sabemos que el desarrollo del país puede estar comprometido por problemáticas tan complejas como lo son el sobrepeso, la obesidad y la diabetes. Igualmente, es claro que estos son temas que no sólo incumben al sector salud, por el contrario, tienen repercusiones en diversos estratos del gobierno, de la sociedad y de la iniciativa privada. Todavía más, esta situación genera costos económicos y sociales que afectan en mayor medida a los grupos más desprotegidos y en condiciones de desventaja, ya sea por su ubicación geográfica o nivel socioeconómico en general.

Es evidente que los padecimientos crónicos vinculados a la obesidad pueden afectar de manera directa e indirecta los avances obtenidos en el desarrollo económico y social del país y que las acciones de prevención y control de obesidad deben de realizarse en una colaboración intensa y comprometida de los tres órdenes de gobierno, así como de los sectores público, social y privado.

Por lo anterior, la Estrategia no solo abarca el sector salud sino que invita a los distintos ámbitos de la vida social a trabajar para promover entornos saludables que permitan una mejor calidad de salud en las personas, por ello hay acciones destinadas al entorno escolar, laboral y a los espacios públicos. De esta forma, la Estrategia es multisectorial y tiene un eje de políticas públicas donde todas las dependencias del gobierno deben de trabajar en conjunto para cumplir las metas establecidas.

Las acciones a realizar para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes deben de abarcar los distintos marcos de acción de la salud, por ello tenemos acciones desde la promoción de la salud hasta la regulación de productos y servicios:

- Promoción de la salud: acciones para el desarrollo de aptitudes personales para la salud (promoción de alimentación correcta), desarrollo de entornos saludables (escuela y sitios de trabajo), acciones comunitarias (actividades en espacios públicos), impulso de políticas públicas saludables.
- Prevención de enfermedades: acciones para la detección temprana de enfermedades no transmisibles, así como un sistema de monitoreo que proporcione información sanitaria y reúna periódicamente datos sobre los factores de riesgo.
- Atención médica: para que la atención de los servicios de salud tenga mayor eficacia es necesario fortalecer la capacitación a los recursos humanos; por tal razón, entre las acciones a seguir se encuentra el incorporar la prevención y control de enfermedades no transmisibles en la formación de todo el personal sanitario, con inclusión de agentes sanitarios de las comunidades y agentes sociales, sean o no profesionales (nivel técnico y/o medio), poniendo el acento en la atención primaria de salud.
- Regulación sanitaria y política fiscal: acciones de vigilancia focalizada en alimentos y bebidas; así como en la publicidad que de estos productos se realice en los medios masivos de comunicación. Concretamente, se busca establecer un etiquetado frontal claro que ofrezca información útil para que el consumidor tenga elementos suficientes para tomar decisiones respecto a su consumo calórico. Igualmente, se sugiere la implementación de medidas fiscales con el fin de reducir el consumo de alimentos de alta densidad energética y escaso valor nutricional.

Las acciones anteriores recaen en el sector salud pero no por ello es el único responsable de llevarlas a cabo, requiere de la participación de los distintos sectores del gobierno, como ya se ha mencionado a lo largo del documento.

Se busca que junto con la industria alimentaria se generen mecanismos de coordinación necesarios para que permitan continuar con el proceso de innovación y desarrollo de nuevos productos, así como explorar las posibilidades de reformulación de productos existentes, para ofrecer más y mejores opciones a los consumidores; igualmente, se hace hincapié en proveer a los consumidores mayor y más clara información sobre la composiciones nutricionales de alimentos y bebidas no alcohólicas; adoptar medidas en la mercadotecnia y publicidad de alimentos y bebidas, especialmente dirigida a niños; promover la actividad física, el deporte y estilos de vida saludables, incluyendo el lugar de trabajo.

La sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales también están llamadas a colaborar en materia del comportamiento individual y familiar, generando un diálogo con la sociedad con el fin de monitorear y asegurar el seguimiento de las acciones gubernamentales, empresas y actores en la promoción de una alimentación correcta y la actividad física.

El planteamiento está compuesto por cuatro premisas:

- La salud debe de estar presente en todas las políticas públicas.
- El enfoque debe estar basado en determinantes sociales bajo un abordaje integral que incluye desde la promoción de la salud hasta la atención médica.
- Sé privilegia la suma de esfuerzos y alineación de acciones de todos los sectores y todos los actores.
- Son elementos esenciales para el correcto funcionamiento de la Estrategia la medición del impacto de las acciones comprometidas y la rendición de cuentas.

VII. Ejes Rectores

Investigación y Evidencia Científica

El desarrollo pleno del país tiene necesariamente que apoyarse en el desarrollo científico y el fomento a la investigación. Puesto que para lograr la prevención y control de la obesidad y sus comorbilidades en un plazo razonablemente corto, es fundamental apoyar la investigación científica, particularmente aquella dirigida al esclarecimiento de los factores de la dieta que aumenten el riesgo de obesidad y de enfermedades crónicas.

Corresponsabilidad

La responsabilidad colectiva es determinante particularmente en grupos poblacionales que han experimentado cambios rápidos en oferta y acceso de alimentos, estilos de vida e ingreso, ya que la adaptación a nuevos entornos requiere un proceso de adecuación a las nuevas condiciones, aunado a esto, una gran parte de las respuestas a retos de salud se transmiten de generación en generación.

Grupos vulnerables como sectores de bajo ingreso, migrantes, niños y ancianos tienen mayor probabilidad de no contar con información adecuada para el autocuidado de la salud, pero podrían beneficiarse de un sistema que les procure información, apoyo y protección.

Por ello, es preciso fomentar la cultura de la prevención del sobrepeso y la obesidad en los ámbitos individual y colectivo, tanto en el sector privado como en el público, para realizar acciones conjuntas de manera que se incentive al cambio de hábitos y comportamientos saludables. Se debe fomentar un diálogo permanente con los actores centrales para atender al entorno y, con mayor énfasis, comprender que el sobrepeso, la obesidad y la diabetes son problemas que no sólo incumben y afectan al Sector Salud.

La participación conjunta implica una responsabilidad, entendida como la capacidad de ofrecer una respuesta pertinente, congruente y oportuna a las necesidades o problemas que enfrenta un grupo de personas. En este sentido, se estaría hablando de una corresponsabilidad que tiene que ver con la delimitación y articulación del desempeño de cada uno de los integrantes del grupo para asumir, en consecuencia, las funciones y actividades correspondientes al cuidado de la salud.

Transversalidad

El principio de transversalidad se origina en la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios. La interdependencia de las políticas públicas requiere otro planteamiento de la gobernanza.

Es posible coordinar la formulación de políticas, elaborando planes estratégicos que establezcan objetivos comunes, respuestas integradas y una mayor rendición de cuentas en todas las dependencias públicas. Esto requiere una alianza con la sociedad civil y el sector privado.

Para ello se necesita un sector de la salud que esté orientado hacia el exterior, abierto a los demás y equipado con los conocimientos, las capacidades y el mandato necesarios. Esto también significa una mejora de la coordinación y el apoyo dentro del mismo sector salud.

Inter Sectorialidad

Ante el panorama actual, es indispensable implementar acciones que permitan la participación coordinada de todos los interesados y medidas multisectoriales en favor de la salud tanto a nivel de los gobiernos como de toda una serie de actores, y en esa participación y esas medidas se adoptarán los enfoques de la salud en todas las políticas y acciones del gobierno en diversos sectores: salud, agricultura, comunicación, educación, trabajo, energía, medio ambiente, finanzas, alimentación, relaciones exteriores, vivienda, justicia y seguridad, legislación, desarrollo social y económico, deporte, impuestos y recaudación, comercio e industria, transporte, planificación urbana y cuestiones de la juventud y colaboración con entidades pertinentes de la sociedad civil y el sector privado.

Para el logro efectivo de las acciones multisectoriales es necesaria la creación de alianzas para promover la cooperación a todos los niveles entre los organismos gubernamentales, las entidades de gobierno, las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil y el sector privado, con objeto de fortalecer las iniciativas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

Evaluación del Impacto

Es claro que aquello que no se mide, no se puede mejorar. Por tal razón, se busca crear las condiciones e instrumentos adecuados de medición de desempeño e impacto, de tal forma que sea posible sustentar las intervenciones en sistemas de información, registros, encuestas y análisis nacionales e internacionales que permitan generar nuevas evidencias, apoyándose en la validación con grupos focales, monitoreando el desarrollo de éstas para reorientar o reforzarlas en su caso. Realizar análisis de impacto atribuible a cada sector o intervención en clara concordancia con la rendición de cuentas y la transparencia que el Gobierno implementa en cada una de sus áreas.

Rendición de Cuentas

Dentro de las estrategias transversales para el desarrollo nacional, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 contempla la creación de un Gobierno Cercano y Moderno, en donde existan mecanismos de evaluación que permitan mejorar el desempeño y calidad de los servicios.

A la letra dice: "Por lo anterior, las políticas y los programas de la presente Administración deben estar enmarcadas en un Gobierno Cercano y Moderno orientado a resultados, que optimice el uso de los recursos públicos, utilice las nuevas tecnologías de la información y comunicación e impulse la transparencia y la rendición de cuentas con base en un principio básico plasmado en el Artículo 134 de la Constitución: "Los recursos económicos de que dispongan la Federación, los estados, los municipios, el Distrito Federal y los órganos político-administrativos de sus demarcaciones territoriales, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados".

VIII. Objetivos

8.1 Objetivo General

Mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo estatal al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad y la diabetes entre la población residente del Distrito federal, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la a través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y estrategias intersectoriales.

8.2 Objetivos Específicos

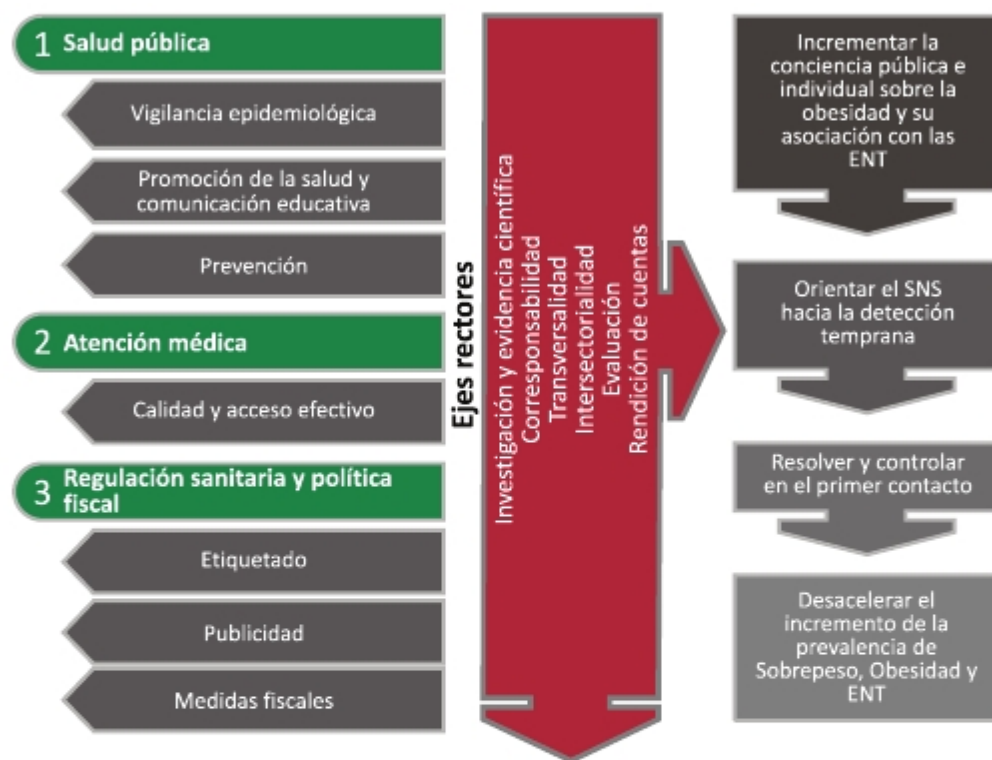
- Promover la consolidación de una cultura que facilite la adopción de estilos de vida que mantengan la salud de las personas.
- Detectar oportuna los casos de sobrepeso, obesidad y diabetes y garantizar su adecuado control y manejo.
- Generar una plataforma que permita contar con recursos humanos capacitados e insumos suficientes para hacer efectivo el acceso a los servicios de salud.
- Incrementar el número de pacientes en control metabólico con diabetes.

8.3 Visión 2018

- Reducción del riesgo de mortalidad prematura por diabetes.
- Realizar el diagnóstico genético.
- Reducción relativa de la prevalencia de inactividad física.
- Detención en el aumento del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.
- Aumento en el control de pacientes diabéticos.

IX. Ejes Estratégicos y Acciones de Salud Médico – Preventivas

La Estrategia plantea la integración de tres pilares y seis ejes estratégicos, que a su vez contienen componentes y actividades orientadas a cumplir sus objetivos.



1. Salud Pública

1.1 Sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles

A partir del Registro Único de Pacientes con Diabetes y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del en el Distrito Federal, se contribuirá a la creación de un Censo de Pacientes con Enfermedades Crónicas, que permitirá monitorear el comportamiento de las enfermedades no transmisibles.

- Integrar información para la vigilancia de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.
- Elaborar un instrumento de captura único, que permita identificar en número de pacientes crónicos en tratamiento, así como sus principales datos generales y tratamiento médico.
- Monitorear a través de la realización de gráficos personalizados, la evolución de cada uno de los pacientes, considerando el control de los mismos en un plazo no mayor de seis meses.
- Capacitar al personal operativo sobre la captura de la información.

Establecimiento de mecanismos de difusión oportuna de la información epidemiológica sobre las enfermedades no transmisibles en todos los niveles para la toma de decisiones.

- Establecimiento de canales de comunicación y contenidos de información.
- Generación de pautas para la toma de decisiones.
- Monitoreo y evaluación del uso de la información.
- Dar seguimiento a la implementación de la Estrategia y determinar su desempeño e impacto.

Todas las unidades de primer contacto deberán reportar a las jurisdicciones sanitarias los indicadores propuestos para evaluar los componentes de la Estrategia en su conjunto:

- Contribuir con información para la generación de reportes estadísticos nacionales a partir de una base de datos con los resultados de la atención a los usuarios con enfermedades no transmisibles tomando en consideración los sistemas de información antropométrica vigentes en cada institución.
- Emisión de resultados alrededor del desempeño y el impacto de la Estrategia.

1.2 Promoción de la Salud

Promoción de la alimentación correcta a nivel individual y colectivo (familia, escuela, sitio de trabajo y comunidad).

La ingesta calórica elevada puede ser consecuencia de una o varias de las siguientes características de la dieta: consumo frecuente de alimentos con alta densidad energética, consumo de alimentos altos en contenidos de grasas o de azúcares y bajos en fibra y en contenido de agua; consumo frecuente de bebidas con aporte calórico y consumo de porciones grandes.

- Impulsar por la eliminación de publicidad de alimentos no nutritivos.
- Incentivar la eliminación gradual del azúcar, sodio, y grasas saturadas en alimentos.
- Diseñar incentivos para la reducción de las porciones que se ofertan en alimentos industrializados y en restaurantes.
- Incentivar la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria.
- Explorar nuevas formas de regulación comercial de sucedáneos de la leche materna.
- Desarrollar acciones que promuevan la disponibilidad de agua potable en escuelas, sitios de trabajo y espacios públicos.
- Incrementar el consumo diario de verduras, frutas y leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
- Mejorar la capacidad de toma de decisiones informada de la población sobre una alimentación correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.

- Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos y hacer accesibles la disposición de alimentos procesados que se lo permitan.
- Desarrollar apoyos directos a productores locales para la producción de verduras y frutas, o alimentos propios de la cultura alimentaria tradicional (como lo son los granos enteros).
- Establecer recomendaciones para fomentar la alimentación correcta, el consumo de agua simple potable y realización de actividad física en los lugares de trabajo y escuelas de educación básica.
- Promover masivamente la alimentación correcta, actividad física y el consumo de agua simple potable.
- Prohibir la venta de alimentos y bebidas con alto contenido de azúcares, grasas y sal en las unidades médicas del sector salud.
- Apoyar la aplicación de los Lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos o bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica (primarias).
- Promoción de la actividad física a nivel individual y colectivo (familia, escuela, sitios de trabajo y comunidad).

El gasto energético reducido se debe a una forma de vida sedentaria, consecuencia del estilo de vida actual que incluye una baja actividad física en el trabajo, en la escuela, en el hogar.

- Estimular a las autoridades municipales para la creación de espacios públicos seguros destinados a la activación física.
- Promover la creación de instancias administrativas que gestionen la actividad física a nivel local.
- Promocionar la actividad física en las familias, escuelas, sitios de trabajo y ciudades.
- Realizar campañas estatales para sensibilizar a la población sobre la importancia de activarse físicamente en todos los entornos.
- Promover alianzas con organizaciones civiles, públicas y privadas para promover la realización de activación física.
- Incorporar a la Secretaría de Educación, así como al Instituto de Cultura Física y Deporte, para implementar acciones de evaluación del estado físico de los educandos.
- Realizar una evaluación basal del estado físico de los alumnos de educación básica, considerando factores como el Índice de Masa Corporal (IMC) y condiciones generales del estado físico con el fin de suministrarles rutinas de ejercicio adecuadas a sus condiciones de salud.
- Diversificar los espacios promotores de actividad física seguros (plazas públicas, centros comerciales, lugares de ocio y esparcimiento).
- Establecer alianzas con organizaciones civiles, públicas y privadas para coordinar eventos que fomenten la actividad física.

El objetivo del proyecto es contribuir a la salud y bienestar de la población en general a través de la cultura de cuidado y promoción de la salud y de la actividad física.

Comunicación educativa

Existen comportamientos en la población que, para que se cambien o se abandonen, requieren de una acción social adecuada. Muchas veces estos fenómenos afectan segmentos específicos de la sociedad que son particularmente vulnerables. Las soluciones que se proponen se deben de reflejar en el cambio de actitudes, intereses, sentimientos y creencias de este grupo de personas para el beneficio de los individuos y de toda la sociedad.

Para diseñar, implementar y controlar los programas que tienen como objetivo incrementar la aceptación de una idea o práctica se usan los métodos de la mercadotecnia social. Por ello, se "debe considerar la necesidad de generar programas efectivos de comunicación educativa para difundir los mensajes informativos y fomentar la adopción de una alimentación saludable".

- Llevar a cabo una campaña masiva en contra de la obesidad mediante mensajes positivos.
- Dar seguimiento a la incorporación en el currículo de educación de nivel básico de la materia dirigida a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

- Generar manuales de procedimientos, materiales educativos, cursos en línea para profesionales de la salud, distribución de las guías internacionales y la norma nacional en unidades de primer contacto y hospitales de segundo nivel.
- Establecer el uso de la mercadotecnia social para el desarrollo de campañas orientadas al manejo de determinantes del sobrepeso y la obesidad.
- Formar consumidores informados capaces de interpretar las características nutricionales de los productos que adquieren.
- Generación de procesos de participación social con énfasis en la participación comunitaria.

Una comunidad empoderada es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican las habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades en salud. Mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud.

- Desarrollar diplomados o cursos en obesidad para generar líderes locales que puedan modificar su entorno.
- Crear redes de educadores en prevención de sobrepeso, obesidad, diabetes y otras enfermedades no transmisibles.
- Crear un registro de los educadores en salud y de las sociedades en que se agrupan.
- Fortalecer los comités comunitarios existentes y fomentar la creación de nuevos comités; que coordinen de manera formal las actividades de la Estrategia en sus comunidades.
- Fortalecer la implementación de acciones de la Estrategia a través de la vinculación con Organizaciones no Gubernamentales.

1.3 Prevención

Establecimiento de las pautas generalizadas para las acciones de prevención de enfermedades no transmisibles en todo el sector salud.

El autocuidado ha demostrado ser un mecanismo eficaz para mejorar la calidad de la atención de la diabetes. Existen estrategias validadas que permiten la detección del fenómeno y su control. Un alto porcentaje de los pacientes no requieren la atención de un especialista. El diseño y aplicación de esquemas de flujo de atención diseñado en parámetros de fácil medición en los sitios donde se programan los servicios permitiría disminuir el tiempo de espera para recibir consulta de primer nivel o con un especialista.

- Promover el uso de la Cartilla Nacional de Salud como instrumento que facilite el autocuidado.
- Dotar a las unidades de tecnología e insumos que permitan tamizajes en los entornos donde se desarrollan las personas.
- Estratificar la intensidad de las intervenciones acorde a las necesidades de los pacientes en las unidades donde reciben atención las personas con diabetes.

Orientación del Sistema Nacional de Salud hacia la detección temprana

Una actividad importante dentro del Sistema Nacional de Salud es la prevención y el control de las afecciones no transmisibles, en las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) se pueden reforzar ofreciendo una atención centrada en el paciente, en lugar de la tradicional atención focalizada a una enfermedad en particular. En estas unidades podría agregarse una enfermera especialista en diabetes o en educación en diabetes, un oftalmólogo especialista en retina y un odontólogo, los cuales actualmente no forman parte del personal.

- Poner en marcha la Semana Nacional de Detección de Sobrepeso, Obesidad, Diabetes e Hipertensión.
- Implementar campañas periódicas de detección en población de riesgo.
- Utilizar estrategias de auto monitoreo acorde a las guías de práctica clínica.

Implementación de esquemas proactivos de prevención y detección oportuna.

Los servicios de salud deben evolucionar del actual esquema de prestación de servicios, mediante los cuales una persona es clasificada como sana o enferma, hacia un esquema donde se privilegie la valoración sistemática de la persona, identificando a aquellos que, aún sin haber desarrollado la enfermedad, su condición de salud y su componente genético incrementa la posibilidad de desarrollarla. Estas etapas previas al desarrollo de la enfermedad son:

Preobesidad - De acuerdo con la OMS, las personas con un Índice de Masa Corporal entre 25 y 29.9 presentan preobesidad, siendo reconocido el término como parte de la clasificación oficial. En nuestro país, desde el 2000 la preobesidad ha sido reconocida como un problema de salud pública.

Prediabetes - De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2, se considera prediabetes cuando "la glucosa de ayuno es igual o mayor a 100 mg/dl y menor o igual de 125 mg/dl.

Prehipertensión - Se define como la presión arterial sistólica entre 130 y 139 mmHg, y la presión arterial diastólica de 85 a 89 mmHg.

Mediante un esquema proactivo de prevención con impacto a nivel nacional, el personal de las unidades de salud del primer nivel de atención incrementará el número de tamices a la población, para detectar a las personas con prediabetes y comenzar una intervención efectiva que evite o retrase la aparición de la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2; asimismo, detectar a las personas que viven con una enfermedad no transmisible para comenzar un tratamiento desde sus etapas tempranas, y evitar o retrasar la aparición de las complicaciones asociadas. Por último, en los casos que así se requiera, la detección oportuna de una complicación para una atención en salud con calidad y, en su caso, referencia inmediata al segundo nivel para su atención. En todos estos escenarios, se requiere que las personas reciban tratamientos personalizados acorde con su propio estado de salud y condición genética.

Para que el esquema proactivo de prevención, detección oportuna y tratamiento de las enfermedades no transmisibles sea efectivo, deberá tener las siguientes características:

Capacidad de detección oportuna de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en las unidades de salud del primer nivel de atención, mediante el establecimiento e implantación de módulos de detección oportuna de enfermedades no transmisibles.

Mecanismos para detectar obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en los lugares públicos donde se reúne la comunidad, tales como escuelas, mercados o cualquier plaza pública.

Seguimiento a la persona en la comunidad y su hogar, mediante la implantación de esquemas móviles de detección oportuna de enfermedades no transmisibles.

Se aprovechará la convergencia tecnológica, por lo cual las unidades de salud del primer nivel de atención contarán con un sistema de información en línea con las siguientes características:

A través de una versión portátil del sistema de información, facilitará la operación del personal de salud en la comunidad y el hogar.

Facilitará el seguimiento de la persona en el tiempo al garantizar la trazabilidad de cada una de las personas que sean tamizadas y detectadas con una enfermedad no transmisible, y con esquemas formales y efectivos de referencia a las unidades de salud y clínicas para el tratamiento preventivo.

Posibilitará la coordinación efectiva entre las unidades de salud del primer nivel de atención.

Permitirá medir la efectividad de la ampliación de la cobertura de los servicios mediante un tablero de control, y promoverá la toma de decisiones basada en evidencia.

Generación de procesos de organización de grupos de ayuda mutua para la prevención y control de enfermedades no transmisibles.

Numerosos grupos de investigación han demostrado que la inclusión de las sesiones grupales es una intervención de bajo costo que mejora la efectividad de las intervenciones. La creación de los grupos de ayuda mutua ha dado resultados positivos en el Distrito Federal.

Fomentar el uso de manuales de procedimientos que faciliten la operación de sesiones grupales en unidades de primer contacto.

Capacitación al personal de salud y otras instancias ciudadanas para la detonación de los procesos.

Concientizar a los usuarios sobre la carga y responsabilidad de la enfermedad en la sociedad.

2. Atención Médica

2.1 Acceso efectivo a Servicios de Salud

Equidad de los servicios en la cobertura efectiva para las enfermedades no transmisibles.

Se trata de incrementar la capacidad de los servicios de salud para que una persona con necesidades de salud asociadas a las enfermedades no transmisibles, reciba el máximo posible de ganancias en salud a partir de los programas e intervenciones instrumentadas por el sistema. Dicho de otra manera, es la medición de la ganancia real en salud que obtienen los ciudadanos a partir del conjunto de intervenciones (preventivas y curativas) que el sistema de salud ofrece para resolver sus necesidades específicas.

Seguimiento individualizado de todos los pacientes en sus hogares y en las unidades de primer contacto.

Establecer modelos interculturales de atención a pacientes.

Alinear la práctica médica privada a los elementos de la Estrategia.

Implementación de la gestión de riesgos a través de unidades de tratamiento y control mediante el pago de una cápita.

A partir del principio de corresponsabilidad, se pretende que los individuos enfermos crónicos, accedan a control y tratamiento médico a través de un ejercicio de pago compensatorio con lo realizado por el Estado.

Dictamen al momento de afiliación al seguro popular de factores de riesgo asociadas a enfermedades no transmisibles.

Desarrollo de programas de incentivos para pacientes y médicos.

Condicionar el apoyo otorgado a los pacientes que cuentan con el programa Oportunidades, bajo condiciones específicas para el logro de sus metas de tratamiento.

Programas de incentivos para pacientes sin apoyo del programa Oportunidades con el fin de aumentar su adherencia.

Reconocimiento para médicos con el fin de mejorar la atención.

2.2 Calidad de los Servicios de Salud

Implementación de modelos de atención específicos

Se busca innovar la atención de las enfermedades no transmisibles mediante la implementación de servicios de salud diseñados, equipados y listos para desarrollar acciones para realizar prevención, detección oportuna, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y reducción de complicaciones. Lo anterior con un enfoque de promoción, prevención y atención.

Diagnóstico y aplicación de acciones nutricionales para prevenir el sobrepeso y la obesidad.

Operación del Modelo de Intervención Integral en 13 Entidades Federativas entre ellas el Distrito Federal, con la participación de 7 Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME´s EC).

Además el Distrito Federal cuenta con Unidades de detección oportuna (USDO) ubicadas en doce estaciones del Sistema Colectivo de Transporte METRO, que cuentan con 20 estudios diferentes de detección oportuna y atención médica para la interpretación de resultados y consejería enfocada en el tratamiento y la prevención de complicaciones.

Aunado a lo anterior, en el Distrito Federal se cuenta con 6 Unidades Móviles denominadas "Medibuses", que otorgan servicio médico preventivo realizando 20 diferentes estudios de laboratorio en las zonas marginadas,

2.3 Mejora de las competencias y la capacidad resolutive del personal de salud

Los nuevos retos en la prestación de servicios de salud obligan a que el personal de salud tenga los conocimientos y las prácticas adecuadas para hacer frente a esta complejidad. Por lo que se implantará una estrategia de capacitación innovadora para la mejora de las competencias del personal de salud de las unidades de salud del primer nivel de atención.

El esquema de capacitación para la mejora de la capacidad resolutive del personal de salud abarcará, al menos, los siguientes temas:

Mejora de estilos de vida, actividad física sistemática, progresiva y constante, plan de alimentación adecuado, manejo de emociones.

Prevención, detección oportuna y manejo integral de las enfermedades no transmisibles: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, síndrome metabólico, dislipidemias y enfermedad renal crónica.

Uso de esquemas terapéuticos innovadores que privilegien la atención efectiva.

Identificación temprana y oportuna de complicaciones asociadas a las enfermedades no transmisibles, para la atención con calidad, y para su referencia oportuna.

Todas las instituciones que conforman el Sistema Estatal de Salud tendrán un esquema formal de capacitación, con las siguientes características:

Se aprovechará la convergencia tecnológica para ofrecer educación en línea y/o presencial innovadora que permita que el personal de salud acceda a la capacitación de forma remota.

Se personalizarán los contenidos y la currícula que recibirá el personal de salud acorde con su perfil profesional y las funciones que realice en las unidades de salud del primer nivel de atención.

Se vinculará con los programas de enseñanza y desarrollo profesional continuo, para asegurar el aprovechamiento óptimo del personal de salud en los programas de capacitación.

Contará con el aval académico de instituciones prestigiadas de enseñanza.

Permitirá la trazabilidad del desempeño académico del personal de salud en los diferentes ciclos de capacitación.

Contará con esquemas de apoyo técnico para eliminar las barreras tecnológicas en el acceso a la capacitación.

Contará con apoyo académico para responder dudas e inquietudes relacionadas con los contenidos.

Implementación del proyecto de capacitación a personal de salud de primer contacto alrededor de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles.

La capacitación y actualización del personal de salud es un proceso continuo, por lo tanto, el personal debe tener acceso a guías nacionales sobre el manejo médico y nutricional de las enfermedades no transmisibles, así mismo se crearán manuales de procedimientos, material educativo, cursos en línea que permitan el desarrollo de conocimientos y habilidades clínicas en el personal de salud.

Generar un censo de recursos humanos disponibles formados en la atención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles.

Difundir manuales con guías de práctica clínica sobre el manejo médico de las enfermedades no transmisibles.

Certificación de las competencias en el manejo de las enfermedades no transmisibles en el personal de salud.

Adecuación de planes de estudio para la formación de profesionales de la salud en escuelas de educación superior.

Para tener una calidad en la atención de los servicios de salud es necesario que los centros de formación adecúen sus programas de estudio a este cambio epidemiológico que vive el país y no solo eso, sino que estos cambios se vean reflejados en la práctica del paciente, promoviendo el autocuidado y el trabajo multidisciplinario.

Generar acuerdos sobre el tiempo y contenido relacionado con las enfermedades no transmisibles para la educación superior.

Fomentar la creación de redes de vinculación entre instituciones educativas para obtener un mayor número de evidencias y experiencias replicables que contribuyan al desarrollo de la Estrategia.

2.4 Infraestructura y tecnología

Uso de tecnologías para facultar a la persona.

Los servicios de salud, específicamente las unidades de salud del primer nivel de atención, aprovecharán la gran penetración del uso de tecnologías de información y comunicación (líneas telefónicas móviles, internet, redes sociales) para ofrecer soluciones que faculten a la persona a cambiar sus estilos de vida de forma sostenida.

Las soluciones apoyarán a la persona en 1) la prevención de la diabetes mellitus tipo 2; 2) la realización de actividad física, dejar de fumar y llevar un plan de alimentación correcta; y 3) en los casos aplicables, lograr el control de su enfermedad para prevenir o retrasar la aparición de complicaciones.

Las soluciones tecnológicas estarán disponibles para cualquier persona y estarán enfocadas en darle herramientas como:

- Recibir información educativa personalizada para:

- Conocer los factores de riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar las enfermedades no transmisibles.
- Mejorar sus estilos de vida, actividad física, alimentación correcta, manejo de emociones.
- Apegarse a su tratamiento
- Campañas de salud en el primer nivel de atención.
- Recibir recordatorios personalizados de toma de medicamentos y consultas en las unidades de salud del primer nivel de atención.
- Ingresar sus mediciones de peso y glucosa, entre otros, y poder monitorearlas remotamente.

Implantación del Modelo Integral de Atención para mejorar la estructura y capacidad operativa de modelos de atención.

El Modelo Integral de Atención es un esquema de participación intersectorial que plantea la mejora de la infraestructura y equipamiento de las unidades de salud donde se atienden los pacientes con enfermedades no transmisibles.

Así mismo, en este modelo se contempla el suministro adecuado y oportuno de medicamentos y exámenes de laboratorio; el fortalecimiento de capital humano; e innovaciones tecnológicas y de conectividad, que se refiere a fortalecer medios alternativos de comunicación.

Diagnóstico y acondicionamiento de unidades de atención de enfermedades no transmisibles por etapas considerando: personal operativo, infraestructura física, laboratorio y cobertura de servicios endichas enfermedades.

Garantía del abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio, y monitoreo de la cadena de suministro.

Esta Estrategia busca mejorar la eficiencia, efectividad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud en las unidades del primer nivel de atención. Una de sus líneas de acción es asegurar que la persona reciba los medicamentos que requiere en forma completa, oportuna y continua. Para ello, se mejorará la cadena de suministro en lo referente a la adquisición, distribución y almacenamiento de los medicamentos, se llevarán a cabo acciones enfocadas a mejorar el monitoreo del suministro de medicamentos, y se facultará a los pacientes para que reporten deficiencias en la provisión de sus recetas.

Las acciones implementadas para obtener un óptimo monitoreo del abasto de medicamentos, tiene como finalidad:

Aprovechar la convergencia tecnológica para establecer sistemas de información en línea que permitan el monitoreo del abasto de los medicamentos y pruebas de laboratorio en las unidades de salud del primer nivel de atención en tiempo real, con base en los medicamentos que deben estar disponibles acorde con la normatividad vigente aplicable a cada institución de salud.

Permitir que un supervisor monitoree el abasto y la cadena de suministro, reportando a través de tecnologías móviles el abasto existente y los medicamentos faltantes.

Mostrar la información referente al abasto y desabasto de los medicamentos en un tablero de control que sea transparente a todo el personal de salud y las autoridades administrativas y operativas a nivel regional, estatal y nacional, facilitando la toma de decisiones basada en la información de las propias unidades de salud, permitiendo la transparencia y la rendición de cuentas.

2.5 Centro de Atención Especializada en el Manejo de la Diabetes

El Distrito Federal cuenta con un Centro de Atención Especializada en el Manejo de la Diabetes en operación, el cual cuentan con consulta de médico especialista (cardiólogo, nefrólogo, oftalmólogo, pediatra, internista, integrista), nutriólogo, psicólogo, odontólogo, podólogo, gimnasio, chef, educadoras en diabetes y estudios de laboratorio y gabinete que en conjunto brindan atención integral para el diagnóstico, tratamiento y control de los pacientes con diabetes.

2.6 Cirugía bariátrica

La obesidad mórbida representa para las personas portadoras consecuencias muy graves para la salud. La obesidad es considerada como "mórbida" cuando alcanza el punto en el que aumenta significativamente el riesgo de una o más condiciones de salud o enfermedades graves relacionadas con la obesidad, ocasionando invalidez física significativa e incluso la muerte.

La obesidad mórbida tiene tres características que la definen:

Es una enfermedad grave porque se acompaña de múltiples complicaciones, de las cuales podemos destacar algunas como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, la dislipidemias, las cardiopatías, la apnea obstructiva del sueño, la artropatía, la depresión y otras más, sin contar los condicionantes psico-sociales. Predispone a la aparición del cáncer, acorta considerablemente la expectativa de vida, es invalidante, provoca el rechazo social y el aislamiento individual.

Es una enfermedad potencialmente mortal. Las personas con obesidad mórbida tienen un riesgo de muerte dos veces mayor en el caso de las mujeres y tres veces mayor en el caso de los hombres. Si una persona con obesidad mórbida se complica con alguna enfermedad agregada y es diagnosticada a los 20 años, tiene pocas posibilidades de llegar a los 50 años. Incluso, el riesgo de muerte por diabetes o infarto cardiaco es de 5 a 7 veces mayor.

Es una enfermedad crónica y cuando los tratamientos médicos y dietéticos han fallado, solamente la cirugía puede introducir los elementos válidos para provocar un descenso de peso satisfactorio, mantenerlo en el tiempo, eliminar o resolver las comorbilidades y acercar al paciente lo más posible a su peso normal.

El tratamiento quirúrgico de la obesidad (cirugía bariátrica) es una opción efectiva para lograr una pérdida de peso sostenida en el paciente obeso, resolver o mejorar las comorbilidades asociadas a la patología y reducir la mortalidad relacionada a la obesidad.

Los candidatos a cirugía bariátrica deberán cumplir con ciertos criterios de selección, de acuerdo con los estándares internacionales:

- Al menos 1 año de tratamiento convencional previo sin éxito.
- Edad mayor a 18 años.
- Sin presencia de contraindicaciones clínicas o psicológicas para este tipo de cirugía (previa evaluación por médicos especialistas).
- Adecuado estado físico para ser sometido a anestesia y a una intervención quirúrgica.
- Índice de masa corporal superior a 40 kg/m² o superior a 35 kg/m² con la presencia de una o más comorbilidades.
- Estar emocional y psicológicamente apto para la adopción de un nuevo estilo de vida.
- Pacientes sin dependencias al alcohol o drogas.

Diversos estudios han mostrado que la cirugía bariátrica representa una alternativa clínica y económicamente efectiva para el tratamiento del paciente obeso, pues a partir de la reducción de exceso de peso del paciente se resuelve no mejoran las comorbilidades asociadas y, eventualmente, se reducen los costos del tratamiento.

Se estima que la cirugía se recupera entre 2 y 4 años después de haberse practicado. Por otro lado, otros autores han encontrado que el costo de la cirugía bariátrica es recuperado entre 2 y 3 años después de

practicada la intervención. En el caso particular de México se estima que el punto de recuperación de la inversión en cirugía bariátrica, en pacientes con obesidad mórbida y diabetes tipo II es de aproximadamente 4 años.

Por su parte, el Consejo de Salubridad General, como máximo órgano en materia de salubridad de conformidad con los artículos 4º. Párrafo cuarto y 73, fracción XVI Base 1ª. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se ha pronunciado a favor de impulsar la cirugía bariátrica como una de las maneras para contender la obesidad en el Acuerdo por el que se establecen los lineamientos que regulan la práctica de la Cirugía Bariátrica en México.

2.7 Investigación y evidencia científica

Generar de una estrategia de apoyo intersectorial para el desarrollo de evidencia que impacte en el diseño y mejora de políticas públicas.

Es necesario desarrollar investigaciones que ayuden a la vigilancia epidemiológica, que midan el impacto de las acciones y que sean la base para la generación de tecnologías que permitan cumplir con los objetivos planteados.

Promover la vinculación con instituciones para promover la investigación sobre enfermedades no transmisibles.

Establecer un premio en investigación sobre enfermedades no transmisibles.

Fomentar el desarrollo de investigación operativa para mejorar las acciones en materia de atención, prevención y promoción de la salud.

Creación de centros de investigación en enfermedades crónicas no transmisibles

Es claro que para lograr arraigar la prevención y el control de la obesidad y sus comorbilidades en un plazo razonablemente corto, es fundamental apoyar la investigación científica, particularmente aquella dirigida al esclarecimiento de los factores de la dieta que aumenten el riesgo de obesidad y de enfermedades no transmisibles.

Por lo tanto es importante la creación de centros de investigación que permitan obtener evidencia científica sobre las metas propuestas, incluso, aprovechando los recursos tecnológicos actuales, siendo estos centros virtuales de investigación.

Realizar vínculos interinstitucionales y convenios con la iniciativa privada para la creación y funcionamiento de los centros de investigación.

Difundir los resultados obtenidos en los centros de referencia para la investigación.

Vincular de los centros de referencia con el Observatorio Nacional de Enfermedades no Transmisibles.

Para el caso del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social (FOSISS), se buscará la apertura de una convocatoria especial para enfermedades no transmisibles.

Investigación genómica

Se sabe que la obesidad, el síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2, son enfermedades de etiología multifactorial, con contribución tanto genética como ambiental. Es por ello que, aunque se calcula que su heredabilidad es de más del 50 %, la epidemia actual se atribuye a los cambios drásticos en el estilo de vida que han ocurrido durante las últimas décadas. Esto no disminuye la importancia central de descubrir los componentes genéticos, hasta ahora identificados principalmente por los estudios de escaneo del genoma completo (GWAS, por las siglas en inglés), con los cuales se han identificado distintos genes de susceptibilidad para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad. Estos estudios han sido muy valiosos para

identificar vías de señalización y posibles biomarcadores involucrados en estos padecimientos, aunque en conjunto explican, hasta ahora, solo parte de su heredabilidad.

Se ha sugerido que la variación rara (variantes con una frecuencia alélica menor al 1 %) es parte de esta heredabilidad, y puede identificarse con secuenciación de nueva generación (dirigida a genes candidato o secuenciación de exoma completo), pero estos estudios están en su fase inicial.

Se debe destacar que sabemos de la existencia de variantes cuya presencia es exclusiva de las poblaciones mestizas, cuyo componente amerindio está siendo estudiado en el Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN), y que resulta de vital importancia para el diseño de la investigación respectiva.

Además, para buscar la heredabilidad no explicada por las variantes genéticas descubiertas, los esfuerzos de investigación están dirigidos a buscar interacciones gen-gen y gen-ambiente en estudios tanto transversales como longitudinales.

Por otra parte, la investigación más reciente ha identificado que la microbiota intestinal se asocia a trastornos metabólicos como obesidad, dislipidemias y diabetes mellitus. Esto es de vital importancia, porque es un factor potencialmente modificable y representa un componente adicional para el diagnóstico, así como un posible blanco de intervenciones terapéuticas.

La vigilancia epidemiológica propuesta en la Estrategia Estatal representa una área de oportunidad única para hacer investigación integral sobre la etiología de estas enfermedades metabólicas, para buscar interacciones gen-ambiente y para valorar intervenciones personalizadas considerando el componente genético del individuo. Se trata de aprovechar las visitas de los pacientes para obtener los siguientes datos:

- Tratamiento farmacológico y su respuesta.
- Cuestionario para valorar dieta (por frecuencia de consumo) y actividad física (validados por el Instituto Nacional de Salud Pública).
- Muestra de sangre para hacer una genoteca, que permita estudiar variación genética común, variación genética rara con secuenciación de nueva generación y cambios epigenéticos (metiloma).
- Muestras de suero y orina para almacenar en bio-banco, y para medir contaminantes como el arsénico, selenio, bisfenoles, etc.
- Muestras de materia fecal para analizar microbiota.

Estos datos serán de utilidad para:

- Identificar y caracterizar genes de susceptibilidad para la obesidad, dislipidemias, síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2 en población mexicana.
- Identificar variantes genéticas con relevancia a nivel salud pública.
- Identificar interacciones gen-dieta, tanto en estudios transversales como en estudios longitudinales, para diseñar dietas personalizadas que podrían eventualmente retardar o hasta prevenir el desarrollo de diabetes.
- Identificar contaminantes asociados al desarrollo de obesidad y diabetes mellitus tipo 2.
- Identificar interacciones gen-contaminante.
- Identificar microbiota de riesgo para obesidad y diabetes, e identificar posibles factores genéticos, dietéticos y ambientales que la pueden modificar.
- Hacer un Biobanco, que junto con los datos clínicos serán la base para muchas investigaciones futuras.
- Identificar posibles blancos farmacogenómicos.
- Con base en los resultados, diseñar estrategias personalizadas para prevenir o tratar la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2.
- Respecto a la investigación genómica, se pueden vislumbrar intervenciones y resultados a mediano y a largo plazo.
- Este manejo futuro deberá impactar drásticamente la eficacia y la disminución de los costos en las intervenciones y depende absolutamente de que se cuente con los datos provenientes de la investigación en numerosos individuos con la ancestría característica de las poblaciones mexicanas.

3. Regulación sanitaria y política fiscal

3.1 Etiquetado

La regulación sanitaria tiene como objetivo actualizar la reglamentación mexicana en materia de etiquetado y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas al público infantil en concordancia con las mejores prácticas internacionales. Para alcanzar este objetivo se realizarán las siguientes modificaciones:

Etiquetado de Alimentos

De conformidad con las mejores prácticas internacionales el etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas debe comunicar información nutrimental clara a los consumidores y fomentar decisiones saludables entre estos. Para ello se plantea actualizar la regulación mexicana en materia de etiquetado de modo tal que se implementen los siguientes esquemas:

Etiquetado frontal

Este sistema de etiquetado establece de manera obligatoria que la información nutrimental expresada en el etiquetado de alimentos cumpla con los requisitos establecidos como el que señale el porcentaje que el contenido calórico del producto representa de acuerdo a la Ingesta Diaria Recomendada (IDR), distinguiendo la fuente de la cual provenga el aporte calórico del producto.

X. Dependencias e Instituciones Participantes – Acciones Específicas

10.1 Sector Salud (SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR).

- Analizar y difundir la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.
- Adecuar la operación de los servicios estatales de salud a la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.
- Implementar mecanismos de coordinación interinstitucional a nivel estatal para garantizar un adecuado desempeño de la Estrategia.
- Establecer mecanismos de seguimiento de la implementación de la Estrategia.
- Desarrollar estrategias de capacitación del personal de salud.
- Integrar información en salud en aspectos de vigilancia epidemiológica, así como los logros de cada uno de los programas, e integrar un diagnóstico sectorial único.
- Desarrollar y difundir campañas de comunicación educativa a nivel estatal para toda la población, dirigida a la promoción de la alimentación correcta y de la actividad física.
- Establecer un Modelo Clínico Preventivo Integral para el tratamiento de la obesidad y la diabetes.
- Diseñar, desarrollar e implementar un sistema de monitoreo del comportamiento epidemiológico nacional del sobrepeso, obesidad y diabetes (Observatorio de salud).
- Preparar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.
- Fomentar la capacitación y la educación continua de los profesionales de la salud de primer contacto. Detectar oportunamente poblaciones en riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles.
- Asegurar el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos.
- Generar un diálogo permanente con expertos y líderes de opinión sobre el problema del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.

10.2 Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

- Desarrollar y difundir campañas de comunicación educativa a nivel estatal para toda la población, dirigida a la alimentación correcta, consumo de agua simple potable y actividad física.
- Instrumentar un programa de alimentación y actividad física.
- Establecer un Modelo Clínico Preventivo Integral para el tratamiento de la obesidad y la diabetes.
- Crear e implementar una regulación sanitaria de etiquetado y publicidad de alimentos y bebidas.
- Crear un sistema de vigilancia epidemiológica que concentre información que contribuya a implementar un sistema de monitoreo del comportamiento epidemiológico del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.
- Fomentar la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria adecuada.
- Fomentar la capacitación y la educación continua de los profesionales de la salud de primer contacto.
- Detectar oportunamente poblaciones en riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles.
- Asegurar el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos.
- Apoyar a la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina y Nutrición en la formación de esquemas educativos útiles para el Distrito federal, de acuerdo a la morbilidad de la población.
- Generar un diálogo permanente con expertos y líderes de opinión sobre el problema del sobrepeso, la obesidad y la diabetes y la naturaleza integral de la Estrategia.
- Apoyar la aplicación del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, con el fin de regular la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a público infantil de acuerdo a recomendaciones internacionales.
- Establecer un etiquetado frontal para alimentos y bebidas diseñado en conjunto con la Secretaría de Economía.
- Promover la reformulación e innovación de productos que favorezcan la alimentación correcta de la población.
- Promover la investigación científica para la prevención y atención del sobrepeso, obesidad y diabetes, y la promoción de la salud alimentaria en la población.

10.2 Secretaría de Educación Pública

- Vigilar el suministro de alimentos y bebidas preparados y procesados en los planteles de educación básica, en coordinación con la Secretaría de Salud.
- Incluir en el proceso educativo contenidos en materia de salud y nutrición.
- Promover la disponibilidad y consumo de agua simple potable en los planteles.
- Capacitar y concientizar a padres de familia sobre la importancia de una alimentación correcta.
- Capacitar y concientizar a actores de la comunidad educativa sobre la alimentación correcta y consumo de agua simple potable en las Escuelas de Tiempo Completo autorizadas para ofrecer alimentos.

10.3 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

- Consolidar las acciones enfocadas a la reducción de azúcares, grasas saturadas y sal en los programas de la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria, particularmente en el programa de Desayunos Escolares y alimentos distribuidos en el Distrito Federal.
- Fortalecer la inclusión de verduras, frutas, leche descremada, cereales integrales, leguminosas y agua simple potable en los programas de la Estrategia desayunos escolares.

10.4 Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte

- Promover la aplicación de la Ley General de Cultura Física y Deporte (DOF 7 de junio de 2013) la cual tiene por objeto establecer las bases generales para la distribución de competencias, la coordinación y colaboración entre la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios en materia de cultura física y deporte, con la participación de los sectores social y privado.

- Fomentar la actividad física en espacios públicos y recreativos.
- Formar y capacitar recursos humanos para la promoción de la actividad física en todos los entornos con prioridad en escuelas de educación básica.
- Promover e instrumentar eventos y actividades deportivas de forma organizada (torneos, carreras, etc.).

10.5 Secretaría de Desarrollo Social

- Continuar con las actividades educativas sobre orientación alimentaria en el marco del Programa Oportunidades.
- Eliminar la oferta de los alimentos que no sean favorables para la salud en las tiendas Diconsa.
- Fomentar la oferta de alimentos bajos en grasas saturadas, azúcar y sal en las tiendas Diconsa.
- Mantener la disponibilidad de leche descremada y semidescremada en las tiendas Diconsa.

10.6 Secretaría del Trabajo y Prevención Social

- Promover entornos de trabajo saludables con alimentación correcta y consumo de agua simple potable.
- Difundir y aplicar la Ley de Ayuda Alimentaria a Trabajadores (DOF 17-01-2011).
- Promover estilos de vida saludable entre los trabajadores.
- Promover y adecuar espacios en sitios de trabajo para la realización de actividad física.

10.7 Iniciativa Privada

- Reformular el contenido de la oferta de alimentos y bebidas.
- Desarrollar material didáctico destinado al fomento de la alimentación correcta.
- Promover campañas en medios para fomentar hábitos de consumo y estilos de vida saludable. Declarar en los menús de restaurantes el contenido calórico de sus alimentos y bebidas e inclusión de frutas y verduras en su oferta.
- Promover la actividad física.

XI. Evaluación

La evaluación considera:

- Cumplimiento de indicadores y parámetros de evaluación.
- Cumplimiento de metas y objetivos.
- Evaluación del impacto del Programa y cada una de las estrategias.
- La disminución de los casos de enfermedad y mortalidad por enfermedades crónicas.

13.1 Control

- Ofertar el servicio y proponer nuevas estrategias de operación.
- Verificar la oportunidad y calidad del diagnóstico y tratamiento.
- Facilitar el acceso a la atención especializada.
- Identificación las necesidades de insumos.
- Establecimiento de mecanismos de referencia y contra referencia eficientes.
- Capacitación de los recursos humanos para la atención médica.
- Elaborar planes y programas educativos con base en los diagnósticos epidemiológicos, demográficos y geográficos del padecimiento.
- Evaluar el desempeño del personal respecto a sus tareas en el Programa.

- Verificar que la captura de la información se realice en forma oportuna.
- Efectuar el análisis sistemático de la información, que implica la impresión de reportes establecidos periódicamente, la comparación de los resultados obtenidos.

13.2 Evaluación

La evaluación de los resultados se llevará a cabo de la siguiente manera:

- Seguimiento estrecho del cumplimiento de las metas.
- Reuniones para evaluar avances a nivel jurisdiccional y por Centro de Salud.
- Reportes mensuales sobre el cumplimiento de los diferentes indicadores.
- Epidemiológica de acuerdo con la normatividad establecida.
- Se realizará considerando el apego a los lineamientos establecidos en el Programa.
- Con base al adecuado llenado de los formatos y oportunidad en el envío de los informes mensuales.
- Considerando el correcto llenado del Expediente Clínico.
- Por la productividad alcanzada con relación a la establecida.
- En cuanto a la aceptación y opinión de los usuarios y sus familiares con relación a la atención otorgada.
- Por el número de pacientes en control, considerando que se hallan en control cuando las cifras de hemoglobina glucosilada se hayan por debajo de 7, o el paciente presenta cifras de 120 mg/dl de glucosa postprandial.
- Por las características de la atención y lo acertado del tratamiento.
- Por el número de pacientes referidos.
- Por el número de detecciones realizadas en los grupos identificados como de riesgo.

PROYECTOS DELEGACIONALES

Objetivo

Fortalecer los determinantes positivos de la salud, mediante el impulso de la participación de las autoridades Delegacionales, la comunidad organizada y los sectores sociales en el desarrollo de acciones de promoción de la salud a fin de generar entornos saludables.

Participación Delegacional en la Promoción de la Salud

Fortalecer las acciones locales para la conducción de proyectos que puedan tener una repercusión importante en la protección de la salud de sus habitantes, impulsando la participación activa de las áreas de gobierno, la sociedad y las organizaciones locales.

1. Salud Pública

Estrategia

Promoción de la Salud y Comunicación Educativa.

Actividades

- Impulsar y fortalecer las actividades delegacionales de salud para generar políticas públicas saludables.
- Apoyar el desarrollo de proyectos que generen la modificación de los determinantes en la salud y fomenten la responsabilidad compartida, con énfasis en la Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

- Dar continuidad a las acciones de promoción de la salud.
- Analizar y difundir la Estrategia del Distrito Federal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.
- Reforzar los mecanismos de coordinación interinstitucional para un adecuado desempeño de la estrategia.

Meta

Capacitar a las 16 Delegaciones del Distrito Federal en la elaboración de Proyectos con énfasis en la Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

2. Programa de Nutrición y Orientación Alimentaria

Contribuir a mantener un estado de salud óptimo por medio de la impartición de talleres de orientación alimentaria en 1er y 2do nivel de atención para fomentar los buenos hábitos alimenticios, así como brindar orientación personalizada en pacientes con factores de riesgo nutricional.

Objetivo

Fomentar los buenos hábitos de alimentación y la actividad física mediante sesiones de orientación alimentaria y coadyuvar al mejoramiento y preservación del estado de salud.

Estrategia

Promoción de la Salud y Comunicación Educativa.

Actividades

- Ofrecer una alimentación oportuna, adecuada, equilibrada y adaptada a la patología de los usuarios hospitalizados, cumpliendo con los procesos de buenas prácticas de manufactura encaminadas a la pronta recuperación de nuestros usuarios en las diferentes unidades hospitalarias y Centros de Salud.
- Difundir la Estrategia Estatal para la prevención y control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes en las Delegaciones Políticas del Distrito Federal.
- Realizar supervisiones a las Unidades Hospitalarias y Centros de Salud identificando la problemática existente para realizar el seguimiento oportuno con la finalidad de mejorar las condiciones.
- Promover los procesos administrativos para la adquisición de los recursos en las diferentes unidades hospitalarias y Centros de Salud.
- Promover el incremento de la calidad del servicio a través de certificaciones.
- Promueve programas para mejorar hábitos de alimentación entre la población.
- Supervisar las valoraciones nutricionales realizadas en las unidades hospitalarias.
- Ofrecer la seguridad e inocuidad de los alimentos y fórmulas lácteas.
- Incrementar el consumo diario de verduras, frutas y leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.

Meta

Otorgar 86,448 consultas de nutrición en las unidades de primer nivel de atención, dirigidas a la población vulnerable y detectada con Sobrepeso, algún grado de Obesidad y/o Diabetes.

3. Plan Integral de Fortalecimiento a la Lactancia Materna

Objetivo

Promover y proteger la lactancia materna entre la población.

Integra acciones institucionales en materia de lactancia materna el cual tiene como objetivo promover esta práctica y promover a su vez la donación de leche humana en los bancos de leche.

Etapas del Plan Integral de fortalecimiento a la Lactancia Materna:

- Etapas 1.** Conformación de coordinación Estatal de Lactancia Materna.
- Etapas 2.** Integración de Áreas Competentes.
- Etapas 3.** Capacitación en materia de lactancia materna al personal médico y no médico.
- Etapas 4.** Mejorar el funcionamiento de los bancos de leche humana a través promover la donación de leche humana en los bancos de leche.
- Etapas 5.** Disminución del consumo de Sucedáneos de leche materna.

Estrategia

Promoción de la salud

Actividades

- Promover y difundir la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta los 2 años de edad.
- Capacitar al personal médico y no médico en materia de lactancia materna.
- Creación de grupos de apoyo a la lactancia materna en cada unidad médica de primer nivel de atención.
- Retomar clubs de embarazo para sensibilizar a las mujeres embarazadas en materia de lactancia materna.

Meta

Reconocer durante 2014, a las 40 unidades de Primer Nivel de Atención como "Unidades Amigas de la Lactancia Materna".

4. Entornos y comunidades saludables

Objetivo

- Orientación alimentaria y ejercicio para el cuidado de la salud (en personas sanas).
- Promover hábitos alimentarios para mejorar las condiciones de salud y nutrición de las comunidades.
- Promover la práctica de actividad física y el ejercicio como un estilo de vida saludable a nivel individual, familiar y comunitario, para la conservación o mejoramiento de la salud física, mental y social.

Estrategia

- Desarrollo de competencias sobre orientación alimentaria y ejercicios para el cuidado de la salud dirigido a personal de salud y grupos organizados.
- Fortalecimiento de las actividades que se realizan en orientación alimentaria que incluya recomendaciones en actividad física en unidades de primer nivel de atención.
- Formación de recursos comunitarios para que apoyen en la difusión de la alimentación correcta y la práctica de actividad física.
- Incorporar el PROESA a los servicios que se brindan en la unidad de salud.
- Realizar el control a través del seguimiento la información, control y evaluación.

Meta

Formar grupos PROESA en las 40 Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención en las que se brinden Orientación Alimentaria y fomento la realización de ejercicio para el cuidado de la salud. Anualmente.

5. Programa escuela y salud

Objetivo

Mejorar las condiciones de salud de los y las niñas y las y los adolescentes, a través de cuatro líneas de acción:

- Educación para la Salud.
- Prevención, detección y referencia de casos.
- Promoción de ambientes escolares saludables y seguros.
- Participación Social, de escuelas públicas focalizando en zonas de alta marginalidad y rezago social.

Estrategia

Lograr mejores condiciones de salud de los escolares, con énfasis en los grupos indígenas, rurales, urbanos de bajos ingresos, como parte de una estrategia integral para lograr una educación de alta calidad a través de la coordinación intersectorial y con el apoyo de otros organismos públicos, privados y la participación social.

Actividad

Certificar a las escuelas como "saludables y seguras" cuando cumpla con más del 80% de las metas de su programa escolar de educación saludable.

Mejorar la salud infantil y de escolares en el área rural mediante la participación de pasantes de medicina en servicio social.

Identificar las escuelas que cumplan con un mínimo del 50% de las metas de su programa escolar de educación saludable, para que se les reconozca este esfuerzo con el símbolo de "Bandera Blanca".

Meta

Certificar 20 Escuelas como "Saludables, Seguras y Libres de Humo de Tabaco" durante el ciclo escolar 2013-2014.

Realizar durante el ciclo escolar 2014-2015, 3,000 talleres de Alimentación correcta, consumo de Agua Simple Potable y Actividad Física dirigidos a padres de familia y alumnos, en 180 escuelas primarias públicas.

6. Talleres comunitarios para el autocuidado de la salud

Objetivo

Proteger y mantener la salud de la población, a través de la modificación de los determinantes de la salud, favoreciendo la salud de la población a través de talleres de autocuidado.

Líneas de acción

En congruencia con las políticas de salud que marca la construcción de una nueva cultura por la salud, que además favorezca el manejo de los determinante, a través de las intervenciones de Promoción de la Salud, como una función central, que contribuye en la educación individual y colectiva respecto a la salud.

Estrategia

Siendo la tarea esencial de la promoción de la salud, proteger y mantener la salud de la población, a través de la modificación de los determinantes de la salud, integrando y favoreciendo el desarrollo de conocimientos y capacidades de las personas y la comunidad, mediante la educación para la salud.

Actividad

Realizar talleres comunitarios para el autocuidado de la salud, es una intervención que apunta a la práctica del aprendizaje, a través de acciones que contribuyan a mejorar la salud individual, familiar y colectiva de la población, por ser una herramienta para el aprendizaje reflexivo, que conjuntamente con la problematización es el motor para la comprensión de aquello que se aprende y favorece la transferencia del aprendizaje a las practicas, ya que el aprendizaje es el eje central, a través de la construcción del conocimiento activo y el aprendizaje colaborativo colectivo.

Metas

Realizar durante 2014, 440 Talleres Comunitarios con énfasis en los determinantes de Alimentación y Salud y Actividad Física.

Centro de Trabajo Saludable

Objetivo General. El Programa está orientado a la creación de una nueva cultura de salud en las personas, de tal forma que exista un entorno que les favorezca ejercer el control de sus determinantes, tales como aumento de la activación física, "alimentación correcta", mejoramiento de hábitos de higiene personal y ambiental, promoción de la entrega del Paquete Garantizado de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.

Líneas de acción

Las acciones de Promoción de la salud en Centros de Trabajo, tendrán como punto de partida los componentes del Modelo Operativo de Promoción de la Salud.

Estrategia

Promoviendo la Certificación de Lugares de Trabajo Saludables y Libres de Humo de Tabaco, lo anterior apoyado en el grupo intersectorial de Promoción de la Salud, en el trabajo.

Actividad

Realizar acciones que contribuyan a mejorar la salud individual, familiar y colectiva de la población.

Metas:

Realizar la Certificación de 20 Centros de Trabajo como "Sitios de trabajo saludables", durante 2014.

Aportaciones del primer nivel de atención

Mediante las visitas de supervisiones y asesoría programadas tanto por los equipos de supervisiones estatales como jurisdiccionales contribuir a garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, vigilando las

intervenciones médicas dirigidas a personas con factores de riesgo o que ya cuenten con el diagnóstico de hiperglucemia o diabetes tipo II, con la finalidad de que se otorgue una atención oportuna y evitar complicaciones relacionadas con dicha enfermedad.

Se continuarán supervisando los procesos establecidos por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, con la finalidad de garantizar que los establecimientos del Primer Nivel de Atención, manteniendo los estándares de acreditación, garantizando con ello la calidad, seguridad y capacidad.

Vigilar en las supervisiones que se cuente con la infraestructura, recursos humanos, equipo, mobiliarios, instrumental e insumos necesarios para la prestación de servicios en la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Verificar que el personal involucrado en la prestación de servicios haya sido capacitado en lo referente a los temas relacionados con las enfermedades no transmisibles, que cuente con la constancia de capacitación y la aplicación en la práctica de los conocimientos asimilados.

Vigilar la correcta operación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RIAS), con la finalidad de garantizar la atención integral y oportuna de los pacientes que cuenten con factores de riesgo o con diagnósticos ya establecidos.

A través de las Jurisdicciones Sanitarias se vigilará el abasto suficiente y oportuno de medicamento para la atención de enfermedades no transmisibles y en caso de incumplimiento procederán al levantamiento de actas administrativas a la empresa subrogada.

Aportaciones del Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social

- Impulsar el Programa Gente Grande, bajo la instrumentación de esquemas que contribuyan a apoyar la ingesta de alimentos en adultos de 60 años en adelante que se encuentren en pobreza multidimensional y que vivan en el Distrito Federal.
- Promover el consumo de agua simple potable entre los beneficiarios del programa.
- Llevar a cabo degustaciones de los productos que integran la canasta alimentaria para su preparación saludable.
- Fomentar la actividad física en espacios públicos y recreativos mediante la elaboración de materiales de difusión orientados a los adultos mayores.
- Continuar con las actividades de difusión sobre orientación alimentaria en el marco del programa Gente Grande, en sus dos vertientes de atención.
- Mantener la prevalencia de alimentos bajos en grasas saturadas, azúcar y sal en la integración de la canasta alimentaria que se entrega a los beneficiarios.
- Mantener la disponibilidad de leche fortificada en la canasta alimentaria.
- Desarrollar y difundir materiales de difusión educativa, dirigida a la promoción de la alimentación correcta y de la actividad física y del mejor aprovechamiento saludable de los productos que integran las canastas alimentarias que entrega el programa Gente Grande.
- Instrumentar un programa de capacitación del capital humano que opera el programa Gente Grande a fin de difundir las acciones propuestas.
- Promover un diálogo permanente con expertos y líderes de opinión sobre el problema del sobrepeso, la obesidad y la diabetes y la naturaleza integral de la Estrategia.
- Promover la firma de convenios con instituciones académicas para el fortalecimiento de las acciones de la Estrategia.
- Participar en los ejercicios de capacitación, seguimiento, evaluación y retroalimentación de la Estrategia planteados por el nivel federal.
- Fortalecer la inclusión de verduras, frutas, leche, cereales integrales, y leguminosas en la integración de la canasta nutricional.
- Promover la difusión de las acciones de la estrategia en los Centros de Distribución del programa Gente Grande.

- Poner al alcance de los beneficiarios recetas saludables y sencillas, utilizando los productos que integran la canasta Alimentaria.
- Difundir la importancia nutricional de los productos que integran la Canasta Alimentaria.
- Fomentar el consumo de Cereales (avena, amaranto, arroz, pasta, tortilla, pan integral) y Leguminosas (Soya, frijol, lenteja, haba, garbanzo) por su alto valor nutricional.

Anexo 1.

Objetivos, Metas e Indicadores del Sistema Nacional de Salud

	Objetivo	Meta
SALUD PÚBLICA	Implementar esquemas proactivos de prevención y detección oportuno de casos.	Alcanzar una cobertura de detección de Diabetes Mellitus en el 33% de la población de 20 años y más, anualmente.
	Incrementar el número de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en control con la hemoglobina glucosilada (HbA1c).	Alcanzar la cobertura de pacientes en seguimiento con hemoglobina glucosilada (HbA1c).
	Incrementar el número de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en control con la hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo del 7%.	Alcanzar para 2018 el 33% de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 controlados con hemoglobina glucosilada (HbA1c).
	Promover estilos de vida saludables a través de medios de comunicación masivos con mensajes que enfatizan el diagnóstico, la alimentación correcta y la activación física.	Realizar anualmente por lo menos una campaña de difusión de comunicación educativa en medios masivos.
	Porcentaje de persona en el área geográfica de responsabilidad a las que se realizó detección integrada de factores de riesgo.	El 100% de la población de 20 años y más en el área geográfica de responsabilidad, tendrán que realizarse detecciones de factores de riesgo. Indicador a cumplirse en 3 años (22% anual).
ATENCIÓN MÉDICA	Fortalecer la actualización del personal de salud del primer nivel de atención en el manejo adecuado del paciente con sobrepeso, obesidad y diabetes.	Lograr una eficiencia terminal superior al 80% en la actualización en la atención de las enfermedades no transmisibles del personal de salud seleccionado de las unidades de primer nivel de atención.
	Incrementar el número de unidades en el primer nivel de atención, con la supervisión de la autoridad estatal, con abasto oportuno y suficiente de medicamentos para el control de la diabetes.	Alcanzar el 90% de unidades de primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos e insumos para el control de la diabetes.
	Identificar y validar marcadores genómicos útiles para establecer medidas preventivas y terapéuticas para la obesidad y la diabetes tipo 2.	Disminuir la prevalencia de obesidad y sus complicaciones metabólicas a través del diseño de estrategias basadas en evidencia genómica.
	Porcentaje de unidades de salud del primer nivel de atención que cuenten con el esquema proactivo de detección oportuna de enfermedades crónicas.	El 100% de los centros de salud del primer nivel de atención participantes deberán de estar utilizando las tecnologías en el primer nivel de atención.
	Porcentaje de personas a las cuales se les confirmó su diagnóstico y fueron ingresadas a tratamiento.	El 50% de los pacientes con confirmación de su enfermedad crónica deberán ser ingresados a tratamiento (indicador a cumplirse de manera anual).
	Porcentaje de personas con Diabetes Mellitus en tratamiento en su unidad de salud con esquema de insulinas.	El 30% de los pacientes nuevos con diabetes en unidades de salud, deberán de estar en tratamiento con esquema de insulina (en tres años, 10% anual)
	Porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus en tratamiento en su unidad de responsabilidad con un valor de hemoglobina glucosilada menor a 7%.	el 30% de las pacientes con diabetes atendidos en las unidades de salud de primer nivel de atención, tendrán un valor de hemoglobina glucosilada menor a 7% (indicador a cumplirse anualmente, 10%)
	Porcentaje de personal de salud de las unidades de salud participantes, que concluye exitosamente la capacitación.	El 90% del personal de salud de las unidades participantes, que concluyeron exitosamente en diplomado.
	Porcentaje de medicamentos con abasto continuo y completo acorde con la normatividad vigente.	El 95% del total de medicamentos estipulados deberán estar en las unidades de una manera continua y completa.
REGULACIÓN SANITARIA	Mejorar la información nutrimental de alimentos y bebidas para orientar al consumidor sobre opciones saludables.	Mejorar que el 100% de los alimentos y bebidas contengan información nutrimental en su etiquetado frontal.
	Regular la publicidad de bebidas y alimentos dirigida al público infantil.	Reducir la publicidad de bebidas y alimentos en horarios específicos en medios masivos de comunicación dirigidos al público infantil.

Anexo 2:

Objetivos, Metas e Indicadores de Promoción de la Salud.

	Programa	Objetivo	Meta	Tipo de Indicador	Indicador	Descripción del Indicador
Salud Pública	Proyectos Municipales	Fortalecer los determinantes positivos de la salud, mediante el impulso de la participación de las autoridades delegacionales, la comunidad organizada y los sectores sociales en el desarrollo de acciones de promoción de la salud a fin de generar entornos saludables.	Capacitar a los 16 Delegaciones del Distrito Federal en la elaboración de Proyectos con énfasis en la Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, anualmente.	Proceso	Porcentaje de Delegaciones capacitadas en la elaboración de Proyectos encaminados a la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes.	El indicador resulta de la división del número de Delegaciones capacitadas, en la elaboración de Proyectos encaminados a la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes, en un año, entre el total de Delegaciones, multiplicado por 100.
	Vete Sano, Regresa Sano	Implementar acciones de promoción de la salud, dirigidas a los migrantes y su familia para lograr un estado favorable de salud.	Impartir 120 talleres de Orientación alimentaria y 40 talleres de Actividad Física, dirigidos a Migrantes, anualmente.	Proceso	Porcentaje de talleres realizados dirigidos a los migrantes y sus familias.	El indicador resulta de la división del número de talleres realizados para los migrantes y su familia, entre el número de talleres programados anualmente multiplicado por 100.
	Nutrición y Orientación Alimentaria	Fomentar los buenos hábitos de alimentación y la actividad física mediante sesiones de orientación alimentaria y coadyuvar al mejoramiento y preservación del estado de salud de la población que reside en el Distrito Federal	Otorgar 86,448 consultas de nutrición en las unidades de primer nivel de atención, dirigidas a la población vulnerable y detectada con Sobrepeso, algún grado de Obesidad y/o Diabetes.	Proceso	Porcentaje de consultas de nutrición otorgadas a la población vulnerable y detectada con sobrepeso, obesidad y diabetes, en las unidades de primer nivel de atención.	El indicador resulta de la división del número de consultas otorgadas a la población vulnerable y detectada con sobrepeso, obesidad y diabetes, en las unidades de primer nivel de atención entre el total de consultas programadas anualmente, multiplicado por 100.
		Fomentar los buenos hábitos de alimentación y la actividad física mediante talleres de orientación	Realizar 440 talleres de Orientación Alimentaria, anualmente.	Proceso	Porcentaje de talleres de Orientación Alimentaria realizados en las unidades	El indicador resulta de la división del número de talleres de Orientación Alimentaria realizados, en las unidades de primer nivel de atención, entre

		alimentaria.			de primer nivel de atención.	el número de talleres programados anualmente multiplicado por 100.
Salud Pública	Plan Integral de Fortalecimiento a la Lactancia Materna	Proteger y promover la lactancia materna entre la población mexiquense.	Reconocer durante 2014, a 40 unidades de Primer Nivel de Atención como "Unidades Amigas de la Lactancia Materna".	Resultado	Porcentaje de Unidades de Primer Nivel de Atención reconocidas como "Unidades Amigas de la Lactancia Materna".	El indicador resulta de la división del número de Unidades de Primer Nivel de Atención reconocidas como "Unidades Amigas de la Lactancia Materna", entre el total de Unidades de Primer Nivel de Atención multiplicado por 100.
	Entornos y Comunidades Saludables	Brindar orientación alimentaria y promoción del ejercicio para el cuidado de la salud en grupos PROESA (En Personas Sanas)	Formar grupos PROESA en 40 Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención en las que se brinden Orientación Alimentaria y fomento la realización de ejercicio para el cuidado de la salud. Anualmente.	Resultado	Porcentaje de grupos PROESA formados, en los que se brinde orientación alimentaria y se realice del ejercicio.	El indicador resulta de la división del número de grupos PROESA formados en las Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención, entre el número de Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención multiplicado por 100.
		Promover hábitos alimentarios para mejorar las condiciones de salud y nutrición de las localidades.	Certificar a 20 Localidades como "Localidades Saludables", al año.	Resultado	Porcentaje de Localidades Certificadas como "Saludables".	El indicador resulta de la división del número de Comunidades Certificadas como Saludables, entre el número programado de Comunidades Certificadas, multiplicado por 100.
	Escuela y Salud	Mejorar las condiciones de salud de los y las niñas y las y los adolescentes a través de acciones de Educación para la Salud, prevención, detección y referencia de casos, promoción de ambientes escolares saludables y seguros y Participación Social	Certificar 20 Escuelas como "Saludables, Seguras y Libres de Humo de Tabaco" durante el ciclo escolar 2014-2015.	Resultado	Porcentaje de escuelas Certificadas como "Saludables, Seguras y Libres de Humo de Tabaco".	El indicador resulta de la división del número de escuelas Certificadas como Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención, entre el número programado de escuelas Certificadas durante el ciclo escolar 2013-2014, multiplicado por 100.

		Impulsar acciones de Promoción a la Salud para controlar y prevenir el sobrepeso, la obesidad y la diabetes.	Realizar durante el ciclo escolar 2014-2015, 50 talleres de Alimentación correcta, Consumo de Agua Simple Potable y Actividad Física dirigidos a padres de familia y alumnos, en 50 escuelas primarias públicas.	Proceso	Porcentaje de talleres de Alimentación correcta, Consumo de Agua Simple Potable y Actividad Física.	El indicador resulta de la división del número de talleres de Alimentación correcta, Consumo de Agua Simple Potable y Actividad Física, entre el número de talleres programados durante el ciclo escolar 2014-2015, multiplicado por 100.
	Talleres Comunitarios para el Autocuidado de la Salud	Fomentar el desarrollo de conocimientos y capacidades de las personas y la comunidad, mediante la educación para la salud.	Realizar durante 2014, 440 talleres Comunitarios con énfasis en los determinantes de Alimentación y Salud y Actividad Física.	Proceso	Porcentaje de talleres Comunitarios con énfasis en los determinantes de Alimentación y Salud y Actividad Física realizados.	El indicador resulta de la división del número de talleres Comunitarios con énfasis en los determinantes de Alimentación y Salud y Actividad Física realizados, entre el número programado de talleres, multiplicado por 100.
	Centros de Trabajo Saludables		Realizar la Certificación de 20 Centros de Trabajo como "Sitios de trabajo saludables", durante 2014.	Resultado	Porcentaje de Centros de Trabajo Certificados como "Sitios de trabajo saludables".	El indicador resulta de la división del número de Centros de Trabajo certificados como "Sitios de trabajo saludables", entre el número programado de certificaciones, multiplicado por 100.

Bibliografía

1. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Secretaría de Salud, México, 2012.
2. OECD, Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing, 2011.
3. www.salud.df.gob.mx
4. OMS, Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Ginebra, 2012
5. ONU. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. 16 de septiembre de 2011. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>
6. Pérez EC, Sandoval MJ, Schneider SE. Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2008; 179:16-20
7. www.idf.org
8. Hernández AC, Elnecavé A, Huerta N, Reynoso N. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. Salud Pública Mex 2011; 53(1):34-39.
9. González E, Gutiérrez C, Stevens G, Barraza M, Porras R, Carvalho N, *et al.* Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. Salud Pública Mex 2007; 49(supl I):S37-S52.
10. Rivera Dommarco, Juan Ángel, *et. al.* (2012). *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado. (Primera ed.)*. México:UNAM.
11. Villalpando S, Shamah-Levy T, Rojas R, Aguilar-Salinas CA. Trends for type 2 diabetes and other cardiovascular risk factors in Mexico from 1993-2006. Salud Pública Mex 2010; 52(S1):S72-S79.
12. Aguilar CA, Monroy OV, Gómez FJ, Chávez AG, Esqueda AL, Cuevas VM, *et al.* Characteristics of Patients with Type 2 Diabetes in México: Results from a large population-based nationwide survey. Diabetes Care 2003; 26(7):2021-2026
13. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Salud de las Américas, Indicadores Básicos 2011. OMS 2011. [Consultado 2013 diciembre]. Disponible en: http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI_2011_ESP.pdf.
14. Cruz M. Panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en México. Archivos de Cardiología de México. 2001 (71):s192-s197.
15. Aguilar CA, Rojas R, Gómez FJ, García E, Valles V, Ríos-Torres JM, *et al.* Prevalence and characteristics of early-onset type 2 diabetes in Mexico. Am J Med 2002; 113(7):569-574.
16. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Distrito Federal. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en: encuestas.insp.mx
17. Gómez S, Marcos A. Intervención integral en la obesidad del adolescente. Rev Med Univ Navarra. 2006; 50(4):23-25
18. Hernandez B, Gortmaker S, Colditz G, Peterson K, Laird N, Parra Cabrera S. Association of obesity with physical activity, television programs, and other forms video viewing among children in Mexico City. Int J Obes Relat Metab Disord. 1999; 23:845-855.
19. Stevens J. *et al.* Population-Based Prevention of Obesity: The Need for Comprehensive Promotion of Healthful.
20. Declaración Ministerial para la Prevención y Control de las enfermedades Crónicas No Transmisibles. 25 de febrero de 2011
21. González E, Gutiérrez C, Stevens G, Barraza M, Porras R, Carvalho N, *et al.* Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. Salud Pública Mex 2007; 49 (supl I):S37-S52.
22. Aguirre E. La Corresponsabilidad Operativa en la Atención Primaria a la Salud. Salud Pública de México 1994; 36:210-213.
23. Plan de Acción para la Prevención y Control de la Enfermedades No Transmisibles. OMS (2013-2020).
24. Ortiz ME, Garrido F, Orozco R, Pineda D, Rodríguez M. Sistema de Protección Social en Salud y calidad de la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud. Salud Publica Mex 2011; 53(4):436-444.
25. Cruz M. Panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en México. Archivos de Cardiología de México. 2001 (71):s192-s197.

26. Diario Oficial de la Federación. Lineamientos generales para expendio y distribución de alimentos y bebidas en las escuelas. 23 de agosto de 2010.
27. Diario Oficial de la Federación. Ley de ayuda alimentaria para los trabajadores. 17 de enero de 2011.
28. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas, OMS, Gobierno de Australia Meridional, Adelaida 2010.
29. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo, Pág. 23

Agradecimientos

La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de la Obesidad, el Sobrepeso y la Diabetes requiere de la participación y de las contribuciones de diversas dependencias e instancias de los sectores público, social y privado. En el Distrito Federal el trabajo coordinado y de concertación que permitió integrar el presente documento, que fue posible gracias al compromiso y responsabilidad de los representantes de las instituciones que a continuación se enlistan:

Gobierno del Distrito Federal (GDF)
Secretaria de Salud del Distrito Federal (SESA)
Servicios de Salud Publica del Distrito Federal (SSPF)
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
Petróleos Mexicanos (PEMEX)
Sistema Para el Desarrollo de la Familia (DIF)
Secretaría de Educación Pública (SEP)
Secretaria de la Defensa Nacional (SEDENA)
Secretaría de Marina (SEMAR)
Sistema de Transporte Colectivo Metro (STCM)
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
Instituto Politécnico Nacional (IPN)
Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ)
Instituto Asistencia e Integración Social (IASIS)
Secretaría de Educación Pública (SEP)
Secretaría de Desarrollo Agropecuario
Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)
Secretaría del Trabajo y Prevención Social (STPS)
Secretaría Administración Tributaria (SAT)
Comisión Nacional del Agua (CONAGUA)
Sociedad Civil y Organizaciones No Gubernamentales
Colegio Unido de Enfermeras y Enfermeros de México
Colegio de Profesionales de la Enfermería
Asociación Médica del Deporte

A todos ustedes, muchas gracias.