



ESTRATEGIA ESTATAL PARA
LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE SOBREPESO,
LA OBESIDAD Y LA DIABETES

DIRECTORIO

SECRETARIA DE SALUD DE DURANGO

Dr. Eduardo Díaz Juárez

Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Durango

C.P. María de Lourdes Díaz Herrera

Directora Administrativa

Ing. Luis Antonio Isaías Millán Motolinía

Director de Planeación

Dr. Miguel Ángel Aragón Contreras

Director de Servicios de Salud

Dr. Ramón García Rivera

Director del Régimen Estatal de Protección en Salud

Dr. Marco Antonio Aguilar Martínez

Comisionado de COPRISED

Dr. Felipe Asís González

Subdirector de Promoción y Supervisión en Salud

Dra. Cynthia Mora Muñoz

Subdirectora de Epidemiología y Medicina Preventiva

Dra. Gabriela Solís Flores

Subdirectora de Atención a la Salud de la Mujer

Dr. Oscar Chávez Mora

Jefe del Departamento de Enfermedades No Transmisibles y

Responsable Estatal del Programa de Riesgo Cardiovascular en el Estado

Coordinador Estatal de la Estrategia

Dra. Miriam Centeno Ferreira

Jefa Estatal de Promoción de la Salud

Dra. Martha Olivia Rodríguez Rivas

Responsable del Programa de Riesgo Cardiovascular

CONTENIDO

Presentación	5
Introducción	7
Problemática en Durango	8
Panorama Mundial	10
Panorama en México	11
Panorama y Antecedentes en Durango	12
1. Grupos de Ayuda Mutua	15
2. Durango está tomando medidas	16
3. 5 pasos por tu Salud	17
4. reglamento para el funcionamiento de los centros de distribución de alimentos En los centros escolares de educación básica en el Estado de Durango	17
5. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria	18
6. Consejo Estatal para la Prevención y Control de Enfermedades Cardio-metabólicas	19
Marco jurídico	22
Marco conceptual	32
Planteamiento	35
Ejes rectores	37
Investigación y evidencia científica	37
Corresponsabilidad	37
Transversalidad	38
Intersectorialidad	38
Evaluación del impacto	38
Rendición de cuentas	39
Objetivos	
Objetivo General	40
Objetivos Específicos	40
Visión 2018	41
Pilares y Ejes estratégicos	42
Pilares de la Estrategia Nacional	

1. Salud Pública	43
1.1 Sistema de Vigilancia Epidemiológica	43
1.2 Promoción y Prevención de la salud	44
2. Atención Médica	46
2.1 Acceso efectivo a servicios de salud	47
Grupos de Ayuda Mutua (GAM)	47
Unidad de Especialidades Médicas (Enf. Crónicas) UNEME EC	48
2.2 Calidad de los servicios de salud	50
2.3 Mejora de las competencias y la capacidad resolutive	
Del personal de Salud	50
2.4 Infraestructura y Tecnología	52
2.5 Garantía de abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio	54
2.6 Modelo de Implementación de la Estrategia Nacional contra Sobrepeso, Obesidad y Diabetes en el Estado de Durango	55
Avances en el Estado de Durango	56
3. Regulación Sanitaria y Política Fiscal	57
3.1 Etiquetado	57
3.2 Publicidad	60
3.3 Política Fisca	60
Dependencia e Instituciones Participantes	62
Metas de Detecciones Interinstitucionales	65
Actividades de Dependencias e instituciones participantes	65
Evaluación	71
ANEXO 1: Objetivos, Metas e Indicadores del Sistema Estatal de Salud	74
Bibliografía	77
Agradecimientos	80

PRESENTACION

En la secretaria de Salud del Estado de Durango conformamos un equipo ético y humanista con un plan estratégico basado en nuestra declaración de la misión, visión y valores:

Misión: Otorgar servicios integrales de salud como prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, con un amplio sentido humano, en beneficio de la población duranguense.

Visión: Guiar y alentar la institución a través del incremento de acciones innovadoras preventivas y participación social, como contribución del Gobierno Estatal.

Valores: Que sean referencias de la gestión de nuestra institución, como ideales y base de nuestras acciones para bien nuestro y de la sociedad.

En México, existen importantes desafíos por superar, derivados principalmente de la transición demográfica y epidemiológica. Las muertes por enfermedades no transmisibles, como la diabetes, y ECV, el principal factor de riesgo para desarrollar estas enfermedades es la obesidad.

Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables. En donde intervienen los Determinantes Sociales afectando factores individuales, de entorno familiar y comunitario, del nivel macro como son urbanización, globalización, cambios en la dinámica familiar.

Según la encuesta nacional de salud y nutrición 2012 (ENSANUT 2012), entre los mayores de 20 años de edad en el Estado de Durango, puede observarse que la prevalencia de sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25$ kg/m²) en mujeres fue de 71.7% y en hombres de 70.2%. La prevalencia de obesidad ($IMC \geq 30$ kg/m²) fue 65% más alta en mujeres (39.4%) que en hombres (28.8%), mientras que la prevalencia de sobrepeso fue mayor en hombres (41.3%) que en mujeres (32.3%). Las enfermedades no transmisibles con mayor prevalencia e incidencia son la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y los tumores malignos.

Con base en la ENSANUT 2012, la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más en Durango fue de 10.2%, mayor a la reportada en la ENSANUT 2006 (7.4%). La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo fue ligeramente mayor en mujeres (10.7%) que en hombres (9.6%), con una razón mujer: hombre de 1:1.

Este padecimiento requiere de una atención compleja, de larga duración y exige la participación de equipos de profesionales de la salud, el desinterés de las personas y la saturación de los servicios da como resultado el aumento considerable de casos con esta enfermedad, lo cual trae como consecuencia presentar diabetes tipo 2.

Dr. Eduardo Díaz Juárez

Secretario de Salud del Estado de Durango

INTRODUCCION

Durango al igual que todo el país, se encuentra ante una situación de cambios en lo que a salud se refiere, debido a diferentes causas, entre las que destacan la transición epidemiológica, demográfica y alimentaria, las cuales a su vez son consecuencia de; cambios en las tasas de mortalidad y de fecundidad mismas que se han ido disminuyendo paulatinamente, urbanización de la población debido a la migración del campo a las ciudades en busca de una mejor calidad de vida, y mayores facilidades para atender sus necesidades básicas, tanto de alimentación, educación, atención médica y fuentes de empleo seguras.

También han influido de manera importante los cambios tecnológicos y la globalización tanto en los hábitos alimentarios, como en la poca actividad física tanto en el ámbito laboral como en el familiar y de entretenimiento, debido a la mayor disponibilidad de alimentos con alto contenido energético y de grasas saturadas, lo que ha redundado en incrementos importantes en las tasas de sobrepeso y obesidad, tanto en la población infantil y adolescente como en los adultos, siendo este el factor de mayor riesgo e influencia para las enfermedades no transmisibles, principalmente la Diabetes mellitus, la Hipertensión, enfermedades isquémicas del corazón y las cerebro vasculares, las cuales se encuentran entre las principales causas de morbilidad y de mortalidad general. Esto genera altos costos los cuales afectan al sistema de salud así como a las familias, tanto por la atención medica de estos padecimientos como de las complicaciones ocasionadas por diagnósticos tardíos y el mal control metabólico, que repercuten en la calidad de vida y capacidad laboral de las personas.

Para atender satisfactoriamente esta situación se requieren acciones dirigidas a toda la población en general incluyendo a niños y adolescentes para la prevención y detección oportuna de las enfermedades no transmisibles y su tratamiento lo más eficiente posible.

Los pacientes con enfermedades crónicas deben recibir educación y apoyo para lograr su autocuidado efectivo el cual es fundamental para lograr un buen control metabólico, por lo que los pacientes deben de entrar en un programa educativo estructurado desde el momento de su diagnóstico, teniendo en cuenta que el programa educativo debe ser completo, para que el paciente conozca su enfermedad y se empodere para auto controlarse, insistiendo en que educar es más que informar y que la educación es la piedra angular en el tratamiento de los pacientes.

PROBLEMÁTICA EN DURANGO

Estudios realizados en nuestro país, muestran de manera consistente un incremento en la prevalencia de la hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes, sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico. De tal manera que en la actualidad, la hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular de mayor prevalencia en nuestro país.

Por ello, la Secretaría de Salud, las sociedades y asociaciones médicas en el ámbito cardiovascular, unen esfuerzos para fortalecer las acciones tendientes a contribuir de manera importante en la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares, mediante la participación activa de la sociedad, la familia y el o la enfermo/a, lo que favorecerá un estilo de vida saludable y el autocuidado de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa, el indicador más común que se utiliza para identificar el exceso de peso es el índice de masa corporal (IMC), y clasifica como sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25 y la obesidad cuando éste es igual o superior a 30.

El Estado de Durango al igual que en el resto del país, se ha dado un incremento en las prevalencias de sobrepeso y obesidad. Situándose nuestro Estado entre los 10 primeros lugares en obesidad en mayores de 20 años en la ENSANUT 2006. Figura 1. y Tabla 1.

OBESIDAD EN EL PAÍS

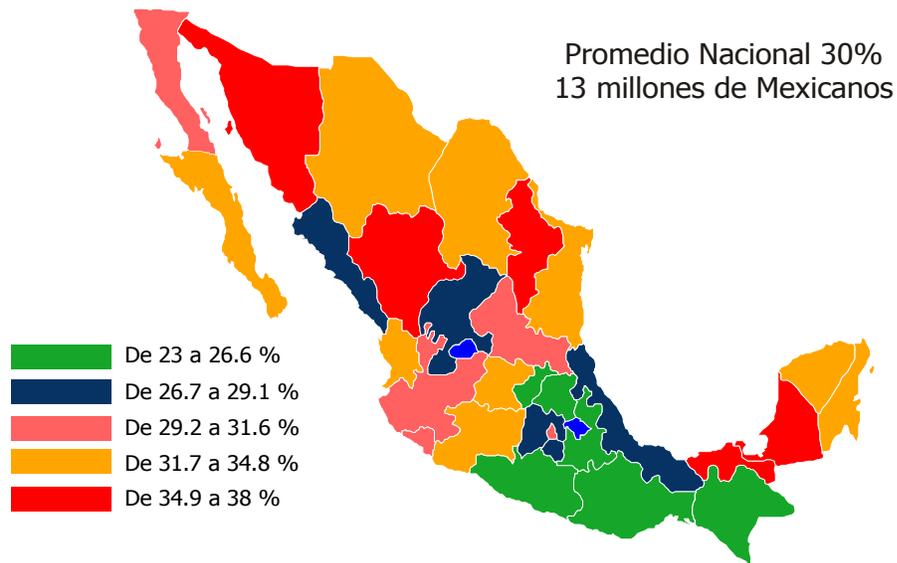


Figura 1.

Fuente: ENSANUT 2006

PORCENTAJE DE LA POBLACION CON OBESIDAD EN MEXICO

Lugar	Estado	Porcentaje
1	<i>Baja California</i>	76.5%
2	<i>Campeche</i>	75.1%
3	<i>Quintana Roo</i>	75%
4	<i>Durango</i>	74.6%
5	<i>Yucatán</i>	74.4%
6	<i>Sonora</i>	73.2%
7	<i>Distrito Federal</i>	73%
8	<i>Tabasco</i>	69.8%

9	Estado de México	72.6%
---	------------------	-------

Tabla 1.

Fuente: ENSANUT 2006

PANORAMA MUNDIAL

El impacto sobre la salud de esta pandemia de obesidad puede verse en los vertiginosos índices crecientes de diabetes tipo 2, para la cual es el principal factor de riesgo conocido. Las cifras de la Federación Internacional de Diabetes (FID) sitúan el número de personas con diabetes en todo el mundo ligeramente por encima de los 210 millones.

Se sabe que la obesidad coloca a las personas en una situación de mayor riesgo de sufrir graves problemas de salud, entre los cuales se encuentran las enfermedades cardiovasculares, la artritis, las enfermedades de vesícula biliar y de riñón y el cáncer de mama, colon, útero, esófago y riñón. Tan sólo en los Estados Unidos, los costos directos sanitarios por obesidad exceden en el presente los 100 billones de USD al año.

El aumento mundial de la obesidad tiene preocupados a los defensores de la salud pública. El instituto *Worldwatch*, con sede en Washington, informó recientemente de que, por primera vez en la Historia, los cálculos del número de personas en el mundo con sobrepeso compiten con los del número de personas malnutridas. En su Informe sobre la Salud Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) colocó la obesidad entre los 10 riesgos principales para la salud humana en todo el mundo. La epidemia está bien documentada y se ha estudiado en profundidad en los Estados Unidos, en donde ya en los años 60, casi la

mitad de los estadounidenses sufrían sobrepeso y más del 13% eran obesos. Hoy aproximadamente el 64% de los adultos de los EEUU sufren sobrepeso y el 31% son obesos.

Los Estados Unidos no son, sin embargo, los líderes de la carrera mundial de corpulencia nacional. Esa distinción es para Samoa, en el Pacífico, en donde dos tercios de las mujeres y la mitad de los hombres son obesos. En las Américas, Canadá va por detrás de los Estados Unidos, con un 50% de los adultos que sufren sobrepeso y un 13% de obesos. Los datos de Argentina, Colombia, México, Paraguay, Perú y Uruguay muestran que más de la mitad de la población de estos países sufre sobrepeso y más del 15% es obesa.

Esta tendencia crece paralela al incremento de diabetes e hipertensión arterial, factores que en conjunto inciden sobre la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas. La prevención del sobrepeso corporal y las enfermedades crónicas, incluida en las estrategias de la Organización Mundial de la Salud, han sido estructuradas consecuentemente con un enfoque preventivo a lo largo de toda la vida. Las modificaciones de los estilos de vida que comprenden a la alimentación y a la realización de actividad física regular tienen una influencia determinante en la tendencia mundial informada para estas afecciones. El genoma humano ha variado poco en la evolución, sin embargo, los cambios trascendentales ocurridos en el estilo de vida de las últimas 2-3 generaciones han generado el comportamiento explosivo en la prevalencia de estas afecciones al nivel mundial.

PANORAMA EN MEXICO

En la república mexicana en el hombre la prevalencia en sobrepeso es mayor que las mujeres con 42.6% y 24.0% en mujeres, sin embargo en obesidad I, II y III es de 37.5% respecto con los hombres que tienen 26.8%. La frecuencia es más alta en la población urbana. Con 72.8% y rural de 65% únicamente en el medio rural el sobrepeso es más alto con 39.1% y en el medio urbano 38.8%.

Por región geográfica, el norte del país la prevalencia es más alta en sobrepeso con 35.9%, obesidad grado I 24.3%, obesidad grado II 8.8%, obesidad grado III 4.2 % Según encuesta ENSANUT 2012.

México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento inusitado de IMC excesivo (Sobrepeso y obesidad) que afectan a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones.

Los aumentos de las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial. De 1988 al 2012, el sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años de edad se incrementó de 25 a 35.3% y la obesidad de 9.5 a 35.2 %. Afortunadamente en el último periodo de evaluación (de 2006 a 2012), la prevalencia

agregada de sobrepeso y obesidad en adultos ha mostrado una desaceleración en el crecimiento que era cercana al 2% anual (en el periodo de 2000 – 2006). Para ubicarse en un nivel inferior al 0.35% anual.

Aun cuando el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos mexicanos ha venido declinando en los últimos seis años, debe señalarse que estas prevalencias se encuentran entre las más altas del mundo, 7 de cada 10 adultos presentan sobrepeso y de estos la mitad presentan obesidad.

PANORAMA Y ANTECEDENTES EN DURANGO

La población actual en el Estado de Durango según la proyección CONAPO 2014 mayor de 20 años es 1,067,279 y la corresponsabilidad a la Secretaria de Salud no derechohabiente son 416,238. Actualmente según los datos de ENSANUT 2012 la velocidad en el crecimiento de la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad que se había venido observando a partir de 1988 tuvo una desaceleración entre 2006 y 2012 en adolescentes y adultos y se contuvo en niños en edad escolar, aunque los niveles actuales distan mucho de ser aceptables. Tabla 2, 3, 4, 5 y 6.

No.	Estados	Prevalencia de Obesidad y Sobrepeso
1	BCS	47.4
2	Yucatán	45.9
3	Campeche	45.2
4	Tabasco	43.2
5	BC	42.4
6	Quintana Roo	41.7
7	Nuevo León	41.6
8	Tamaulipas	41.2
9	Veracruz	40.8
10	Jalisco	40.1
11	Sonora	40.0
10	Nayarit	39.4
13	Colima	39.3
14	D.F	39.1
15	Coahuila	38.7
16	Guanajuato	38.3
17	Durango	37.1
18	Morelos	37.1
19	Aguascalientes	36.9
20	Puebla	36.7

Tabla 2.

Fuente: ENSANUT 2006

Lugar de Durango

ENSANUT 2012

Sobrepeso y Obesidad en menores de 5 años

Posición en relación al Estado	Estado	Prevalencia 2012
No. 20	Durango	9.2

Tabla 3.

Prevalencia Sobrepeso y Obesidad 5 a 11 años

Posición en relación al Estado	Estado	Prevalencia 2012	Prevalencia 2006
No. 21	Durango	33.8	22.9

Tabla 4.

Prevalencia Sobrepeso y Obesidad en Adolescentes

Posición en relación al Estado	Estado	Prevalencia 2012	Prevalencia 2006
No. 19	Durango	34.4	30.2

Tabla 5.

Prevalencia Sobrepeso y obesidad en Durango en los mayores de 20 años

Posición en relación al Estado	Estado	Prevalencia Sobrepeso y Obesidad
No. 17	Durango	37.1

Tabla 6.

El sobrepeso y la obesidad fueron un problema de salud pública que afectó a 7 de cada 10 hombres y mujeres mayores de 20 años. Estas cifras fueron similares a las reportadas en el ámbito nacional.

Las prevalencias de sobrepeso y obesidad, siguieron una tendencia creciente en los últimos seis años en los hombres y un decremento en las 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.

Los resultados para el estado indicaron que más de 70% de los adultos cumplieron con los criterios mínimos establecidos por la OMS para ser considerados como activos. Estos datos son similares a los obtenidos en el ámbito nacional (70.7%). Sin embargo, gran parte de la población es inactiva o moderadamente activa (24.9% de los adultos) y el porcentaje de la población que destinó más de dos horas diarias a estar frente a una pantalla es muy importante (48.7%).

Si bien un porcentaje importante de la población fue clasificada como activa, de acuerdo con el criterio de la OMS, vale la pena mencionar que una validación mostró que en una segunda aplicación, una semana después del cuestionario de actividad física, disminuía el porcentaje de personas clasificadas como activas. Aunque una persona cumpla con las recomendaciones de actividad física no implica menor tiempo destinado a actividades sedentarias el resto del día, aspecto que se ha relacionado con el desarrollo de enfermedades crónicas como obesidad, diabetes mellitus e hipertensión.

Por lo anterior, es importante promover no sólo la práctica de actividad física moderada y vigorosa, que incluye actividades deportivas, sino también la disminución de actividades sedentarias a lo largo del día (transporte inactivo y tiempo frente a una pantalla, entre otros). Adicionalmente, al tomar en cuenta la influencia que tiene el entorno para la práctica de actividad física, se debe considerar una mejor planeación de espacios activos, accesibles y seguros que permitan y fomenten estilos de vida más dinámicos, tanto en momentos de ocio y recreativos como durante la rutina diaria, para disminuir el sedentarismo.

Las acciones que se han realizado en el Estado de Durango desde el 2005 con el objetivo de disminuir la incidencia y prevalencia de sobrepeso y obesidad son las siguientes:

1. Con el objetivo de permitir a los pacientes a tomar decisiones propias sobre objetivos de tratamiento, opciones terapéuticas y las conductas a seguir y asumir la responsabilidad del cuidado diario que deben ser eficaces para ayudar a los pacientes a cuidarse por sí mismos en el 2005 se establece el concepto de Acreditación de GAM para garantizar cumplimiento de las metas de tratamiento, en el 2007- 2012 Cambia el concepto "Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas", 2008 Se diseña y opera el Sistema de Vigilancia y Estudio de los Grupos de Ayuda Mutua (SIVEGAM).

Este escenario ideal para la adquisición de conocimientos y habilidades para el control de enfermedades crónicas; existen criterios de formación y acreditación. Para alcanzar la acreditación se solicita que cada grupo alcance las metas de control metabólico de éstas enfermedades.

Es la organización de los propios pacientes que con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la capacitación necesaria para el control de las ECNT. Contar con un espacio donde cada participante puede expresar libremente y de manera directa sus ideas, sentimientos y acciones, en el cual sea permisible cometer errores y el análisis que se centre en bases científicas, por lo que deben: Reconocer claramente el objetivo del GAM, alcanzar las metas de tratamiento, detección de necesidades para integrar los temas de un programa, contar con un coordinador del GAM, evaluación del aprendizaje.

Por lo que se deben cumplir con metas establecidas como son las siguientes:
PRUEBA/EXAMEN

Control Glucémico, Examen de los pies, Valoración podológica, Toma de presión arterial, Peso, IMC, Circunferencia Cintura, Hb A1c, Perfil Lipídico, Microalbuminuria.

Una estrategia es el proceso de acreditación que tiene estándares internacionales: Información Basal, Acreditación, Re-acreditación y Acreditación por Excelencia.

Operación de la estrategia de acreditación: supervisar, capturar la información, dar seguimiento a través de un monitoreo de SIVEGAM, y realizar la evaluación.

Durango tiene 3 Acreditadores Estatales y 8 Jurisdiccionales. Durante el periodo del 2009 al 2013 se han acreditado 37 grupos, 9 grupos Reacreditados y 4 grupos Acreditados por Excelencia.

El Estado de Durango cuenta con una Red Estatal de **Grupos de Ayuda Mutua** EC de 50 GAM Acreditados con un promedio de 24 integrantes por GAM teniendo una Población Beneficiada de 4,800. Durango cuenta con 172 grupos GAM activos. Figura 2.

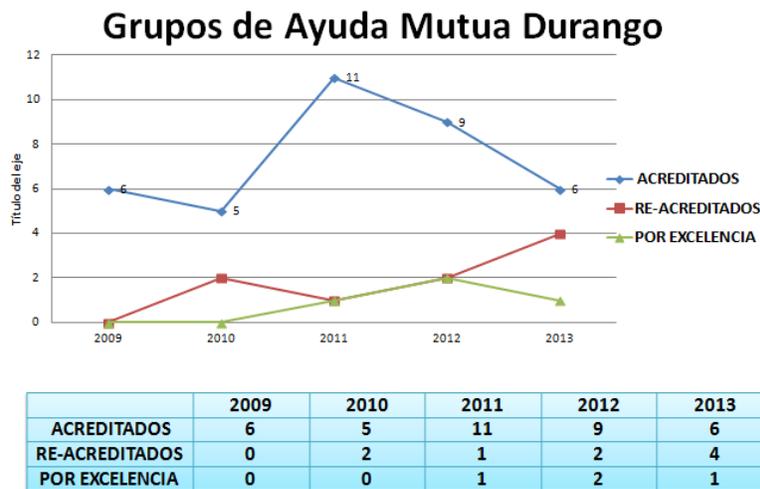


Figura 2.

FUENTE: SIVEGAM 2009-2013

2. Derivado del programa Nacional México está Tomando Medidas, en el 2006 se adoptó el nombre “**Durango está Tomando Medidas**”, que consiste en reducir en 4 meses 5 kg. Por paciente.

Objetivos: lograr una alimentación balanceada, promover actividad física.

Población objetivo: Hombres y mujeres mayores de 20 años; con una vigencia permanente y a desarrollarse en el ámbito de trabajo tanto en área rural como urbana teniendo una cobertura en todo el estado.

Se realizaron convenios con la Universidad Juárez del Estado a través del sindicato de la SPAUJED, Universidad Autónoma de Durango (Área de nutrición) y Biblioteca Central del Estado.

Logrando promover de 15 a 20 minutos de actividad física dentro de la jornada laboral, iniciando con 10 minutos hasta alcanzar 20 máximo. Promover orientación alimentaria dentro de la jornada de trabajo.

Las bases que sustentaban el programa:

- No hay alimentos buenos o malos, existen dietas balanceadas o mal balanceadas.
- La actividad física debe de formar parte de la vida de los seres humanos y constituye un eje en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- La medición de la circunferencia abdominal es un indicador de salud para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Una población mejor informada, selecciona mejor su estilo de vida.

La Campaña Nacional Vamos por un millón de kilos y Vamos por mas kilos que inicio en junio 2008 cuyo objetivo era crear conciencia sobre los grandes riesgos a la salud que presenta el sobrepeso y la obesidad y lograr en la población disminuir un millón de kilos en un periodo de 2 meses. Trabajando con: Confederación de Trabajadores de México (CTM) y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

Las acciones que se realizaron Medición de peso y talla, para evaluación del estado de nutrición. Medición de circunferencia abdominal, Promoción de alimentación correcta y actividad física, Promoción de la modificación de hábitos no saludables (tabaco y alcohol), Meta Estatal perder 1000 Kilogramos por cada Módulo de las cuatro Jurisdicciones del Estado (un módulo por Jurisdicción Sanitaria).

La meta para el Estado de Durango fue de 4000 kilos menos llegando a superar la meta con un logro de 8932.9 Kg menos. Tabla7.

Jurisdicciones Sanitarias	Kilos Reportados
Jurisdicción 1	2390.320 Kg
Jurisdicción 2	752.800 Kg

Jurisdicción 3	4270.700 Kg
Jurisdicción 4	8932.92 Kg

Tabla 7.

FUENTE: CENA VECE PLATAFORMA POR UN MILLON DE KILOS MENOS.

3. La estrategia **5 pasos por tu salud** oficialmente arranco el mes de febrero del 2009 en el estado de Durango, concluyendo en el 2012. Cuyo objetivo general era promover entre la población la adopción de cinco hábitos fáciles de hacer para tener una vida saludable: paso 1 muévete, paso 2 toma agua, paso 3 come verduras y frutas, paso 4 mídete física y emocionalmente, paso 5 comparte. Con la finalidad de sensibilizar a la población sobre estilos de vida saludables, centrados en aspectos nutricionales y de actividad física.

En respuesta ante la alta prevalencia de obesidad y sobrepeso determinantes para el padecimiento de enfermedades crónico Degenerativas y en el cual Durango ocupa el 4to cuarto. Llegar a nivel nacional en sobrepeso y obesidad en mayores de 19 años , así como los niños de 5 a 11 años de edad 3.6% y en los de 11 a 19 años de edad 2.45 y 1.7 por debajo de la media nacional con el fin de abatir dicha incidencia, se crea un Consejo Intersectorial e interdisciplinario, con fecha del 31 de julio del 2009 denominado Consejo Estatal por un Durango Sano y Educado (CEDUSE), integrado por más de 14 instituciones con el fin de informar orientar, concientizar y crear una conciencia colectiva en la población, al igual que reflejar el trabajo en conjunto con los tres niveles de gobierno, ya que al igual que otras enfermedades requiere de un proceso educativo y de estrategias de comunicación, para dar apoyo después a la estrategia de 5 pasos.

4. Normativamente se cuenta desde el 2009 con el **“reglamento para el funcionamiento de los centros de distribución de alimentos en los centros escolares de educación básica en el Estado de Durango”** en el Congreso del Estado.

Por parte de la DGPS Dirección General de Promoción de la Salud se implementó Se la Estrategia del levantamiento de la Encuesta de Monitoreo de Determinantes que se implementó en la Entidad, instrumento que se aplicó en la población adolescente hombres y mujeres de entre 10 y 19 años clasificándose en: activos (7 horas a la semana), moderadamente activos (4 a 7 horas) e inactivos (menos de 4 horas) de actividad vigorosa y/o moderada cuya muestra arrojó que el 35% de los adolescentes son activos, 24.4% son moderadamente activos y 40.4% son inactivos.

Además de encontrar factores de riesgo en adolescentes tales como que en el muestreo el 25.09% utiliza de 3 a 4 cucharadas de azúcar en sus alimentos, así como el 22.15% adiciona sal a sus alimentos antes de probarla, entre otros.

Estos resultados refuerzan la idea de que los paladares pueden volverse adictos a alimentos hipocalóricos muy dulces o muy salados.

Programa Emergente “Prevención y Control del Sobrepeso y Obesidad” 2011- 2012, cuyo objetivo era prevenir, detectar, controlar y disminuir, en su caso la aparición del sobrepeso y de la obesidad así como sus complicaciones para la población mexicana, con el fin de elevar la calidad de vida y el número de años de vida saludable de las personas en general y aquellas que presenten estos padecimientos, mediante intervenciones costo efectivas dirigidas a los determinantes y entornos.

5. El 25 de enero de 2010 a la fecha se impulsó el **Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria** (ANSA): Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad y fue publicado el 11 de febrero del mismo año; éste surge de un profundo análisis del problema de la obesidad en México, sustentando en la mejor evidencia disponible, que incluyó una revisión sistemática de la literatura, la revisión de la magnitud, distribución y tendencias de las prevalencias de la obesidad y enfermedades crónicas, así como de sus determinantes en el país y de la revisión de experiencias de otros países; además de considerar las recomendaciones en la materia de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), particularmente la Estrategia Global sobre Régimen Alimentario y Actividad Física y de otros organismos internacionales y asociaciones de profesionales de la salud. Además, para la definición de los objetivos y de las acciones concretas para alcanzarlos se llevaron a cabo consultas con los principales actores de la industria de alimentos y los diversos sectores gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil involucrados en el tema. En el Estado se contrataron para este fin: 5 Nutriólogos (cuatro jurisdiccionales y uno estatal), 4 Activadores físicos y un Médico Especialista en Medicina del Deporte Estatal. Su propósito es instruir a las personas sobre el manejo adecuado de conductas de riesgo, así como orientación alimentaria y física que permita adquirir adecuados hábitos higiénico-dietéticos y mejorar la calidad de vida. Para prevenir ECNT, que afectan severamente a la población de Durango, en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo así como en Grupos de Ayuda Mutua.

El 2012 se benefició un total de 14,096 personas con las siguientes actividades:

- Reuniones inter y extra institucionales de las actividades del ANSA 94.
- Capacitaciones sobre de Obesidad y Activación física 77.
- Pausas para la salud realizadas en los centros laborales 394.

-Capacitaciones en sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas al personal de salud en el centro laboral 37.

-Oferta de agua, verduras y frutas en reuniones laborales 247.

-GAM 9 acreditados, 2 reacreditados y 2 acreditados por excelencia 13.

El 2013 se benefició un total de 10,983 personas con las siguientes actividades:

-Diagnóstico antropométrico, hábitos de alimentación y actividad física en entornos 5.

-Promoción del consumo de agua simple potable, verduras y frutas en los entornos 286.

-Talleres de adopción de un estilo de vida saludable 83.

-Capacitaciones a profesionales de la salud en el taller de "comunicación de riesgos, orientación nutricional y actividad física en obesidad" 65.

-Participación en medios de comunicación y/o campañas 22.

-Activaciones físicas realizadas 362.

6. Consejo Estatal para la Prevención y Control de Enfermedades Cardio-metabólicas.

El 01 de Octubre del 2013 en la Ciudad de Durango Dgo. Los CC. Doctor Eduardo Díaz Juárez, Secretario de Salud y Director de los Servicios de Salud de Durango, Doctor Oscar Chávez Mora, Jefe Estatal de Enfermedades Crónica no Transmisibles, Doctora Elvia Patricia Herrera Gutiérrez, Delegada Estatal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Lic. Luis Tomás Castro Hidalgo, Secretario de Educación, Licenciado Víctor Roberto Infante González, Delegado Estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social, Maestra en Ciencias Lucero González Hermosillo, Directora General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, General de Brigada Diplomado del Estado Mayor, Sergio Alberto Martínez Castuera Comandante de la Décima Zona Militar, Doctor Juan Carlos Montoya Garay, Director de Salud Pública Municipal y Medio Ambiente, Ingeniero Gustavo Lugo Espinoza, Director del Instituto Estatal del Deporte, Doctor Oscar Vladimir Campos Moreno, Director de la Clínica del Diabetes, Licenciada en Nutrición Chantal Donneaud Bechelani, Representante de las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas y el Doctor Jorge Arturo Cisneros Martínez, Director de la

Facultad de Medicina y Nutrición de la Universidad Juárez del Estado de Durango, instalan formal y legalmente el Consejo Estatal para la Prevención y Control de Enfermedades Cardio-metabólicas.

FUNCIONES:

- I.- Aprobar los programas de Coordinación para llevar a cabo las políticas, acciones y proyectos del Consejo.
- II.- Autorizar los programas de Investigación, prevención y control de las enfermedades Cardio-Metabólicas para el desarrollo del programa de dicho Consejo.
- III.- Aprobar la creación de Comités de Vigilancia Epidemiológica y de Enfermedades Cardio-Metabólicas para el desarrollo del programa de dicho Consejo.
- IV.- Formular recomendaciones para impulsar acciones de prevención y control de las Enfermedades Cardio-Metabólicas.
- V.- Rendir informe anual de actividades.
- VI.- Aprobar su Reglamento Interior.
- VII.- Las demás que le confiera al presente Decreto, su reglamento y otras disposiciones jurídicas aplicables.

FUNCIONES DEL PRESIDENTE DEL CONSEJO

- I.- Convocar a los miembros del Consejo, por conducto del Secretario de Actas a la celebración de las sesiones del mismo.
- II.- Representar al Consejo en todos los asuntos y actividades relacionados con el mismo.
- III.- Presidir las sesiones y dirigir las, según el orden del día correspondiente aprobado.
- IV.- Conducir las sesiones del Consejo y dirigir sus debates.
- V.- Solicitar a los integrantes del Consejo la información necesaria para el mejor funcionamiento del mismo.
- VI.- Aprobar y firmar las actas de las sesiones, así como vigilar el cumplimiento y seguimiento de los acuerdos del Consejo.
- VII.- Las demás que le confiere el presente Decreto, su reglamento y otras disposiciones jurídicas aplicables.

FACULTADES DEL COORDINADOR GENERAL

- I.- Tomar las medidas pertinentes a fin de que las resoluciones del Consejo se cumplan de manera articulada, congruente y eficaz.
- II.- Establecer los sistemas de operación y control necesarios para alcanzar los objetivos propuestos por el Consejo en coordinación con las demás unidades de la Secretaría de Salud y mantener la coordinación con las Dependencias, Entidades e Instituciones involucradas.
- III.- Coordinar las actividades de los Comités a que hace referencias el presente Decreto.

IV.- Elaborar el Reglamento Interior y someterlo para su aprobación con los miembros del Consejo.

V.- Las demás que le confiera el presente Decreto, su reglamento y otras disposiciones jurídicas aplicables.

FACULTADES DE LOS VOCALES

I.-Emitir las opiniones que le sean encomendadas por el Consejo.

II.- Cumplir con los acuerdos para ser desarrollados bajo la observancia de la Normatividad de su Institución.

III.- Realizar las encomiendas que se les asignen.

IV.- Proponer acciones para el desarrollo del objeto del Consejo.

V.- Las demás que le confiera el presente Decreto, su Reglamento y otras disposiciones jurídicas aplicables.

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 documentos e instrumentos legales diversos. A continuación se presentan algunos de ellos:

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.

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:

- a) Establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición;
- b) 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.
- c) 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;
- d) Normar el valor nutritivo y características de la alimentación en establecimientos de servicios colectivos y en alimentos y bebidas no alcohólicas.

e) 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;

f) 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;

g) 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.

h) Proporcionar a la Secretaría de Economía los elementos técnicos en materia nutricional, para los efectos de la expedición de las normas oficiales mexicanas.

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:

a. Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud;

b. Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República;

c. Dirigir la policía sanitaria general de la República, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trate de preservar la salud humana;

d. 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.

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.

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:

I. 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

II. 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;

I. 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;

II. La efectiva prevención y reparación de daños patrimoniales y morales, individuales o colectivos;

III. 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

IV. El otorgamiento de información y de facilidades a los consumidores para la defensa de sus derechos; Fracción reformada DOF 04-02-2004.

V. La protección contra la publicidad engañosa y abusiva, métodos comerciales coercitivos y desleales, así como contras prácticas y cláusulas abusivas o impuestas en el abastecimiento de productos y servicios.

VI. 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

VII. 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.

VIII. La protección de los derechos de la infancia, adultos mayores, personas con discapacidad e indígenas. Ley Federal de Radio y Televisión

IX. 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.

Ley de Salud del Estado de Durango

En su Artículo Primero es de orden público e interés social y de aplicación general en el Estado de Durango. Tiene por objeto la protección de la salud y establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, proporcionados por el Estado en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de la Ley General de Salud. Así como la concurrencia de éste y sus municipios, en materia de salubridad local.

En su Artículo Segundo El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del ser humano para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actividades solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud;

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud, con perspectiva de género.

Plan Estatal de Desarrollo

La Organización Mundial de Trabajo define a la administración de la seguridad social como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.

En el año 2010, el 68.2% de la población es derechohabiente a los servicios de salud que prestan tanto las instituciones públicas como privadas, cifra superior en 18 puntos porcentuales a los registrados cinco años atrás. La esperanza de vida al nacer es de 76.5 años en promedio, y se registra una índice de mortalidad general de 4.95 defunciones por cada mil habitantes, en los que la mortalidad infantil se ubica en 11.58 por cada 1,000 nacidos vivos.

Para brindar estos servicios Durango cuenta con una infraestructura hospitalaria que se integra por 8 Hospitales de segundo nivel, 15 Hospitales Integrales de la Comunidad operando en igual número de municipios, un Hospital de Salud Mental, un Centro Estatal de Cancerología, 176 Unidades de Salud de primer nivel y 55 unidades móviles de atención a la salud.

Adicionalmente, a través del sistema IMSS Oportunidades, se tienen 163 Unidades Médicas Rurales, 3 Hospitales Generales, 88 camas censales y un Módulo Urbano ubicado en El Salto.

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.

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 V 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.

Dicho ordenamiento normativo establece:

1. Que todo paciente con sobrepeso u obesidad requerirá de un tratamiento integral;
2. Los principios a los que se deberán sujetar todos los tratamientos a que se someta el paciente;
3. Las características que deberá tener el personal profesional que intervenga en el tratamiento integral del paciente;
4. Los principios a los que se deberá sujetar el tratamiento farmacológico;
5. Las técnicas quirúrgicas reconocidas y utilizadas en todo el mundo por ser seguras, confiables y reproducibles.
6. Los principios aplicables a ambos tratamientos; y ciertas medidas restrictivas para el tratamiento de la obesidad, así como restricciones en la publicidad realizada para el tratamiento y prevención de la misma, entre otras disposiciones jurídicas.

Otras referencias normativas a considerar son:

- Reglamento de la Ley Federal de Protección al Consumidor.
- Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión.
- 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-048-SSA1-1993, Que establece el método normalizado para la evaluación de riesgos a la salud como consecuencia de agentes ambientales.
- 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/SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados-Información comercial y sanitaria.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-169-SSA1-1998. Para la Asistencia Social Alimentaria a Grupos de Riesgo.
- Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-2013, Promoción de la salud escolar
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
- 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.
- Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.

Guías de Prácticas Clínicas 2014:

- IMSS-095-08, Evaluación y control nutricional del adulto mayor en el primer nivel de atención.
- SS-341-08, Evaluación nutricional en el adulto de 20 a 59 años.
- IMSS-421-11, Detección y estratificación de factores de riesgo cardiovascular.
- IMSS-626-13, Prescripción de ejercicios con plan terapéutico en el adulto.

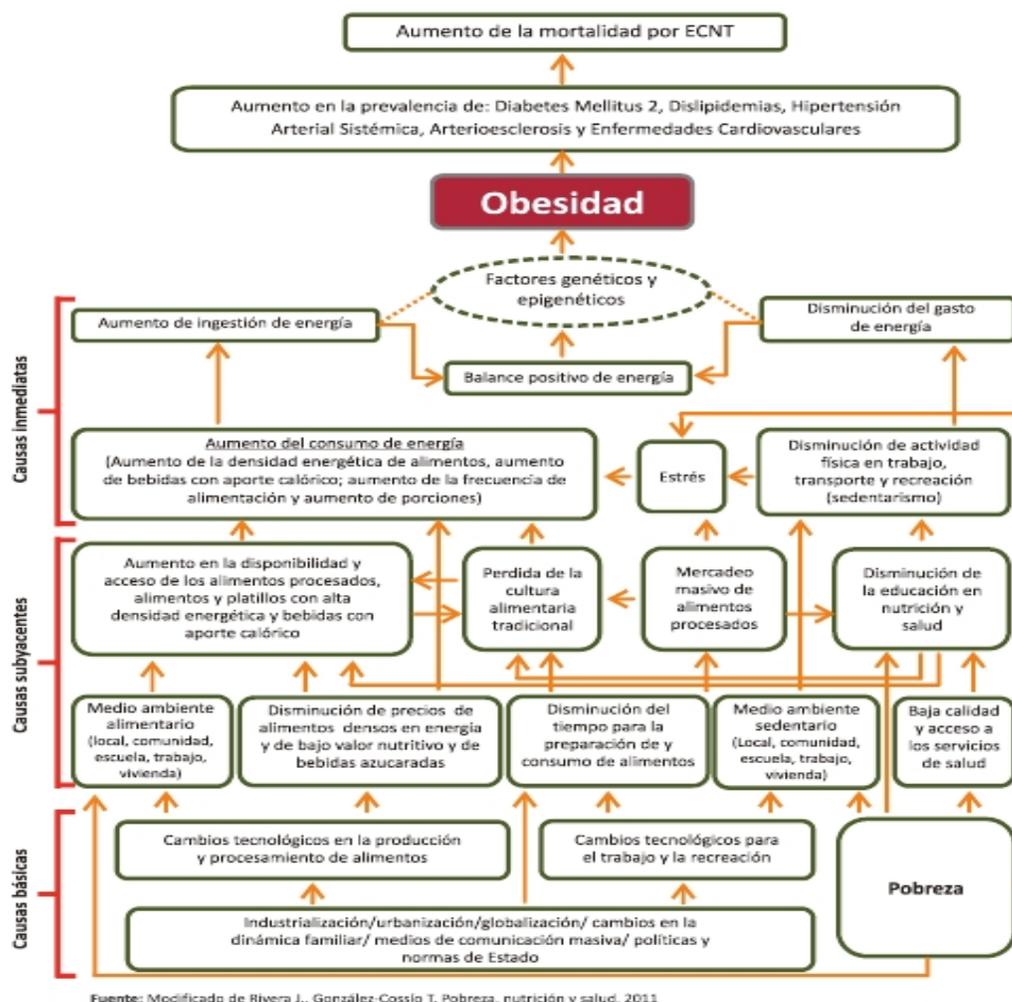
- SS-654-13, Evaluación del desempeño físico en adultos mayores en primer nivel de atención
 - IMSS-684-13, Intervención dietética. Paciente con obesidad
 - IMSS-076-08, Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.
-
- SS-147-08, Prevención y diagnóstico oportuno del riesgo de enfermedad cardiovascular en la
 - IMSS-238-09, Diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor y situaciones especiales.
 - IMSS- 233 -09, Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias.

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, las dos principales causas de mortalidad general en México.

Por tal razón, resulta necesario tener un panorama de esta problemática desde su origen con el fin de poder comprender sus determinantes y estar en mejores condiciones para evaluar las posibles intervenciones para hacerle frente.

Para ello se expone a continuación el marco que sustentará la Estrategia Nacional que se presenta en este documento.



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, salud adecuada 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 energéticas 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 y epigenéticos, 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 y epigenéticos 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 Nacional 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 IMSS, ISSSTE, PEMEX, entre otros, es decir, el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, a la par que los sistemas de salud de las entidades federativas para impulsar una Estrategia Nacional de contundentes alcances.

PLANTEAMIENTO

Sabemos que el desarrollo del estado 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 estado.

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 ámbitos de acción de la salud, por ello tenemos acciones desde en 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 hace la invitación a los distintos sectores del gobierno y de la sociedad a trabajar en conjunto para desacelerar esta problemática. Por este motivo, se busca que junto con la industria alimentaria se generen mecanismos de coordinación 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 de 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 en 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, de empresas y actores en la promoción de una alimentación correcta y la actividad física.

El planteamiento está compuesto por cuatro premisas:

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

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”.

Sin lugar a dudas, el papel que los institutos nacionales así como las instituciones académicas desempeñan en materia de avance científico es insoslayable. Por lo tanto, esta Estrategia Nacional contempla el fomento de la investigación y los resultados que, a la luz de la ciencia, puedan traducirse en mejoras en la salud de millones de mexicanos.

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. Los gobiernos pueden 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.

Intersectorialidad

Ante el actual panorama, 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”.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas.

Esta Estrategia pretende realzar la importancia que supone adoptar una perspectiva a lo largo de toda la vida en la prevención y control de la obesidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Se trata de un conjunto de acciones dirigidas a toda la población, pero dado el problema específico de nuestro Estado, la prioridad para la prevención de la obesidad se centrará en los niños y los jóvenes, cuyos hábitos alimentarios y de actividad física no están aún consolidados y pueden modificarse, sobre todo, a través de la educación

Promover la consolidación de una cultura que facilite la adopción de estilos de vida que mantengan la salud de las personas.

- Fomentar políticas y planes de acción destinados a mejorar los hábitos alimentarios y aumentar la actividad física en la población. Estas políticas deberán ser sostenibles, integrales y buscar una amplia participación de la sociedad.
- Sensibilizar e informar a la población del impacto positivo que, para su salud, tiene una alimentación equilibrada y la práctica regular de actividad física.
- Promover la educación nutricional en el medio familiar, escolar y comunitario.
- Estimular la práctica de actividad física regular en la población, con especial énfasis en los escolares.
- Propiciar un marco de colaboración con las empresas del sector alimentario para promover la producción y distribución de productos que contribuyan a una alimentación más sana y equilibrada.
- Sensibilizar a los profesionales del Sistema Nacional de Salud para impulsar la detección sistemática de la obesidad y el sobrepeso en la población.

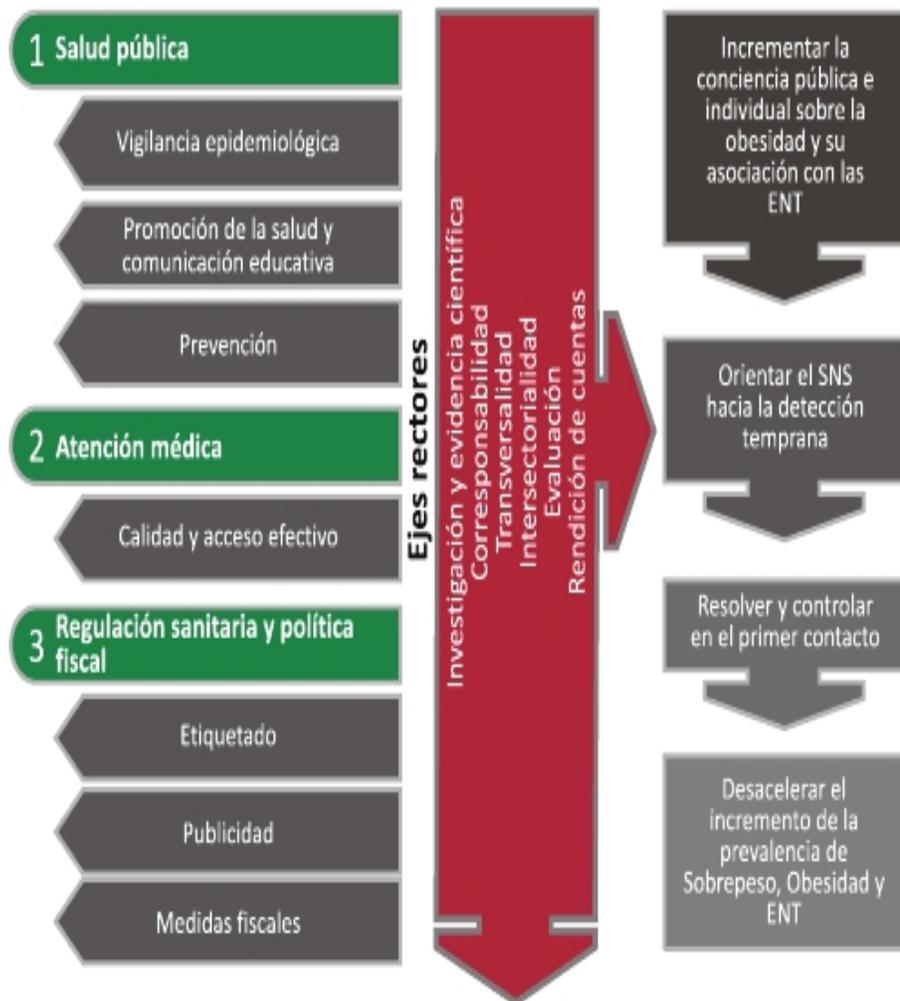
- Realizar el seguimiento de las medidas propuestas y la evaluación de los resultados obtenidos a través de la Estrategia.

Visión 2018

- Reducción relativa del riesgo de mortalidad prematura por diabetes.
- 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.

PILARES Y EJES ESTRATEGICOS

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.



LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

A continuación se presenta un resumen que describe los pilares y plantea las líneas de acción de cada uno de ellos.

Salud Pública

1.1 Sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles

Diseño, desarrollo e implantación de un sistema de información (Observatorio de las enfermedades no transmisibles) que monitoree el comportamiento de las enfermedades no transmisibles (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias) así como el sobrepeso y la obesidad.

A partir del sistema de vigilancia epidemiológica actual se establecerá una red de información a manera de Observatorio que procesará periódicamente información y emitirá informes de variables e indicadores relacionados con las enfermedades no transmisibles. El sistema contará con información desagregada desde un nivel nacional hasta el local. Trabaja con los consejos estatales y el Consejo Nacional de Enfermedades Crónicas. Podrá identificar experiencias exitosas y divulgarlas en la misma red para su posible expansión, asimismo, contará con un aval académico de capacidad técnica y tecnológica.

- Preparar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.
- Definir las variables y sus instrumentos de medición, predisposición genética.
- Acondicionar a las unidades de la infraestructura tecnológica para la medición de las variables.
- Generar una plataforma tecnológica para montar el observatorio.
- Capacitar al personal operativo de la plataforma.

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

Se trata de establecer mecanismos, canales y contenidos de información relacionados con las enfermedades no transmisibles que sean suficientes y oportunos para retroalimentar la implementación de la Estrategia y se orienten las decisiones a tomar.

- Diferenciar los usuarios y las variables de información de utilidad.
- 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.

- Generación de reportes estadísticos 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, incluidos los genómicos, en cada institución.
- Emisión de resultados alrededor del desempeño y el impacto de la Estrategia.

1.2 Promoción y prevención 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).
- Promover huertos escolares y familiares de traspatio (Horticultura urbana).
- Establecer recomendaciones para fomentar la alimentación correcta en los lugares de trabajo.
- 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.

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 nacionales para sensibilizar a la población sobre la importancia de activarse físicamente en todos los entornos.
- Promover alianzas con organizaciones civiles como Queremos Mexicanos Activos A. C. y Dar la Vuelta A. C.
- Incorporar a la Secretaría de Educación Pública, así como a la Comisión Nacional del 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 general 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 para coordinar eventos que fomenten la actividad física.

- Implementar el programa “11 jugadas para la salud”, en coordinación con la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Educación Pública, la Federación Internacional de Fútbol, Asociación (FIFA), la F-MARC (FIFA Medical Assessment and Research Center), la Federación Mexicana de Fútbol (FEMEXFUT). El objetivo del proyecto es contribuir a la salud y bienestar de la población estudiantil, con énfasis en población vulnerable, como adolescentes con discapacidad (visual, auditiva, motora y mental), trastornos de déficit de atención e hiperactividad, con trastornos de la alimentación y población indígena, a través de la cultura de cuidado y promoción de la salud escolar y de la actividad física (fútbol), en los jóvenes de las secundarias públicas.

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 o 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

Diversos sistemas de salud han implementado programas de incentivos para pacientes con el fin de aumentar su adherencia terapéutica. Los incentivos usados son consultas o exámenes de laboratorio gratuitos, utilización temporal de glucómetros y materiales consumibles sin costo, inscripciones a gimnasios o pago por meta de tratamiento alcanzada (ejemplo, por kilo perdido). El sistema de pago por desempeño ha dado resultados mixtos en programas nacionales de atención de la diabetes.

Alternativas como promociones institucionales pueden tener efectos positivos en la actitud de los profesionales de la salud.

Programas de incentivos para pacientes con el fin de aumentar su adherencia Programas de incentivos para médicos con el fin de mejorar la atención.

Dentro de las estrategias para el seguimiento de pacientes (Confirmaciones diagnósticas e ingresos a tratamiento) se realizan Gestionando el abasto suficiente y oportuno de Reactivos para Laboratorios y Tiras de pruebas rápidas para lograr una mejor detección previniendo enfermedades y en el caso de tener a una persona con detección positiva, lograr un mejor y óptimo control.

Para incrementar la capacidad de los servicios de Salud a través de intervenciones instrumentadas por el sistema se involucra a la Subdirección de Enseñanza para realizar capacitaciones constantes al personal médico y paramédico para brindar atención de calidad y calidez al que lo solicite.

Grupos de Ayuda Mutua (GAM)

Se diseñan estrategias que permitan:

- Aumentar la cobertura de GAM. Realizando una actualización del catálogo de grupos y reinstalando los que no han estado activos, promoviendo formación de nuevos grupos.
- Inserción de pacientes con Enfermedades No Transmisibles a GAMs. (En las unidades promover la integración de Todos los pacientes de ENT a un GAM).
- Aumentar el porcentaje de pacientes con DM en GAM. Con base en las detecciones todo paciente con DM ingresarlo a GAM
- Contribuir al aumento de control de pacientes con DM y detección oportuna de complicaciones con mediciones periódicas de Micro albuminuria, perfil de lípidos, Hemoglobina Glucosilada, y Exploración de Pies.
- Seguimiento individualizado de todos los pacientes en las unidades de primer contacto mediante expediente clínico, Tarjeta de registro y Cartilla Nacional de Salud.
- Validar que el plan de trabajo de los GAM, sea centrado en los integrantes del grupo en base a necesidades de los pacientes, apoyándose en las guías.
- Fortalecer la educación del paciente que contribuya al control de las ENT, y con ello la acreditación de los GAM por lo que se define un

Cronograma de Temas Básicos a Tratar durante un año y mediante el registro mensual en el formato Metas de Tratamiento y seguimiento de Complicaciones.

- Asegurar la continuidad del GAM, supervisando las reuniones a lo largo del año verificando el cumplimiento de las reuniones y registros de asistencia por personal capacitado de nivel jurisdiccional y estatal.
- Asegurar la detección oportuna de complicaciones realizando las mediciones y determinaciones con la periodicidad establecida por el CENAPRECE.
- Fortalecer el SIVEGAM a través de la validación y registro oportuno de información realizando la captura oportuna en la plataforma de los datos plasmado en las metas de tratamiento y seguimiento de complicaciones.

UNEME EC

1. Acciones de gestoría de casos de la UNEME EC para el monitoreo de procesos:

a. Seguimiento a detecciones positivas

Si el resultado es positivo a enfermedad crónica o presenta cifras elevadas:

Si tiene IMSS, ISSSTE u otra derecho-habienencia. Se refiere a su unidad correspondiente para que el médico realice los estudios convenientes y realice un diagnóstico.

No cuenta con derecho-habienencia o tiene seguro popular. Se envía al centro de salud que le corresponde para la confirmación del diagnóstico.

b. Garantizar la confirmación diagnóstica

Se realiza seguimiento vía telefónica y queda registrado en un formato interno donde consta de esta acción.

c. Garantizar el ingreso a tratamiento de casos confirmados.

Se realiza un informe a las unidades de salud para conocer el estatus de atención de los pacientes confirmados por la UNEME EC para posteriormente evaluar su control y de no ser así solicitar el envío del paciente a la UNEME EC

d. Garantizar el envío de pacientes no controlados y de alto riesgo a la UNEME EC

Se envía vía oficial mediante oficio la solicitud de envío de pacientes a cada unidad de salud incluso si estas no son participantes de la estrategia nacional para el envío de pacientes no controlados.

Además de realizar en cada núcleo básico la revisión del Tarjetero de EC y donde se detectan pacientes de más de 3 meses sin control se exhorta a los directivos al envío de estos a la UNEME EC.

2. Incorporación de personas en riesgo de desarrollar enfermedades crónicas a grupos preventivos (prediabetes, prehipertensión, sobrepeso)

Se instalan módulos de detección por lo menos tres veces al mes en diferentes áreas (laborales, Escolares y de la comunidad) en donde a toda persona que presenta riesgo se le invita a participar en la conformación de un grupo preventivo, actualmente se cuenta con 3 grupos preventivos localizados en “Sindicato de Transportistas de la Alianza”, “Esc. Primaria 17 de Mayo”, “Esc. Primaria Eva Sámano”.

3. Analizar nuevas intervenciones en los pacientes que no logran el control.

Se implementa la estrategia de talleres vespertinos en modalidad de 3 x

1 para lograr una mejor respuesta de asistencia así como de apego al tratamiento en los pacientes que por cuestiones laborales así como personales no acuden dentro del horario habitual de la UNEME EC.

Se solicita a nivel estatal la apertura de inclusión de nuevos fármacos para el control de la ECNT.

4. Mecanismos de referencia y contrareferencia. Para todos sus pacientes, no sólo UNEMEs EC.

Se realiza informe mensual para dar a conocer a la Jurisdicción Sanitaria de envío y recepción de pacientes a otras unidades mediante el sistema de referencia y contrareferencia.

Fortalecer la colaboración de especialistas, organizaciones no gubernamentales, sociedad civil, hospitales.

Otras estrategias:

- Consultorios exclusivos para la atención del enfermo crónico
- Equipos de salud itinerantes
- Módulos de orientación y atención de EC otorgadas por nutriólogos, psicólogos, activadores físicos (Pasantes). Bajo un estándar de atención.
- Se llevan a cabo talleres y platicas en los lugares donde se instala módulos de detección donde se brinda orientación en las áreas de atención de la UNEME EC.

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 (Baja California Sur, Distrito Federal, Durango, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas y Yucatán), con la participación de 12 Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME's EC), un hospital de especialidades médicas y 63 unidades de salud.

UNEME EC

1. Otorgar asesoría en atención clínica a los médicos tratantes del 1º nivel de atención.

Se realizan talleres programados de temas de actualidad y de capacitación para el personal de primer nivel de atención como lo son "Insulinización Temprana", Discusión de Casos Clínicos.

2. Impulsar la red de atención de excelencia del paciente con DM

Se lleva a cabo la rotación de personal de primer nivel de contacto en la UNEME EC de manera continua con taller Teórico-Práctico,

3. Monitorear que las acciones de atención sean apegadas a las guías de práctica clínica y normas mexicanas.

Se realizan de manera periódica reuniones con el personal de la UNEME EC actualizaciones en criterios diagnósticos de tratamiento y de clasificación de acuerdo a la normativa, guías de práctica clínica.

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, dislipidemia 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 Nacional 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.
- Generar un centro de educación sobre enfermedades no transmisibles que coordine las instancias educativas y los contenidos.
- Certificación de las competencias en el manejo de las enfermedades no transmisibles en el personal de salud.

Estrategias para capacitar al 1º nivel de atención

Por parte de la UNEME EC se promueve la realización de Diplomados en ECNT (ICSS) así como el continuo acompañamiento dentro de capacitaciones organizadas por los Centros de Salud que conforman la Red de excelencia en la atención de ECNT así como una constante evaluación de los mismos.

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.

Fomento de la vinculación de trabajo conjunto y en redes por parte de instituciones educativas que abordan el problema.

Se trata de 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 de su unidad de salud del 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.

Para ello se implementan estrategias para garantizar el equipamiento indispensable para la atención del paciente con Enfermedades Crónicas (estetoscopios, esfigmomanómetros, glucómetros, refrigeradores, cintas métricas de fibra de vidrio, básculas, estadímetros etc.)

Periódicamente se realizarán supervisiones realizando un cronograma a las unidades por parte del área de calidad de los Servicios de Salud a todas las unidades, en el caso de las Unidades de Salud que están en la estrategia reciben supervisión por parte de la Dirección

de Servicios de Salud, de igual manera los directores de las unidades están en contacto con los trabajadores para que se les reporte los faltantes elaborando un Diagnóstico para acondicionar las unidades de atención de enfermedades no transmisibles por etapas considerando: personal operativo, infraestructura física, laboratorio y cobertura de servicios endichas enfermedades.

2.5 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 son 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 las personas que viven con enfermedades no transmisibles y sus familiares, a través del sistema de información en línea mediante tecnologías móviles, puedan reportar que no les fue surtido un medicamento, estableciendo un contrapeso para la vigilancia de la eficiencia y la efectividad.
- Además de su utilización en la farmacia y los almacenes, el sistema de información será escalable hacia el interior de las unidades de salud, permitiendo que todo el personal de salud pueda reportar a través de tecnologías móviles que no se entregó un medicamento o insumo a sus pacientes.
- 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.

En el estado de **Durango**, se cuenta con el servicio de tercerización de servicio de farmacia y reactivos de laboratorio con ello se garantiza el abasto de medicamento en un 95%, con esto se evitan fechas de caducidad, perdidas insensibles etc.

La empresa que se encarga de abastecer de medicamento se encuentra presente en las Unidades de Salud y para tener un mejor control de salidas de medicamentos la Secretaria de Salud tiene la figura de un filtro el cual depende de los servicios de salud cuya función es verificar que se surta la receta en su totalidad, reportar faltantes y verificar que se pase a cobro lo que realmente se utiliza. Las pruebas de laboratorio se surten de igual manera.

En el caso de tener algún faltante los Servicios de Salud se encargan de realizar la compra directa de medicamentos o reactivos de laboratorio generándole el cobro respectivo a la empresa así como también aplicar la sanción correspondiente que se encuentra establecida dentro del convenio realizado con la misma.

2.6 Modelo de Implementación de la Estrategia Nacional contra Sobrepeso, Obesidad y Diabetes en el Estado de Durango.

Conocedores del gran problema de salud pública en nuestro país en padecimientos crónicos como lo son: la diabetes, hipertensión y obesidad en Durango contamos con las siguientes prevalencias. Tabla 8 y 9.

PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES 2006-2012 DURANGO

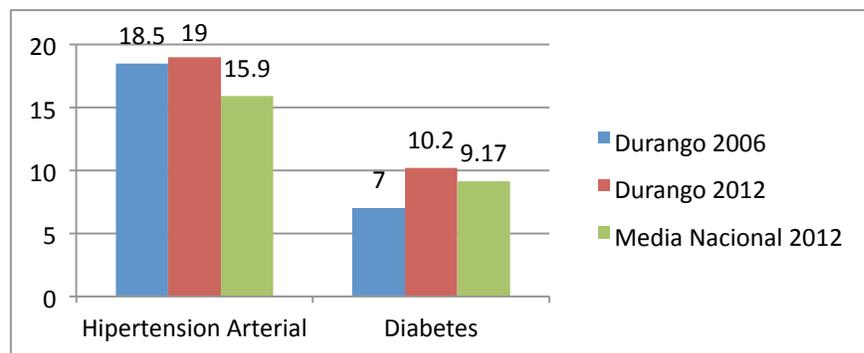


Tabla 8.

FUENTE: ENSANUT 2006-2012 DURANGO

PREVALENCIA SOBREPESO Y OBESIDAD 2006-2012 DURANGO

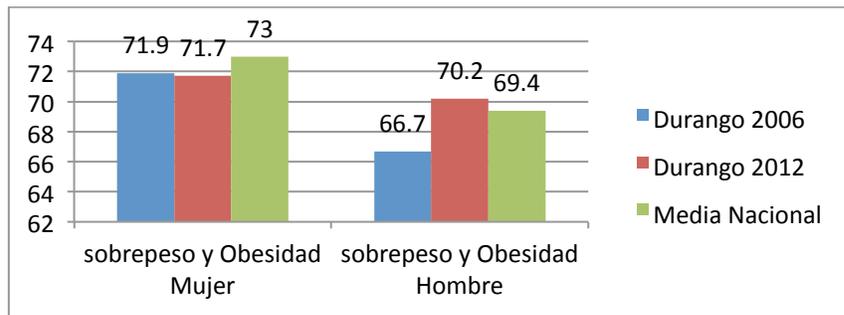


Tabla 9.

FUENTE: ENSANUT 2006-2012 DURANGO

Avances en el Estado de Durango

- En el Estado de Durango de acuerdo al ENSANUT 2006, Durango ocupó el 4to lugar en el país en sobrepeso y obesidad en mayores de 20 años.
- En los resultados del ENSANUT 2012, se observaron cambios relacionados a la desaceleración en el crecimiento exponencial de la prevalencia del sobrepeso y obesidad en los diferentes grupos de población en nuestro estado.

En el estado de Durango se inicia con la implementación de la estrategia en el mes de Febrero del 2013 acordando ingresar la UNEME EC Durango y 4 centros de salud como son:

Centro de Salud 1 “Dr. Carlos León de la Peña”

Centro de Salud 2 “Dr. Carlos Santa María”

Centro de Salud con Servicios Ampliados 450. Col División del Norte

Centro de Salud, Bosques del Valle, Cd. De Durango.

Fortaleciendo el equipamiento de 15 consultorios con computadoras, internet, estuches de diagnóstico, estetoscopios, monofilamentos, cintas métricas, basculas con estadímetros, etc. Así como también se verifica la existencia de un abasto de medicamentos adecuados a las necesidades de la población.

Se capacitará al personal médico y paramédico para realizar detecciones en las unidades de salud para identificar personas con riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, para lograr así captarlos y darles seguimiento adecuado en nuestras unidades de salud, se tiene contemplado el inicio de esta estrategia en las 5 unidades de la Jurisdicción Sanitaria N° 1 antes mencionadas.

Para detectar de manera oportuna enfermedades crónicas en unidades de salud, en lugares públicos, en universidades etc. Se cuenta con dispositivos llamados Equipos MIDO (Medición Integrada de Detección Oportuna) tanto semifijos como portátiles, estos facilitan que el

personal de salud detecte oportunamente enfermedades crónicas y de su seguimiento con alcance en el hogar y la comunidad.

Para ello se cuenta actualmente con 4 MIDO semifijos y 10 portátiles estos equipos generan clasificación de riesgo y estado de salud, receta personal para el paciente, seguimiento personalizado, reportes para facilitar la toma de decisiones, el MIDO permite una evaluación sistemática del riesgo con identificación oportuna de la persona sana, persona de riesgo y persona enferma en las unidades de salud con mayor afluencia de pacientes. Tabla 10.

Para lograr un mejor cumplimiento de la operatividad se programaron metas en conjunto con CENAPRECE las cuales se presentan a continuación:

SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD																				
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES																				
PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO Y DEL ANCIANO																				
PROYECTO MODELO CONTRA LA DIABETES Y LA OBESIDAD																				
DURANGO																				
UNEMES EC : DURANGO																				
ESTIMACIONES DE METAS ANUALES																				
NOMBRE DE UNIDAD PARTICIPANTE	NUM. DE CONSULTORIOS POR UNIDAD	Población Responsabilidad	Población resp. >20 años	PACIENTES EN TRATAMIENTO (FUENTE SIS)						INDICADOR 1: META MIDO, 1 POR UNIDAD DE SALUD Y 2 PORTATILES		INDICADOR 2: META 33% PNDH	INDICADOR 3: META 50% DE PACIENTES CON INGRESOS A TRATAMIENTO			INDICADOR 4: META 10% PACIENTES CON INSULINA		INDICADOR 5: META 30% DE REFERENCIAS		INDICADOR 6: META 30% MEDIDO CON HbA1c
				OBESIDAD	DM	HTA	SX. METABOLICO	DISLIPIDEMIA	ERC	META MIDO	META M. PORTATIL	META DETECCIÓN	DETECCIONES POSITIVAS	CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA 10%	50% INGRESOS	10% DE INSULINIZADOS	PX EN C.S NO CONTROLADO S &	META REFERENCIA A LA UNEMES EC	30% CONTROL DM	
*CESSA 450	4	14890	8934	268	446	536	536	357	44	1	2	2948	442	44	22	47	223	67	67	
CS CARLOS LEON DE LA PEÑA	4	16881	10129	305	506	607	607	405	50	1	2	3342	501	50	25	53	304	91	91	
CS BOSQUES DEL VALLE	3	4225	2535	76	126	152	152	101	13	1	2	837	125	13	6	13	51	16	15	
CS CARLOS SANTA MARIA	4	13654	8192	246	410	492	492	328	41	1	2	2703	406	41	20	43	194	58	157	
TOTAL	15	49650	29790	895	1488	1787	1787	1191	148	4	8	9831	1475	147	74	296			330	

de DB 50% el 30%
SIS% control= %descontrol el 30%
dislip NO

METAS:
 1. Porcentaje de unidades de salud del primer nivel de atención que cuentan con el esquema proactivo de detección oportuna de enfermedades crónicas
 2. Porcentaje de personas en el área geográfica de responsabilidad a las que se les realizó detección integrada de factores de riesgo
 3. Porcentaje personas a las cuales se les confirmo su diagnóstico y fueron Ingresadas a tratamiento
 4. Porcentaje de personas con diabetes en tratamiento en su unidad de salud con esquema de insulinas
 5. Porcentaje de pacientes no controlados de ECNT referidos a las UNEMES EC por las unidades de salud del primer nivel de atención.
 6. Porcentaje de pacientes con diabetes en tratamiento en su unidad de responsabilidad con un valor de hemoglobina glucosilada menor a 7%

Tabla10.

3. REGULACION SANITARIA Y POLÍTICA FISCAL

3.1 Etiquetado

En el estado de Durango el etiquetado de los productos se basa en la ley general de salud y el reglamento de control sanitario de productos y servicios son los responsables de verificar el etiquetado de productos conforme a la norma oficial NORMA Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010, donde menciona las especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados- Información comercial y sanitaria.

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 siguientes requisitos:

1. 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, de acuerdo a la siguiente tabla:

FUENTE DE APORTE CALORICO	BASE PARA EL CALCULO DE LA IDR
Azúcares Agregados	200 kcl
Otros Carbohidratos	980 kcl
Grasas No Saturadas	400 kcl
Grasas Saturadas	140 kcl
Proteínas	280 kcl
Sodio	2000 kcl

2. Adicionalmente se deberá expresar el contenido energético total de producto y no su porcentaje basado en una dieta de 2000 kcal como se hace actualmente.

3. Hacer obligatorio que en aquellas presentaciones familiares, se incluyan además de la información nutrimental y el contenido energético calculado sobre una porción, el número de porciones del contenido total del producto, y su contenido energético.

4. Para el caso de bebidas saborizadas, chocolates, botanas y productos de confitería, hacer obligatorio que en las presentaciones familiares, se incluyan tanto la información nutrimental, sodio y el contenido calórico calculado sobre el contenido total del producto así como el número de porciones contenidas en el producto y el contenido calórico por porción.

Distintivo nutrimental

De manera paralela a la obligatoriedad del etiquetado frontal se creará un distintivo nutrimental, mismo que será otorgado a aquellos productores que así lo soliciten y que cumplan con los estándares nutricionales que para tal efecto emita la Secretaría de Salud.

Los estándares fijados por la Secretaría de Salud serán concordantes con las mejores prácticas internacionales, en este sentido la propuesta es utilizarlos criterios hoy aceptados por el “Pledge” de la Unión Europea adaptándolos a la realidad de los hábitos de consumo de la población mexicana. Estos criterios plantean dividir a los productos en ocho categorías:

Con esta información se establecerá un etiquetado útil, claro y de fácil comprensión que permita mejorar las decisiones de consumo y en consecuencia modificar hábitos alimentarios.

1. Aceites vegetales y grasas
2. Fruta, hortalizas y semillas
3. Productos a base de carnes
4. Productos de la pesca
5. Productos lácteos
6. Productos a base de cereales
7. Sopas, platos compuestos, plato principal y sándwiches rellenos.
8. Helados

Fuente: Eu PLedge Nutrition White Paper

3.2 Publicidad

Ante la urgencia de proteger a los niños mexicanos en riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles relacionadas con el sobrepeso y la obesidad, y tomando en consideración los esfuerzos que a nivel internacional se están llevando a cabo en la materia, las modificaciones al marco jurídico vigente en materia de publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas contemplan:

a) Definir como horarios de audiencia infantil los siguientes:

I. Lunes a viernes: de 14:30 a 19:30 hrs.

II. Sábados y domingos: de 7:00 a 19:30 hrs.

b) Establecer que solamente podrán publicitarse, en horarios de audiencia infantil, aquellos productos que cumplan con los criterios nutricionales que para tal efecto emita la Secretaría de Salud.

c) De manera excepcional se podrá hacer publicidad de alimentos y bebidas en horarios de audiencia infantil siempre y cuando se garantice de manera fehaciente que la audiencia del programa o la programación que se presente no excede del 35% de niños menores de 12 años, o bien que se trate de un programa televisivo que entre en alguna de las siguientes categorías:

- Telenovelas,
- Noticieros,
- Películas y series no aptas para público infantil.
- Deportes.

Estas modificaciones serán acompañadas de un sistema de seguimiento al cumplimiento de las disposiciones establecidas, así como el establecimiento de sanciones.

3.3 Política Fiscal

Para complementar los esfuerzos regulatorios, se considera necesario utilizar a la política fiscal, a través de la introducción de medidas impositivas que permitan reducir el consumo de aquellos alimentos y bebidas que son considerados como no aportantes de elementos nutritivos, en otras palabras, aquellos productos que tienen calorías vacías, es decir aquellos que aunque brinden al organismo un aporte energético significativo no tiene nutrientes necesarios⁵⁷.

Dado que la elasticidad-precio de la demanda por estos productos es mayor a uno en valor absoluto para casi todos los niveles de ingreso, el establecimiento de un impuesto deberá resultar en una sensible disminución en el consumo⁵⁸.

DEPENDENCIAS E INSTITUCIONES PARTICIPANTES

- C. ING. HECTOR VELA VALENZUELA

Secretario de Educación del Estado de Durango (SEED)

- C. CPC. OSCAR ERASMO NAVAR GARCIA

Rector de la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED)

- C.P. CARLOS EMILIO CONTRERAS GALINDO

Presidente de la Gran Comisión del Congreso del Estado de Durango

- DR. APOLONIO BETANCOURT RUIZ

Magistrado Presidente del Tribunal Superior de Justicia y del Congreso de la Judicatura

- Gral. D.E.M Sergio Alberto Martínez Castruera

Comandante de la Décima Zona Militar Durango (SEDENA)

- LIC. VICTOR ROBERTO INFANTE GONZALEZ

Delegado Estatal de Instituto Mexicano del Seguro Social

- DRA. PATRICIA HERRERA GUTIERREZ

Delegada Estatal del Instituto de Seguridad Social y Servicios de los Trabajadores del Estado

- Ing. Ramón de Jesús Gómez Félix

Superintendente del TAR Durango PEMEX

- C. Efraín Gómez

Presidente de la Asociación Estatal de Personas con Discapacidad Durango

- C. MTRA. JUANA GARCIA

Rectora de la Benemérita y Centenaria Escuela Normal del Estado (Bycened)

- C. JUAN MANUEL RODRIGUEZ Y RODRIGUEZ

Rector de la Universidad España (UNES)

- C. JESUS ASTORGA PEREZ

Director del Instituto Tecnológico de Durango (ITD)

- C. ING. MARTIN SORIANO SARIÑANA

Rector de la Universidad Autónoma de Durango (UAD)

- ING. MIGUEL ANGEL VILLANUEVA RUANO

Presidente de la Asociación Estatal de Padres de Familia

- ING. FELIPE DE JESUS CORTEZ ARAGON

Director General del Instituto Estatal del Deporte (IED)

- PROF. CESAR CARDENAS REYES

Director del Instituto Municipal del Deporte (IMD)

- ING. LUIS FERNANDO SOTO JAQUEZ

Director General del Instituto Duranguense de la Juventud (IDJ)

- C. DR. JORGE ARTURO CISNEROS MARTINEZ

Director de la Facultad de Medicina y Nutrición de la Universidad Juárez del Estado de Durango

- M.C. LUCERO GONZALEZ HERMOSILLO

Directora General De Desarrollo Integral de la Familia Estatal (DIF Estatal)

- LIC. ARTURO YAÑEZ CUELLAR

Secretario de Desarrollo Social en el Estado (SEDESOE)

- C. ING. FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ FLORES

Delegado Estatal en el Estado de la Secretaria de Desarrollo Social (SEDESOL)

- LIC. JOSE JORGE OSUNA RAMIREZ

Delegado de la Coordinación Estatal del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en Durango

- MVZ. EFRAIN DEL CASTILLO DEL VALLE

Delegado Federal de la Secretaria de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA)

- LIC. MIGUEL BERMUDEZ QUIÑONEZ

Delegado Federal de la Secretaria del Trabajo

- LIC. JASON ELEAZAR CANALES GARCIA

Subsecretario y Encargado del Despacho de la Secretaria de Contraloría.

- LIC. FRANCISCO GAMBOA BARRON

Secretario de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural del Estado (SAGDR)

- LIC. RICARDO EDMUNDO KARAM VON BERTRAB

Delegado Federal de la Secretaria del Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT)

- ING. JOSE ABRAHAM MORENO GARCIA

Delegado Estatal de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI)

- M.C. MAXIMILIANO SILERIO DIAZ

Secretario de Recursos Naturales y Medio Ambiente (SRN y MA)

- DR. GUILLERMO BURCIAGA ALVARADO

Secretario General de la Sección 88 del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaria de Salud (SNTSA 88)

- ING. DAVID HERNANDEZ MADRID

Director General del Centro Sector Comunicaciones y Transportes Durango (SCT)

- ARQ. CESAR GUILLERMO RODRIGUEZ SALAZAR

Secretario de Comunicaciones y Obras Públicas del Estado de Durango (SECOPE)

- LIC. RICARDO OCIEL NAVARRETE

Secretario de Desarrollo Económico (SEDECO)

- LIC. JOSE ANGEL REINOSA GONZALEZ

Secretario de Turismo del Estado de Durango (SECTUR)

- M.V.Z. ROBERTO FLORES MIER

Secretario de Seguridad Pública del Estado de Durango (SSP)

- C. MTF. LORENA FABIOLA MARTINEZ ZERTUCHE

Directora de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED)

- C. LIC. PSIC. MARIA JOSEFINA FRANCO ORTEGA

Directora de la Facultad de Psicología y Terapia de la Comunicación de la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED)

- LIC. IGNACIO ORRANTE RAMIREZ

Presidente de la Cámara Nacional de la Industria Restaurantera A.C.

METAS DE DETECCIONES INTERINSTITUCIONALES

		SSD	IMSS	ISSSTE	IMSS OPORTUNIDADES
POBLACION TOTAL	1,746,805				
PORCENTAJE DE POBLACION		40%	35.70%	13.30%	11%
POBLACION MAYOR DE 20 AÑOS	1,067,279	426,912	381,019	141,948	117,400
META DE DETECCIONES (33%)	352,202	140,880.82	125,736.27	46,842.84	38,742

ACTIVIDADES DE DEPENDENCIAS E INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Secretaría de Educación Pública

- Actualizar los Lineamientos generales para el expendio, distribución y suministro de alimentos y bebidas preparados y procesados en los planteles de educación básica, en coordinación con la Secretaría de Salud.

- Impulsar, en coordinación con el SNDIF y Secretaría de Salud, la instrumentación de esquemas de alimentación correcta en las Escuelas de tiempo Completo.
- Fortalecer la coordinación intersectorial SEP-Salud para revisar, aportar y, en su caso, incluir sugerencias que fortalezcan los contenidos en materia de salud y nutrición de los libros de texto gratuitos.
- Promover la disponibilidad y consumo de agua simple potable en los planteles de educación básica.
- Capacitar y concientizar a actores de la comunidad educativa sobre la alimentación correcta en las Escuelas de Tiempo Completo autorizadas para ofrecer alimentos.
- Agregar contenidos de salud y alimentación correcta para las Lap tops que dotará el Gobierno Federal a los estudiantes de 5° y 6° de primaria.
- Firma de Convenios para la implementación de la alimentación saludable.

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.).

Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación

- Fomentar y establecer proyectos productivos que le permitan a los productores de bajos ingresos, generar productos de auto consumo en una primera etapa y en una segunda, la generación de ingresos por la venta de excedentes.
- Buscar aumentar el subsidio en los programas donde la población objetivo sean los productores de alta y muy alta marginación, con un apoyo de hasta el 80% del costo del proyecto productivo.
- Promover el establecimiento de huertos familiares de traspatio en zonas urbanas (Horticultura urbana).

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.

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.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

- Proponer la instrumentación de medidas fiscales, con el fin de reducir la demanda por el consumo de bebidas azucaradas y otros productos con alto contenido en grasa, azúcares y sal.

Procuraduría Federal del Consumidor

- Difundir información sobre mercados de productos saludables.
- Proteger la salud y seguridad del consumidor contra los riesgos provocados por productos de consumo y servicios considerados peligrosos o nocivos.

Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano

- Apoyar, en coordinación con las autoridades estatales y municipales, en el desarrollo y rescate de espacios públicos seguros para realizar actividad física.
- Promover en coordinación con las autoridades estatales y municipales la rehabilitación de parques o centros deportivos actualmente abandonados.
- Mejorar avenidas y crear ciclo vías para favorecer la actividad física en la población.

Comisión Nacional del Agua

- Promover el suministro de agua potable para la colocación de bebederos en parques y centros deportivos e impulsar la colocación de los mismos en coordinación con las autoridades estatales y municipales.

Secretaría de Salud

- Desarrollar y difundir campañas de comunicación educativa a nivel nacional para toda la población, dirigida a la promoción de la alimentación correcta y de la 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.
- 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 tipo2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.
- Diseñar y operar mecanismos de difusión oportuna de información epidemiológica sobre el 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 modificación de la currícula de la carrera de medicina para que permita al médico general detectar y controlar la diabetes en el primer nivel de atención.
- Generar un dialogo permanente con expertos y líderes de opinión sobre el problema del sobrepeso, la obesidad y la diabetes y la naturaleza integral de la Estrategia. Actualizar el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, con el fin de regular la publicidad de alimentos y bebidas dirigida al público infantil de acuerdo a recomendaciones internacionales.
- Establecer un etiquetado frontal para alimentos y bebidas diseñado en conjunto con la Secretaria 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.

Servicios Estatales de Salud

- 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.
- Coordinar la implementación de los ejes, pilares estratégicos y acciones planteadas por la estrategia con otras establecidas por las políticas, programas e intervenciones de carácter local.
- Establecer mecanismos de seguimiento de la implementación de la Estrategia en los servicios estatales de salud.
- Desarrollar estrategias de capacitación del personal de salud de la entidad para la operación de la Estrategia.

- Participar en los ejercicios de capacitación, seguimiento, evaluación y retroalimentación de la Estrategia planteados por el nivel federal.

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 por los Sistemas Estatales DIF y DIFD. F. en las escuelas

- Fortalecer la inclusión de verduras, frutas, leche descremada, cereales integrales, leguminosas y agua simple potable en los programas de la Estrategia desayunos escolares.
- Convenios específicos para la implementación de alimentación en la línea de vida.

Red Mexicana de Municipios por la Salud

- Coordinar acciones con las dependencias locales para realizar intervenciones integradas que favorezcan la alimentación correcta y la actividad física. Impulsar que en las oficinas del municipio se promueva la alimentación correcta y consumo de agua simple potable.

Asegurar el abasto de agua potable con énfasis en las escuelas de educación básica y promover su consumo.

- Apoyar en la organización de ferias con demostraciones de los alimentos saludables de la región.
- Promover que los vendedores localizados afuera de las escuelas oferten mayoritariamente o exclusivamente frutas, verduras y agua simple potable.
- Mejorar la infraestructura de espacios públicos y organizar eventos que motiven a la población para realizar actividad física. Otorgar un distintivo a aquellos establecimientos de alimentos que favorezcan la alimentación correcta y el consumo de agua potable. Compartir experiencias exitosas entre los municipios.

Sociedad Civil y Organizaciones No Gubernamentales

- Promover la alimentación correcta y la activación física en los diversos entornos.

Academia

- Fomentar la investigación científica en materia médica y nutricional.
- Generar un dialogo permanente con los actores relacionados con el problema del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.
- Incorporar a la currícula de las universidades humanísticas el Modelo Operativo de Promoción de la Salud, así como la capacitación en alimentación y actividad física.
- Fortalecimiento de los temas de alimentación y actividad física a través de la Sociedad Duranguense de salud Pública y de los gremios médicos, humanistas e involucrados con la Salud.

Fundación Mexicana para la Salud A.C.

- Promover programas de mejora en la salud en trabajadores para impulsarla productividad y la competitividad de la industria.
- Participar activamente en la prevención de la obesidad infantil, a través de investigaciones y promoción de hábitos alimenticios saludables y de actividad física.
- Desarrollar e impulsar la investigación científica, el desarrollo de recursos humanos, la innovación y el uso racional de la tecnología en materia de sobrepeso y obesidad.

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.
- Promover la actividad física.
- Uso del Salero virtual.
- Oferta de menús legibles para comprensión de personas con capacidades diferentes.

Poder Legislativo:

Actualización del “reglamento para el funcionamiento de los centros de distribución de alimentos en los centros escolares de educación básica en el Estado de Durango”.

EVALUACIÓN

El objetivo es proporcionar elementos para la mejora continua de la Estrategia y contribuir a la rendición de cuentas.

Dentro de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes se proponen medidas enfocadas a estabilizar y revertir el proceso y las implicaciones que se han generado por la epidemia del sobrepeso y la obesidad; debido a que las medidas que se tomarán deberán ser integrales y exhaustivas es necesaria una evaluación permanente.

La evaluación atenderá primordialmente dos objetivos: rendición de cuentas y lograr la identificación de problemas y retos en el diseño o la operación del programa, para que así pueda existir una retroalimentación entre todos los involucrados y generar las recomendaciones pertinentes para una mejora continua y de calidad.

Cabe señalar que se toman como referentes el modelo dinámico de micro-simulación llamado CDP, por sus siglas en inglés (Chronic Disease Prevention), elaborado por la OCDE y la OMS, capaz de evaluar los resultados de la salud, el impacto en el gasto en salud, costo-efectividad, y las consecuencias distributivas de las intervenciones para la prevención de enfermedades no transmisibles. En este análisis se utilizan variables como la esperanza de vida por millones de habitantes y el gasto en salud, mostrando la tendencia de éstos a través del tiempo en los países miembros de la OCDE.

Asimismo, la Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (DPAS, por sus siglas en inglés) describe el modelo de evaluación a utilizar, el cual se enfoca en tres indicadores: de proceso, de producto y de resultado.

El primero mide la evolución de los procesos de cambio, el segundo el producto de los procesos y el tercero permiten medir los resultados finales de las acciones tomadas en la Estrategia. A su vez estos indicadores desprenden diversas variables que describen el comportamiento o la evolución de la Estrategia.

Esta Estrategia tiene una naturaleza integral. No sólo cubre los aspectos estrictamente de prevención y atención médica, sino que también incide en cambios en el estilo de vida, la promoción de una alimentación correcta y la disminución del sedentarismo, a través de acciones en diversos entornos, como son el familiar, el educativo, el laboral y el comunitario.

Se deberá contar con la definición de parámetros a evaluar sobre los avances en la consecución de los objetivos parciales que se adopten para cada grupo. Esto requiere de un esfuerzo en cuanto a la creación y utilización de la información estadística pertinente para poder realizar la evaluación correspondiente. Habrán de tomarse en cuenta los efectos

sinérgicos que se den entre las distintas acciones que se realicen, pues pueden potenciar los efectos de intervenciones individuales.

Algunos de los indicadores que se contemplan son:

- Proceso y producto. Se derivan de acuerdo al actor relacionado con el problema y a su eje de acción, dependiendo el caso se desprenden las variables; tales como los kilómetros de carril para bicicleta por kilómetro cuadrado, el porcentaje de escuelas y trabajo con instalaciones y equipamientos deportivos adecuados, porcentajes de anuncios televisivos de alimentos y bebidas de bajo valor nutrimental en los diversos medios de comunicación, porcentaje de proyectos de investigación para programas piloto en medidas o políticas específicas y cálculos de costo-beneficio.
- Resultado. Este se enfoca básicamente en observar las variables de acuerdo al periodo del accionar (corto, mediano y largo plazo), tomando como referencia el porcentaje de población con obesidad y sobrepeso, hipertensión o hipercolesterolemia; el porcentaje de

actividad física realizada; porcentaje de ingesta diaria de frutas y verduras; y mortalidad según las causas.

Para poder contar con una evaluación eficaz y pertinente se deberá contar con un Observatorio de las enfermedades no transmisibles (organismo o entidad) vinculado con los centros de referencia, que de manera objetiva pueda contar con la información requerida a través de la recolección de información que produzcan entidades públicas (INEGI, Secretaría de Salud, Secretaría de Educación, IMSS, ISSSTE, Gobiernos Estatales, Universidades e instituciones de investigación, etc.), la desarrollada por organismos internacionales y la que se obtenga mediante encuestas propias.

El Observatorio es una unidad de control y vigilancia de las acciones emprendidas en la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes; la cual funge como una herramienta que permite llevar a cabo la evaluación y medición del impacto de las políticas públicas implementadas. Esta instancia deberá estar alojada en una institución externa e independiente del Sistema Nacional de Salud, que cuente con la autonomía y la capacidad técnica necesaria.

Dicha evaluación se realizará, en un principio, recabando información relacionada con la Estrategia a diversas entidades, organismos públicos y asociaciones civiles, para la emisión de diagnósticos periódicos sobre los resultados obtenidos de la evolución del programa, utilizando indicadores tales como el porcentaje de población con obesidad y sobrepeso en los diferentes estratos de edad, los costos de estos padecimientos y sus comorbilidades, y la mortalidad por causas generadas de la obesidad y el sobrepeso.

- La evaluación se centrará en los indicadores establecidos en la visión de la Estrategia.
- Otro componente de la evaluación tiene que ver con las acciones emprendidas por los diferentes sectores involucrados en la Estrategia.
- El esquema de evaluación considera 6 años a partir de su implementación con avances anuales, lo que permitirá contar con elementos para mejorar el diseño y la operación de la Estrategia, construyendo así el sistema de mejora continua.
- La evaluación será vista como un elemento para hacer rendición de cuentas.

Con este esquema se sientan las bases para el proceso de evaluación de la Estrategia y se otorga certeza a los actores involucrados en el proceso, así como a la ciudadanía, quienes tendrán acceso a la información que se genere.

En este sentido, el esquema de evaluación puede experimentar cambios que se deban, entre otros factores, a transformaciones en el diseño de la Estrategia.

Asimismo, la evaluación incorporará la medición de indicadores nuevos si en el futuro se cuenta con bases de información nuevas, que sugieran mejores prácticas en materia.

La medición de resultados se enfocará en la población objetivo definida por la Estrategia, en términos de la población susceptible o afectada por los problemas de salud abordados. Así mismo la evaluación se concentrará en valorar el cumplimiento gradual del objetivo general.

La evaluación busca identificar y medir la efectividad en cuanto a la desaceleración en el incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población mexicana, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus; la promoción de la construcción de una cultura por la salud que facilite la adopción de estilos de vida que mantengan la salud de las personas.

Detecte oportuna y masivamente el universo de casos de sobrepeso, obesidad y diabetes para garantizar su adecuado control y manejo; la generación de una plataforma que permita operar con recursos humanos y materiales capacitados y suficientes el modelo de atención integral al sobrepeso, obesidad y la diabetes de acuerdo a requisitos de calidad propuestos; la generación de un contexto donde se privilegie la salud, a través de acciones de gobernanza que procuren el desarrollo económico y social.

La evaluación analizará la coordinación entre las diferentes instituciones de gobierno y de otros sectores que participan en la Estrategia, se pondrá especial atención en desarrollar mecanismos que recuperen la opinión de la ciudadanía respecto a la Estrategia.

Se tiene programado elaborar informes anuales de evaluación con el objetivo de dar certidumbre a la ciudadanía sobre los resultados que se vayan obteniendo, así como plantear recomendaciones para los tomadores de decisiones que permitan impulsar la mejora continua.

**ANEXO 1: OBJETIVOS, METAS E INDICADORES
DEL SISTEMA ESTATAL DE SALUD**

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

	Objetivo	Meta
Salud Pública	Implementar esquemas proactivos de prevención y detección oportuna 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 hemoglobina glucosilada (Hb A1c)	Alcanzar la cobertura de pacientes en seguimiento con hemoglobina glucosilada (Hb A1c)
	Incrementar el número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados con hemoglobina glucosilada	Alcanzar para 2018 el 33% de pacientes con diabetes tipo 2 controlados con Hemoglobina Glucosilada (Hb A1c) por debajo del 7%
	Promover estilos de vida saludables a través de medios de comunicación masivos con mensajes que enfatizen el diagnóstico, la alimentación correcta y la activación física	Realizar anualmente al menos una campaña de difusión de comunicación educativa en medios masivos
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
Regulación Sanitaria	Mejorar la información nutrimental de alimentos y bebidas para orientar al consumidor sobre opciones saludables	Lograr que el 100% de los alimentos y bebidas contengan información nutrimental en su etiquetado frontal
	Regular la publicidad de bebidas y alimentos dirigida a público infantil	Reducir la publicidad de bebidas y alimentos en horarios específicos en medios masivos de comunicación dirigidos al público infantil

Tipo de Indicador	Indicador	Descripción del indicador
Proceso	Porcentaje de detecciones de diabetes mellitus en población de 20 años y más	El indicador resulta de la división del número de detecciones de diabetes mellitus en población de 20 años y más, entre la población de 20 años y más, en un periodo de tiempo multiplicado por 100
Proceso	Porcentaje de pacientes con diabetes y medición anual con hemoglobina glucosilada (Hb A1c)	El indicador resulta de la división del número de pacientes con diabetes con una medición de hemoglobina glucosilada al año, entre la población de pacientes con diabetes, en el periodo de tiempo determinado multiplicado por 100
Resultado	Porcentaje de pacientes con diabetes en tratamiento que alcanzan el control con Hemoglobina Glucosilada (Hb A1c)	El indicador resulta de la división del número de pacientes con diabetes tipo 2 con hemoglobina glucosilada (Hb A1c) por debajo del 7%, entre el número de pacientes con diabetes en seguimiento con Hemoglobina Glucosilada (Hb A1c), en el periodo de tiempo determinado multiplicado por 100
Proceso	Desarrollo de la Campaña de Comunicación Educativa en medios masivos	Número de campañas educativas realizadas anualmente en medios masivos de comunicación, entre el total de campañas educativas realizadas anualmente en medios masivos de comunicación programadas en un periodo
Proceso	Porcentaje del personal de salud que fue actualizado de unidades de primer nivel de atención que aprobó la capacitación	El indicador resulta de la división del número de personal de salud que aprobó la capacitación en el primer nivel de atención, entre el personal de salud programado para recibir la capacitación en el primer nivel de atención
Proceso	Porcentaje de unidades de primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos para el control de la diabetes	El indicador resulta de la división del número de unidades con abasto oportuno y suficiente de medicamentos para el control de la diabetes, entre el total de unidades de salud de primer nivel de atención
Resultado	Desarrollo de ensayos genómicos validados que sean útiles para la toma de medidas preventivas, terapéuticas y de salud pública dirigidas a disminuir la prevalencia de obesidad y sus complicaciones.	Número de ensayos genómicos incorporados a la práctica clínica para la prevención y el tratamiento de la obesidad y sus complicaciones en población mexicana.
Proceso	Porcentaje de alimentos y bebidas con información nutrimental en su etiquetado frontal	El indicador resulta de la división del número de alimentos y bebidas que contengan información nutrimental en su etiquetado frontal entre el total de alimentos y bebidas se tengan registradas
Proceso	Verificación de la publicidad de bebidas y alimentos transmitida en medios masivos de comunicación dirigidos al público infantil	El indicador resulta de la división del número de anuncios detectados de bebidas y alimentos programados en horarios específicos en medios masivos de comunicación dirigidos al público infantil

BIBLIOGRAFÍA

Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *New England Journal of Medicine* 2007; 357: 753 – 61.

Aguirre Huacuja, E. La Corresponsabilidad Operativa en la Atención Primaria a la Salud. *Salud Pública de México* 1994; 36:210- 213.

Buchwald H, Estok R, Fahrbach K, et al. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Medicine* 2009; 122: 248 – 56.

CONACULTA, Encuesta Nacional de Hábitos, Prácticas y Consumo Culturales, México, 2010.

Pierre-Yves Crémieux; Henry Buchwald; Scott A. Shikora; Arindam Ghosh; Haixia Elaine Yang; Marris Buessing. A Study on the Economic Impact of Bariatric Surgery; *THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE*; V.14 No.9, 2008, p 51-58.

Declaración Ministerial para la Prevención y Control de las enfermedades Crónicas No Transmisibles. 25 de febrero de 2011. http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/convenios/2011/Declaracion_Ministerial.pdf

Diario Oficial de la Federación. Lineamientos generales para expendio y distribución de alimentos y bebidas en las escuelas. 23 de agosto de 2010.

Diario Oficial de la Federación. Ley de ayuda alimentaria para los trabajadores. 17 de enero de 2011.

Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud. Última reforma. México, 2013.

Dirección General de Evaluación de Desempeño, SSA., Informe de unidades de primer nivel de atención en los servicios estatales de salud. Evaluación 2008, pág. 27-32

EU Pledge. Nutrition Criteria, White Paper, 2012.

Fried M, Hainer V, Basdevant A, et al. Interdisciplinary European Guidelines for Surgery for Severe (Morbid) Obesity. *Obesity Surgery* 2007;17: 260 – 70.

Gutiérrez, J.P.; Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T.; Villalpando- Hernández, S.; Franco, A.; Cuevas- Nasu, L.; Romero- Martínez, M.; Hernández-Ávila, M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México Instituto Nacional de Salud Pública, México,

INAP-SSa. Estudio Consistente en Evaluación para Revisar la Viabilidad e Impacto de la Imposición de una Tasa Tributaria al Consumo de Bebidas Carbonatadas y Azucaradas como Política Pública Preventiva Dirigida a Revertir la Tendencial Sobrepeso y Obesidad, México, 2012.

Jennings-Aburto et al. Physical activity during the school day in public primary schools in Mexico City, CINyS-INSP, México, 2007. Lim SS., V. T.-R. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk and risk factor clusters in 21 regions, 1990- 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, 224-2260.

OECD, Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing, 2011.

OMS, Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Ginebra, 2012

OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Ginebra, Suiza, 2011.

OMS. Proyecto de plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. 6 de mayo de 2013. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_9-sp.pdf

OMS. Métodos poblacionales e individuales para la prevención y el tratamiento de la diabetes y la obesidad. 2008. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15558&Itemid

OMS-OPS. 28a Conferencia sanitaria panamericana. 64a Sesión del comité regional. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19267&Itemid

OMS, Promoción de la Salud. Glosario, 1998 en http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

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>

Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo. México, 2013.

Rivera Dommarco, Juan Ángel, et. al. (2012). Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado. (Primera ed.). México: UNAM.

Secretaría de Salud. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Enero, 2010.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Guía de Recomendaciones para la Promoción de la Salud y la Prevención de Adicciones en los Centros de Trabajo, México, 2010. pp. 3-5

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

Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, et al. Lifestyle, diabetes and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. New England Journal of Medicine 2004; 351(26): 2683 – 93.

Stevens J. et al. Population-Based Prevention of Obesity: The Need for Comprehensive Promotion of Healthful Eating, Physical Activity, and Energy Balance: A Scientific Statement From American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, Interdisciplinary Committee for Prevention (Formerly the Expert Panel on Population and Prevention Science). Ed. American Heart Association. E.U., 2008.

Théodore F.; Bonvecchio, A.; Blanco, I.; Irizarry, L.; Nava, A. Carriedo, A. Significados culturalmente contruidos para el consumo de bebidas azucaradas entre escolares de la Ciudad de México. Rev PanamSalud Publica. 2011; 30(4):327–34.

Wartella A., Ellen, et al. Símbolos y sistemas de clasificación de nutrición para el etiquetado de productos alimenticios. Instituto de Medicina de las Academias Nacionales. Prensa de las Academias Nacionales: Washington, D.C. 2011.

Plan Estatal de Desarrollo Gobierno del Estado de Durango 2011-2016, Disponible en http://ped.durango.gob.mx/es/plan_estatal_desarrollo_2010_2016

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Primera edición, 2012 D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México ISBN 978-607-511-037-0, Impreso y hecho en México. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Páginas web

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

<http://www.iaso.org/iotf/obesity/obesitytheglobalepidemic/>

<http://www.insp.mx/epppo/blog/2865-reg-publicidad-alimentos-bebidas-mex-codigo-pabivs-reg-intern.html>

<http://www.amdiabetes.org/nosotros.php>

<http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/index.aspx>

<http://www.prevenisste.gob.mx>

AGRADECIMIENTOS

Un esfuerzo de la complejidad y alcance de la Estrategia Nacional y Estatal para la Prevención y el Control de la Obesidad, el Sobrepeso y la Diabetes requirió de la participación y las contribuciones de diversas dependencias e instancias de los sectores público, social y privado. El trabajo coordinado y de concertación que, permitió integrar este documento gracias al compromiso y responsabilidad de los representantes de las instituciones que a continuación se mencionan:

Equipo de Los Servicios de Salud de Durango.

Instituto Mexicano del Seguro Social (Durango)

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Durango)

Instituto de Investigación Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED)

Secretaría de Educación Pública (Durango)

Red de Municipios Saludables Durango

Asociación Estatal de Personas con Discapacidad (Durango)

Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA)

Al Equipo de Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) Federal.

Al Equipo de Promoción y Prevención de la Salud Federal.