



SECRETARÍA DE
SALUD



**ESTRATEGIA ESTATAL PARA LA PREVENCIÓN
Y EL CONTROL DEL SOBREPESO,
LA OBESIDAD Y LA DIABETES DEL ESTADO DE GUERRERO**

Directorio

Dr. Lázaro Mazón Alonso

Secretario de Salud

Lic. Arturo Sánchez Torres

Subsecretario de Administración y Finanzas

Dr. Cornelio Bueno Brito

Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades

Dr. Felipe De Jesús Kuri Sánchez

Subsecretario de Regulación Control y Fomento Sanitario

Dr. Pablo Zapien Cortes

Subsecretario de Coordinación Sectorial

Dra. Alva Patricia Batani Giles

Directora de Servicios de Salud

Dr. Rufino Silva Domínguez

Director de Epidemiología y Medicina Preventiva

Dr. Javier Eduardo Figueroa Zúñiga

Director del Sistema de Protección Social en Salud

Enfra. Eneida López Tacuba

Secretaria Particular del Secretario de Salud

Contenido

Presentación	5
Introducción	7
Problemática	8
Panorama mundial	9
Panorama en Guerrero	10
Antecedentes	18
5 pasos por tu salud para vivir mejor 2009-2012	19
Jornadas Estatales de Diabetes	20
Diagnostico Antropométrico bioquímico y clínico del entorno laboral	30
Diagnostico por Jurisdicción Sanitaria del Estado de Guerrero	30
Estrategia Contra Sobrepeso y Obesidad	32
Marco Jurídico	40
Marco conceptual	50
Planteamiento	53
Ejes rectores	55
Investigación y evidencia científica	55
Corresponsabilidad	55
Transversalidad	56
Intersectorialidad	56
Evaluación del impacto	57
Rendición de cuentas	57
Objetivos	58
Objetivo General	58
Objetivos Específicos	58
Visión 2018	

Pilares y Ejes estratégicos	59
Pilares de la Estrategia Nacional	60
1. Salud Pública	61
1.1 Sistema de Vigilancia Epidemiológica	61
1.2 Promoción de la salud	62
1.3 Prevención	65
2. Atención Médica	68
2.1 Acceso efectivo a servicios de salud	68
2.2 Calidad de los servicios de salud	69
2.3 Mejora de las competencias y la capacidad resolutiva del personal de salud.	69
2.4 Infraestructura y tecnología	70
2.5 Garantía del abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio, y monitoreo de la cadena de suministro	71
3. Regulación sanitaria y Política fiscal	72
P Dependencias e instituciones participantes	74
Secretaría de Educación en Guerrero	74
Instituto de Deporte en Guerrero	74
Secretaría de Desarrollo Social en Guerrero	75
Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia	75
Evaluación	76
Anexo 1: Objetivos, Metas e Indicadores del Sistema Estatal de Salud	78
Bibliografía	81
Agradecimientos	82

Presentación

El perfil epidemiológico que presenta el Estado de Guerrero, es el reflejo de los múltiples factores condicionantes que existen, como son: el status socioeconómico, el grado de escolaridad, el tipo de vivienda con sus servicios básicos, el tipo de población y la misma situación geográfica.

Siendo la salud un derecho constitucional, así como un elemento fundamental para el desarrollo económico del país, tradicionalmente el énfasis principal en la salud ha sido el de entender el daño y no su prevención. Por ello actualmente una de las prioridades para esta Secretaría de Salud es el enfoque de los Programas Institucionales centrados en la prevención, el reto es lograr consolidar actividades a eliminar estilos de vida que favorezcan el sobrepeso y obesidad, y por consiguiente la Diabetes Mellitus, por ello para contrarrestar estas enfermedades crónicas no transmisibles, se han implementado actividades en torno al Acuerdo Nacional para la salud Alimentaria y actualmente la Estrategia Estatal contra el sobrepeso, la obesidad y la Diabetes.

Sin duda alguna, la promoción a la Salud sigue siendo el proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes para la prevención de una diversidad de patologías; así mismo, a todas las personas que se les brinda asistencia en el primer nivel de atención, independientemente del servicio solicitado, se garantiza reciban las intervenciones preventivas de línea de vida por grupo de edad (niños, adolescentes, mujeres, hombres y adulto mayor), esto permitirá elevar las coberturas y el impacto en la salud de la población. En el entorno laboral, con el objetivo de elevar la calidad de vida de los trabajadores, se fomentan los cambios en las dinámicas laborales a través de hábitos alimentarios saludables y actividad física.

El sobrepeso, la obesidad y la diabetes son problemas complejos y multifactoriales, cuya naturaleza involucra a los sectores público, privado y social, así como al individuo. Se trata de un problema compartido por todos los miembros de la sociedad.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, resultados por entidad federativa 2012, la tendencia en la prevalencia de sobrepeso en los últimos seis años, ha aumentado del 39% en hombres al 40.7%, mientras que para las mujeres del 34% al 36.4%, según la ENSANUT 2012. En el rubro de Obesidad se ha logrado un decremento del 25.8% al 23.3% en hombres, mientras que en mujeres la prevalencia de obesidad aumento del 25.4% al 33.6%.

La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más fue de 7.8%, similar a la reportada en la ENSANUT 2006 (5.1%). La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo fue ligeramente mayor en mujeres (8.5%) que en hombres (7.1%), con una razón mujer: hombre 1:4:1. Tanto en hombres como mujeres, se observó un incremento en la prevalencia de diagnóstico previo de diabetes a partir del grupo de 40 a 59 años (10.0 y 11.5% respectivamente), la cual aumentó ligeramente en hombres de 60 años o más (14.1%) y aumentó en mujeres de la misma edad (22.4%). En los hombres, se observan casos de diagnóstico médico previo de diabetes en el grupo de 20 a 39 años, en tanto que la prevalencia en la población de 60 años o más fue 1.2 veces mayor que la prevalencia en la población de 40 a 59 años. En las mujeres, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en la población de 40 a 59 años y en la de 60 años o más fue de 19.3 y 13.6 veces mayor que la prevalencia en la población mayor de 20 a 39 años, respectivamente.¹

Al ser la salud una responsabilidad compartida, es necesaria la concurrencia, coordinación intersectorial, y la activa participación de la sociedad. Por ello se requiere de la participación corresponsable de todos los sectores de gobierno en la puesta en marcha de la Estrategia Estatal para la prevención y control de Sobrepeso, la obesidad y la Diabetes, pues representa una oportunidad para que sociedad y su entorno interactúen en congruencia con la cultura de la prevención, mediante la adopción de estilos de vida saludables, con el objetivo de disminuir los factores que definen y distribuyen socialmente la carga de enfermedades relacionadas con la alimentación incorrecta, así como la falta de actividad física. Este documento transita por los diferentes aspectos que se entrecruzan en una problemática tan compleja como el sobrepeso, la obesidad y la Diabetes.

Los ejes rectores de esta Estrategia Estatal son la investigación y la evidencia científica, la corresponsabilidad, la transversalidad, la intersectorialidad, la rendición de cuentas y la evaluación del impacto de las acciones que aquí se presentan, promueve la construcción de una política pública estatal que genere hábitos de consumo alimenticio saludables y la realización de actividad física en la población.

Las acciones contenidas en la presente estrategia van dirigidas a la población de escolares, personas con sobrepeso y obesidad, así como las que padecen enfermedades no transmisibles, principalmente Diabetes.

En Guerrero, de forma similar al país, los padecimientos crónicos, constituyen un problema de salud que va en aumento, lo que llama a fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud en coordinación con los sectores de gobierno y sociedad, para lograr con ello revertir su prevalencia.

La oportunidad está presente, el reto es grande, pero es necesario responder satisfactoriamente a la sociedad a la cual servimos.

Dr. Lázaro Mazón Alonso
Secretario de Salud

1 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Secretaría de Salud, México, 2012. Pág.84-87

Introducción

En el estado de Guerrero, se ha observado un cambio en la manera de enfermar. Hoy predominan las enfermedades crónicas no transmisibles, dicha transición está íntimamente asociado al envejecimiento de la población y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, dentro de los que destacan: el sedentarismo, mala nutrición, tabaquismo y consumo de alcohol.

La creciente epidemia de enfermedades crónicas, especialmente las asociadas a la obesidad, como la Diabetes, hacen necesaria la incorporación de nuevas alternativas que permitan enfrentar a estas patologías, lo que se ha convertido en una necesidad impostergable que requiere de su fortalecimiento e impulso.

Esta situación es fruto de factores económicos, sociales, políticos y culturales. Por ellos la presente Estrategia Estatal se apoya en un marco conceptual que nos presenta como esta problemática está compuesta por causas básicas, subyacentes e inmediatas que hacen necesario recurrir a distintos actores para lograr la promoción de determinantes sociales positivos para la salud. Estos actores son el sector público, la iniciativa privada y sociedad civil; quienes participarán en los tres pilares que integran la Estrategia:

- 1.- Salud Pública.
- 2.- Atención médica.
- 3.- Regulación sanitaria.

Cada pilar está conformado por ejes estratégicos, en los que distintos actores participan. Lo anterior no resulta innovador, sino necesario, pues solo el trabajo coordinado de las distintas secretarías en el marco de sus atribuciones, permitirán vencer a este problema de salud pública, así mismo será necesario la voluntad y el compromiso decidido de la sociedad civil, porque solo así podremos revertir la tendencia ascendente de sobrepeso, obesidad y diabetes.

Pese a que en estos momentos las cifras son alarmantes, se necesitara ser creativos y tenaces para el logro de nuestro propósito.

La presente Estrategia es sólo el primer paso.

Dr. Cornelio Bueno Brito

Subsecretario de Prevención y control de Enfermedades.

Problemática

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues cobran más vidas que todas las otras causas combinadas. De los 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo en 2008, 36 millones, casi las dos terceras partes se debieron a ENT. El mayor ritmo de aumento de la carga combinada de estas enfermedades corresponde a los países, poblaciones y comunidades de ingresos bajos, en los que imponen enormes costos evitables en términos humanos, sociales y económicos. Alrededor de una cuarta parte de la mortalidad mundial relacionada con las ENT afecta a personas menores de 60 años.

El alarmante crecimiento de la carga de ENT en los países de ingresos bajos y medios se ve acelerado por los efectos negativos de la globalización, la urbanización descontrolada y los estilos de vida cada vez más sedentarios. Los habitantes de los países en desarrollo consumen cada vez más alimentos hipercalóricos. Las personas pertenecientes a los niveles culturales y económicos inferiores son las más afectadas, los factores que determinan la posición social son la educación, la profesión, los ingresos, el género y el origen étnico, son numerosos los datos que demuestran la correlación existente entre la multitud de determinantes sociales, especialmente educación, los niveles de ENT y de los factores de riesgo asociados.

Debido a que los países más pobres los pacientes deben sufragar los gastos en asistencia sanitaria de su propio bolsillo, el coste de dicha asistencia para las ENT merma significativamente los presupuestos familiares, sobre todo en las familias de ingresos bajos. Los gastos familiares por ENT y en las conductas de riesgo que la causan se traducen en menos dinero para necesidades básicas tales como comida, vivienda y educación: requisito básico para escapar de la pobreza.

Los costos para los sistemas sanitarios a causa de las ENT son elevados y se prevé que aumentarán. Los altos costos para las personas, familias, las empresas, los gobiernos y los sistemas sanitarios tienen gran repercusión en la macroeconomía. Cada año las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la Diabetes causan pérdidas de miles de millones de dólares en la renta nacional de la mayoría de los países más poblados del mundo. Los análisis económicos sugieren que cada aumento del 10% de las ENT se asocia a una disminución del 0.5% del crecimiento anual de la economía.²

² OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Ginebra, Suiza, 2011. Pág. 3.

Las enfermedades no transmisibles comparten cuatro factores de riesgo importantes, que son: el tabaquismo, el sedentarismo, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas.

Algunas de las enfermedades no transmisibles tienen una estrecha relación con el exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad), situación que es reconocida como uno de los retos más importantes para la salud pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece. El sobrepeso y la obesidad se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y obesidad en los adultos. La definición de la OMS es la siguiente: Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso y un IMC igual o superior a 30 determina obesidad. El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2.8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la Obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.³

Panorama mundial

La prevalencia mundial de la Obesidad casi se duplicó en el período 1980-2008, afectando en 2008 a quinientos millones de hombres y mujeres mayores de 20 años, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres. Cada año mueren en el mundo 2.8 millones de personas debido al sobrepeso o la Obesidad. La OMS prevé que 7 millones de personas perderán la vida a causa de enfermedades no transmisibles en 2030, debido a factores de riesgo comportamentales y físicos como el sedentarismo, el sobrepeso y la Obesidad.

Las mayores cifras de prevalencia del sobrepeso y la obesidad se registraron en la Región de las Américas (sobrepeso: 62% en ambos sexos; obesidad: 26%) y las más bajas en la región de Asia Sudoriental (sobrepeso: 14%) en ambos sexos; obesidad: 3%). En la región de Europa, la del Mediterráneo Oriental y la de las Américas, más del 50% de las mujeres tenían sobrepeso y en las tres regiones, aproximadamente la mitad de estas mujeres eran obesas (un 23%, un 24% y un 29%, respectivamente).⁴

³ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/index.htm>

⁴ <http://stopalaobesidad.com/tag/estadisticas-sanitarias-mundiales-2012-de-la-oms/>

Según el informe "La obesidad y la economía de la prevención", realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el país ocupa el segundo lugar mundial en obesidad, con un 30% de la población que la padece; mientras que un 70% tiene sobrepeso.⁵

En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, se calcula que el 2004 fallecieron 3.4 millones de personas como consecuencias del exceso de glucosa en la sangre. Más del 80% de las muertes se registran en los países de ingresos bajos y medios. La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030.

Con el tiempo, la diabetes puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, ojo, riñones y nervios, aumentando el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral (AVC). Un 50% de los pacientes diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y AVC). La neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies, y en última instancia, amputación.

La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. Al cabo de 15 años con diabetes aproximadamente un 2% de los pacientes quedan ciegos y un 10% sufren un deterioro grave de la visión. La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal, un 10 a 20% de los pacientes mueren por esta causa, la neuropatía se debe a la lesión de los nervios a consecuencia de la diabetes y puede llegar a afectar a un 50% de los pacientes. Aunque puede ocasionar problemas muy diversos, los síntomas más frecuentes consisten en hormigueo, dolor, entumecimiento o debilidad en los pies y las manos. En los pacientes con diabetes el riesgo de muerte es dos veces mayor.⁶

⁵ <http://www.newsweek.mx/suplementos/suplementoobesidad.pdf>

⁶ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Panorama en Guerrero

De acuerdo con la ENSANUT 2012, en Guerrero 48.5% de la población fueron hombre y 51.5 % mujeres, con una razón hombre: mujer de 0.94. En términos de los retos a la salud, por su magnitud poblacional, y por lo que representa la transición demográfica y epidemiológica, los adultos son un elemento fundamental para la respuesta del sector salud. El envejecimiento poblacional, debido principalmente al control directo e indirecto de las enfermedades infecciosas y a la disminución de la tasa de fecundidad, influye en gran medida en la frecuencia de las enfermedades crónicas y, por consiguiente, en el uso de los servicios médicos preventivos y curativos. La prevención y el manejo de estos padecimiento crónicos representan el núcleo del reto para el sistema de salud, a la vez que para el bienestar poblacional.⁷

Según la ENSANUT 2006, en el Estado de Guerrero, el 7.6% de niños preescolares presento bajo peso, 21.6% tuvo baja talla o desmedro y 1.4% presento emaciación. La distribución por el tipo de localidad de residencia indica que en las localidades rurales existen mayores prevalencias de baja talla o desmedro (33.6%) y de bajo peso (8.7%) en comparación con las localidades urbanas (12.5% y 6.7%). La prevalencia estatal de sobrepeso se ubicó en 3.8%. La distribución por tipo de localidad de residencia mostró que 4.3% de los niños de localidades rurales tienen sobrepeso en comparación con los niños de localidades urbanas donde la prevalencia fue ligeramente menor (3.5%).* La prevalencia de sobrepeso y obesidad en los menores de 5 años en el estado, según la ENSANUT 2012, fue de 5.1% con una distribución para las localidades urbanas de 6.5% y para las rurales de 3.1%. En 2012, las prevalencias de sobrepeso y obesidad en niños escolares (5 a 11años) fueron de 13.4% a 13-8%.

En contraste, la prevalencia de sobrepeso en las localidades urbanas disminuyo de 2006 a 2012 de 18.7 a 15.4% y para las rurales paso de 18.2% a 10.8%, respectivamente. La suma de ambas condiciones de estado de nutrición (sobrepeso más obesidad) en 2012 fue mayor para los niños (30.8%) en comparación con las niñas (23.5%).

En el rubro de adolescentes, en el 2006, 22.6% de hombres y mujeres presentó sobrepeso más obesidad, cifra que se observó superior en 2012 (29.3%). Esta cifra fue menor a la reportada para el 2012 en el ámbito nacional (35.0%). La distribución por sexo en 2012 mostró una prevalencia mayor para los hombres (29.8%) en comparación con las mujeres (28.7%).

Para los adolescentes de Guerrero que habitaban en localidades urbanas, la cifra de sobrepeso más obesidad paso de 26.1% en 2006 a 34.1 %en 2012. Para los habitantes de localidades rurales esta cifra representa actualmente 23.2%.⁸

La evaluación del estado nutricio de la población mayor de 20 años, mediante dos indicadores que son: el IMC (Índice de masa corporal) que utiliza como puntos de corte los propuestos por la OMS, desnutrición (<18.5 kg/m), estado nutricio adecuado (18.5 a 24.9 kg/m), sobrepeso (25.00 a 29.9 kg/m) y obesidad (>30 kg/m)⁹

⁷ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Secretaría de Salud, México, 2012. Pág. 17

⁸ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa. Secretaría de Salud, México, 2006. Pág. 79-80

⁹ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Secretaría de Salud, México, 2012. Pág. 75,80

Comparación del estado nutricional de adultos de 20 años o más, de acuerdo con la clasificación del Índice de masa corporal,* por sexo y por tipo de localidad. Guerrero, México, ENSANUT 2006 y 2012

Categoría/Condición	ENSANUT 2006				ENSANUT 2012			
	Muestra n	Expansión			Muestra n	Expansión		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Estatal								
Sobrepeso								
Hombres	166	239.6	39	34.1-44.2	205	357.6	40.7	35.9-45.7
Mujeres	262	334.6	34	30.5-37.7	300	364.1	36.4	32.5-40.5
Ambos	428	574.2	35.9	32.6-39.4	505	721.8	38.4	35.6-41.3
Obesidad								
Hombres	102	158.5	25.8	21.3-30.9	112	205.1	23.3	18.8-28.5
Mujeres	178	250.2	25.4	21.8-29.4	245	336.3	33.6	30.5-36.9
Ambos	280	408.7	25.6	22.5-28.9	357	541.3	28.8	25.8-32.0
Localidades urbanas								
Sobrepeso								
Hombres	88	144.5	37.3	31.2-43.9	101	217.0	42.4	34.8-50.2
Mujeres	152	212.4	33	29.1-37.3	159	229.4	37.0	31.8-42.5
Ambos	240	357	34.7	30.6-39.0	260	446.4	39.4	35.1-43.9
Obesidad								
Hombres	58	102	26.4	20.4-33.3	67	149.7	29.2	22.3-37.2
Mujeres	110	173.2	26.9	22.5-31.9	144	224.9	36.3	31.9-40.8
Ambos	168	275.2	26.7	23.3-30.5	211	374.6	33.1	28.5-37.9
Localidades rurales								
Sobrepeso								
Hombres	78	95.1	41.9	**	104	140.6	38.4	33.0-44.1
Mujeres	110	122.2	35.7	**	141	134.7	35.5	29.3-42.1
Ambos	188	217.33	38.2	**	245	275.4	36.9	33.4-40.5
Obesidad								
Hombres	44	56.5	34.9	**	45	55.4	15.1	10.7-21.0
Mujeres	68	77	22.5	**	101	111.3	29.3	24.8-34.2
Ambos	112	133.5	23.5	**	146	166.7	22.3	19.1-25.9

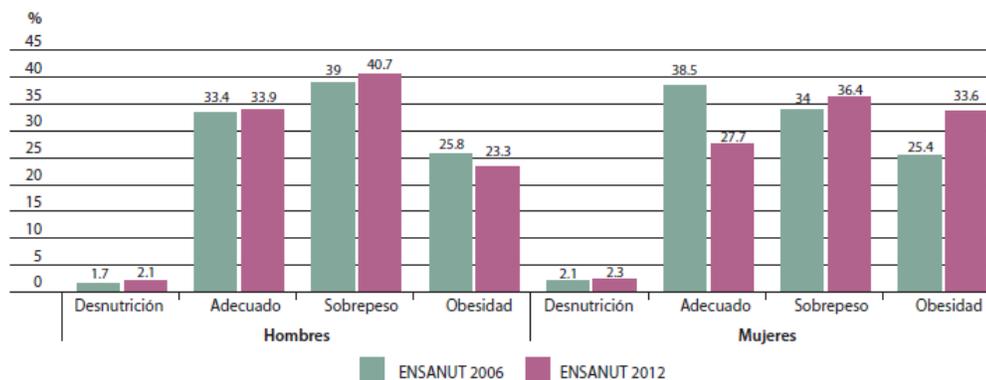
* Puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud: sobrepeso 25-29.9 kg/m², y obesidad ≥ 30 kg/m²

** La muestra fue insuficiente para la estimación de los intervalos de confianza

IC= Intervalo de confianza

La tendencia en la prevalencia de sobrepeso en los últimos seis años, se observa un decremento de 9.7% en la prevalencia de Obesidad en el caso de los hombres y un incremento de 32.3% en la prevalencia de sobrepeso en el caso de las mujeres. No existieron cambios significativos en el periodo comprendido entre los años 2006 y 2012 en la prevalencia de sobrepeso en los hombres y en las mujeres. 10¹⁰

Comparación del estado nutricional de hombres y mujeres de 20 años o más, de acuerdo con la clasificación del Índice de masa corporal.* Guerrero, México, ENSANUT 2006 y 2012



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

¹⁰ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Secretaría de Salud, México, 2012. Pág. 85

Actividad física

En niños y adolescentes de 10 a 14 años, según la ENSANUT 2012 por entidad federativa, el 46.1% reportó no haber realizado actividad alguna de tipo competitivo durante los 12 meses previos a la encuesta y 50.6% informó que pasaba dos horas diarias frente a una pantalla. Esta prevalencia es significativamente mayor que la nacional (33.0%).¹¹

En los adultos mayores de 20 años, de acuerdo con la clasificación de la OMS, aproximadamente 13.2% de los habitantes eran inactivos, 8.7% moderadamente activos, es decir realizaban el mínimo de AF por la OMS, y 78.0% activos. De la muestra de adultos, 71.0% informó haber pasado hasta dos horas diarias frente a una pantalla, 20.2% reportó pasar entre 2 y 4 horas diarias y 8.8% 4 o más horas diarias promedio frente a una pantalla. Es decir, en Guerrero un porcentaje significativamente mayor de la población adulta pasó dos horas o menos frente a una pantalla en comparación con 51.4% en el ámbito nacional.¹²

Distribución de actividad física en adultos de 19 a 69 años. Guerrero, México, ENSANUT 2012

Indicador [‡]	Estatal				Nacional			
	Muestra n	Expansión [†]			Muestra n	Expansión [†]		
		N (miles)	%	IC95% [§]		N (miles)	%	IC95% [§]
Inactivos [‡]	45	261.1	13.2	9.6-18.0	1935	12 385.7	17.4	15.9-18.6
Moderadamente activos [‡]	29	172.8	8.7	5.3-14.1	1188	8 444.6	11.9	10.6-13.2
Activos [‡]	307	1 541.7	78.0	70.9-83.8	7953	50 150.8	70.7	69.1-72.5
Total	381	1 975.6	100.0		11076	70 981.0	100.0	

[‡] Reportado en los últimos siete días

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

[§] Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado

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

[‡] Actividad física vigorosa = 75 min/sem, o actividad física moderada = 150 min/sem

[¶] Actividad física vigorosa ≥ 300 min/sem, o actividad física moderada ≥ 150 min/sem

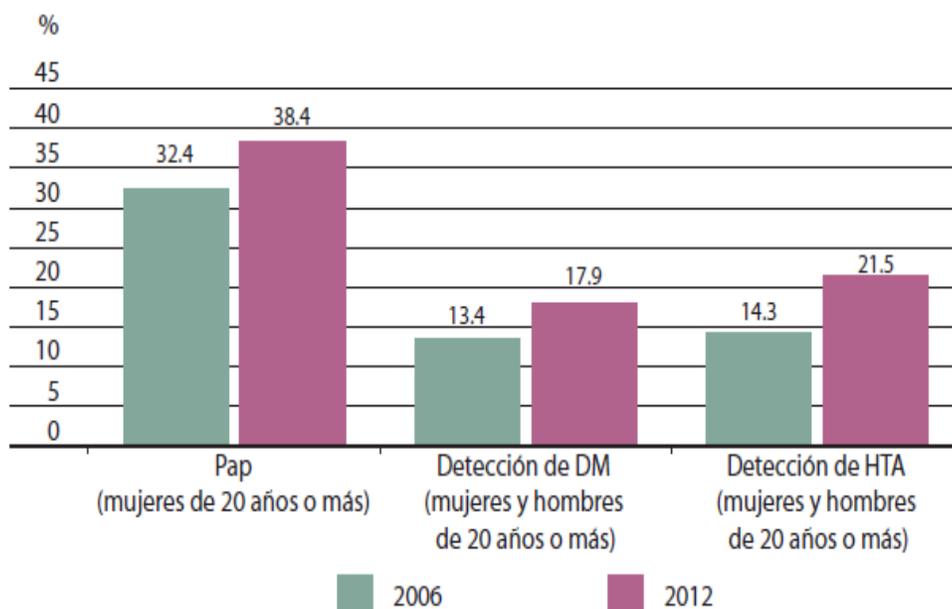
¹¹ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Secretaría de Salud, México, 2012. Pág. 82

¹² Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Secretaría de Salud, México, 2012. Pág. 87

Programas Preventivos

En las pruebas de detección de diabetes mellitus en adultos mayor de 20 años o más el 17.9% acudieron a realizarse la prueba en el año previo a la ENSANUT 2012, mientras que el 13.0% para la detección de sobrepeso y obesidad. En comparación con los datos reportados en la ENSANUT 2006, en la prueba de diabetes hubo una tendencia al aumento en la detección para los grupos de mayor edad en los hombres. En el caso de las mujeres se observó un incremento, al pasar de 15.2% en 2006 al 18.8% en 2012.¹³

Pruebas de detección oportuna de Pap, DM y HTA. Guerrero, México, ENSANUT 2006 y 2012



Pap= Prueba de Papanicolaou
 DM= Diabetes mellitus
 HTA= Hipertensión arterial

¹³ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Secretaría de Salud, México, 2012. Pág. 47-48

Diabetes

La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más fue de 7.8%, similar a la reportada en la ENSANUT 2006 (5.1%). La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo fue ligeramente mayor en mujeres (8.5%) que en hombres (7.1%), con una razón mujer: hombre 1:4:1. Tanto en hombres como mujeres, se observó un incremento en la prevalencia de diagnóstico previo de diabetes a partir del grupo de 40 a 59 años (10.0 y 11.5% respectivamente), la cual aumentó ligeramente en hombres de 60 años o más (14.1%) y aumentó en mujeres de la misma edad (22.4%). En los hombres, se observan casos de diagnóstico médico previo de diabetes en el grupo de 20 a 39 años, en tanto que la prevalencia en la población de 60 años o más fue 1.2 veces mayor que la prevalencia en la población de 40 a 59 años. En las mujeres, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en la población de 40 a 59 años y en la de 60 años o más fue de 19.3% y 13.6% veces mayor que la prevalencia en la población mayor de 20 a 39 años, respectivamente.

De la población de 20 años o más con diagnóstico médico previo de diabetes, el porcentaje de los que reportaron que se les realizó la determinación de hemoglobina Glicosilada en los últimos 12 meses fue de 10.9%. Se observó una diferencia importante por sexo, las mujeres (13.4%) reportaron con mayor frecuencia la realización de la prueba en comparación con los hombres (7.5%), con una razón mujer: hombre 1:7:1. De la población de 40 a 59 años se le realizó la prueba a 21.8% de las mujeres y a 7.4% de los hombres.

En este mismo grupo, el porcentaje de los que reportaron que se les realizó una revisión de pies en los últimos 12 meses fue de 6.1%. Por sexo, el porcentaje de la población a quienes se les realizó esta revisión fue mayor en hombres (9.0%) que en mujeres (4.0%), con una razón hombre: mujer de 2:1. El porcentaje de realización de la revisión de pies más alto en mujeres fue en el grupo de 60 y más (4.9%) seguido del grupo de 40 a 59 años (3.9%). En el caso de los hombres el porcentaje más alto en la revisión de pies fue en el grupo de 40 a 59 años (15.7%), seguido del grupo de 60 años o más (3.7%)¹⁴.

Porcentaje de adultos de 20 años o más con diagnóstico médico previo de diabetes a quienes se les realizó revisión de pies en los últimos 12 meses. Guerrero, México, ENSANUT 2012

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
20-39	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
40-59	4.9	15.7	1.6	3.9	6.5	9.0
60 o más	0.8	3.7	1.9	4.9	2.7	4.5
Total	5.7	9.0	3.5	4.0	9.2	6.1

* Frecuencia en miles

¹⁴ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Secretaría de Salud, México, 2012. Pág. 59-61

Porcentaje de adultos de 20 años o más con diagnóstico médico previo de diabetes a quienes se les realizó la determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses. Guerrero, México, ENSANUT 2012

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
20-39	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
40-59	2.3	7.4	8.9	21.8	11.2	15.6
60 o más	2.4	11.1	2.7	7.1	5.1	8.5
Total	4.7	7.5	11.6	13.4	16.4	10.9

* Frecuencia en miles

Salud pública

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

Las prevalencias de sobrepeso y obesidad siguieron una tendencia creciente en las mujeres en los últimos seis años y se mantuvo en los hombres. La anemia en los adultos de 60 años o más representa un serio problema de salud pública en la entidad que es necesario atender, dado el aumento acelerado del problema en las áreas rurales de la entidad. Es bien sabido que en la anemia durante la vida adulta disminuye considerablemente la productividad y la calidad de vida, hecho que repercute en las pérdidas económicas de las naciones. En los adultos mayores, la anemia merma la capacidad para mantener niveles adecuados de actividad física y la movilidad en general, lo que hace a este grupo más vulnerable. La magnitud de la anemia en el grupo de adultos mayores obliga a reformular o mejorar la focalización de las intervenciones destinadas a este grupo poblacional.

Los resultados para el estado indicaron que más del 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 (22% 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 (29.0%)

Sin embargo, 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 y diabetes mellitus.¹⁵

15

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Secretaría de Salud, México, 2012. Pág. 90-91

Antecedentes

5 pasos por tu salud para Vivir Mejor 2009-2012

En México, uno de cada cuatro niños/as y uno/a de cada tres adolescentes presentan sobrepeso u Obesidad. Estas cifras colocan a México en el primer lugar a nivel internacional de sobrepeso y Obesidad Infantil.

En la población adulta (20-69 años) hay más de 17 millones de hipertensos, más de 14 millones de personas con alteraciones de colesterol, más de 6 millones de pacientes con diabetes tipo 2 y más de 35 millones con sobrepeso y Obesidad.¹⁶

Derivado de la problemática, anteriormente mencionada, la Estrategia 5 pasos por tu salud es una estrategia federal que se basa en promover en la población mexicana hábitos de vida saludable con la ayuda de 5 acciones (muévete, toma agua, come frutas y verduras, mídete y comparte) a desarrollarse en 5 entornos: la familia, la escuela, el trabajo, el parque y el municipio.

El estado de Guerrero adopta dicha estrategia a partir del año 2009, con el desarrollo de 12 proyectos llevados a cabo en diferentes entornos, 10 a nivel laboral, 1 preescolar y 1 preescolar-escolar, con el objetivo de disminuir las tendencias del problema epidemiológico y encaminar a la población en la adopción de estilos de vida saludables.

En las acciones emprendidas por la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, pueden enumerarse las siguientes:

- Se impulsó la actividad física en todos los ámbitos, a través de ACTIVATE.
- Se promovió la incorporación de agua simple potable, a través de TOMA AGUA.
- Se capacito a los profesionales de la salud en consejería sobre alimentación correcta.
- Realización de la Pausa para la Salud en todas las áreas del entorno laboral.
- Promoción de la lactancia materna para favorecerla en las madres, en las Unidades Médicas.
- Se realizó valoraciones antropométricas de la plantilla laboral adscrita a la Secretaría de Salud.

¹⁶ http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402007000200001

Instituciones participantes:

Secretaría de Educación en Guerrero: se fomentó el acuerdo para el expendio de alimentos y bebidas en las tiendas o cooperativas escolares de los planteles de educación básica, así como la disposición de agua potable en las escuelas públicas y la realización de actividad física al menos 30 minutos diarios en los escolares.

Secretaría de Gobierno del Estado: se realizó evaluación antropométrica del personal adscrito a dicha Institución.

Secretaría de Finanzas del Estado: Evaluación antropométrica del personal adscrito a dicha Institución.

Laboratorio Estatal de Guerrero: Se capacito al personal con respecto a una alimentación correcta en el centro laboral, realización de una valoración antropométrica y se implementó la actividad física a través de paso Uno: ACTIVATE.

Durante el desarrollo de la estrategia, se difundió material de promoción en las 7 Jurisdicciones Sanitarias del Estado de Guerrero, para promover la adopción de estilos de vida saludables, en los que se encuentran, cilindros, lapiceros, pulseras, llaveros con cinta métrica y gorras, todo con el logo de 5 pasos, haciendo un total de 1,400 piezas distribuidas, 50,000 trípticos sobre estilos de vida saludables (toma agua, come frutas y verduras, kilos más y kilos menos, elaboración de dietas y guías para la alimentación mexicana), 71 lonas del plato del bien comer, 2,000 carteles de la obesidad es mortal y sobre la "Obesidad, doloroso camino a la muerte", 200 carteles del plato del bien comer, 174 lonas de la jarra del buen beber y 10,000 trípticos de sobrepeso y obesidad.

Actualmente, se conservan Grupos de Activación física, con un grupo aproximado de 150 personas.

Jornadas Estatales de Diabetes Mellitus

Desde el año 2004, se realizan cada dos años en el Estado de Guerrero, las Jornadas Estatales de Diabetes, con el objetivo fundamental de realizar una actualización de personal médico y paramédico, reciente, veraz y basada en la evidencia científica de los diferentes tratamientos para la Diabetes Mellitus y de las comorbilidades asociadas a la misma. En los años 2010 y 2012, además de las conferencias científicas, se realizó un programa dirigido a pacientes, pues el gran reto en la educación terapéutica en diabetes es conseguir el autocontrol por parte del paciente, por lo que es necesario capacitarlo para que pueda llevar una vida normal y un buen control de la glucemia, mediante el conocimiento y la adopción de estilos de vida saludable, durante los 7 años que se realizaron las Jornadas estatales, se logró capacitar a cerca de 4 mil profesionales de la salud y en los últimos dos años a 3,000 pacientes.

Lo anterior permitió la formación de más clínicas de Diabetes, siendo actualmente 32

**Diagnóstico antropométrico, bioquímico y clínico del Entorno Laboral
(Oficina Central de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero)**

Se evaluaron a 338 trabajadores de las oficinas centrales, de los cuales 114 (33.72%) fueron hombres y 224 (66.27%) mujeres. Con edad promedio de 39.5 años, peso promedio de 70.90 kg y estatura promedio de 159 cm dando como resultado un IMC de 27.87 kg/m². En la tabla 1 se muestran las características antropométricas, bioquímicas y clínicas de los trabajadores.

En la Gráfica 1, se puede observar la distribución de hombres, clasificados según su IMC, cabe señalar que el **83.23%** de los hombres presentó algún grado de peso excesivo (ya sea sobrepeso u obesidad) y que sólo el 16.6% de la población masculina presente un peso normal. En la Gráfica 2 se muestran los resultados de las mujeres de acuerdo a su IMC, mostrando que el **67.38%** presenta peso excesivo (ya sea sobrepeso u obesidad) y el 32.5% presenta un peso normal.

Tabla 1. Características de la población en general

Sexo	
Masculino	114 (33.72%)
Femenino	224 (66.27%)
Edad	39.5 años (17-68)
Peso	70.90 kg (141-41)
Estatura	1.59 m (184-136)
IMC (kg/m²)	27.87 kg/m ² (62.66-17.06)
Circunferencia de cintura	91.21cm (164-62cm)
Circunferencia de cadera	102.1 cm (160-81cm)
Glucosa Ayunas	100mg/dl (334-59mg/dl)
Glucosa Casual	112mg/dl (79-395mg/dl)
Presión arterial	

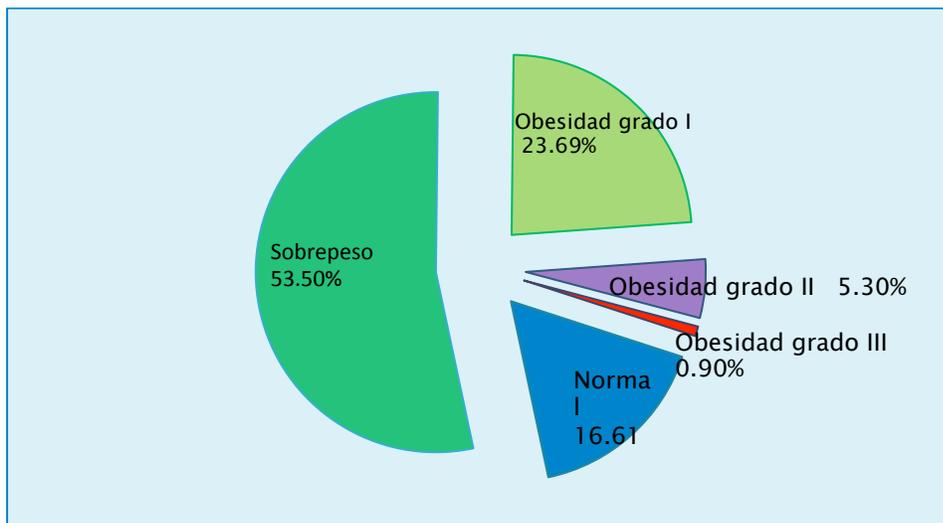
Se muestra como promedio y desviación estándar

Análisis de datos del personal masculino

La edad promedio de la población masculina fue de 37.79 años; el peso y estatura fueron 78.57 kg y 1.67m respectivamente. Al analizar por índice de masa corporal, que es la relación del peso reportado entre la estatura al cuadrado, podemos ver en la gráfica que el 16.6% de los hombres (19 de los 114 medidos) presentan un peso normal; mientras que el 53.5% (61 de los 114 medidos) tienen sobrepeso, 23.6% (27 personas) ya presentan el primer grado de obesidad; 5.26% (6 hombres) tienen obesidad tipo II y una persona obesidad grado III que solo representa el 0.87% de la población masculina medida. (Estos datos se presentan en la gráfica 1).

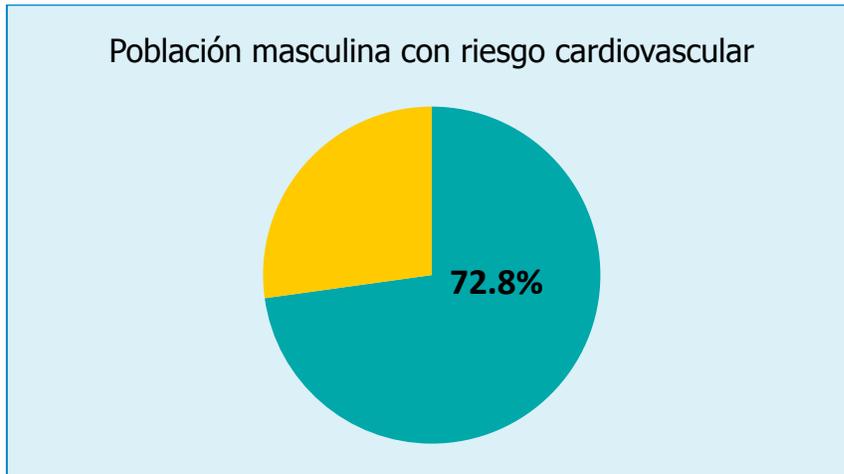
De acuerdo a los datos reportados de circunferencia de cintura y de cadera el promedio fue 96.39cm y 101.9cm respectivamente. En la siguiente gráfica (Gráf. 2) podemos ver que el 72.8% (83 hombres) presentan una circunferencia mayor a 90 cm, teniendo así un mayor riesgo cardiovascular; y que de estas 83 personas, 63 hombres fueron diagnosticados con obesidad tipo androide.

Gráfica 1. Distribución de hombres según IMC



Fuente: Base de datos de Mediciones Antropométricas y Bioquímicas, en Oficina Central, Chilpancingo, Año: 2013.

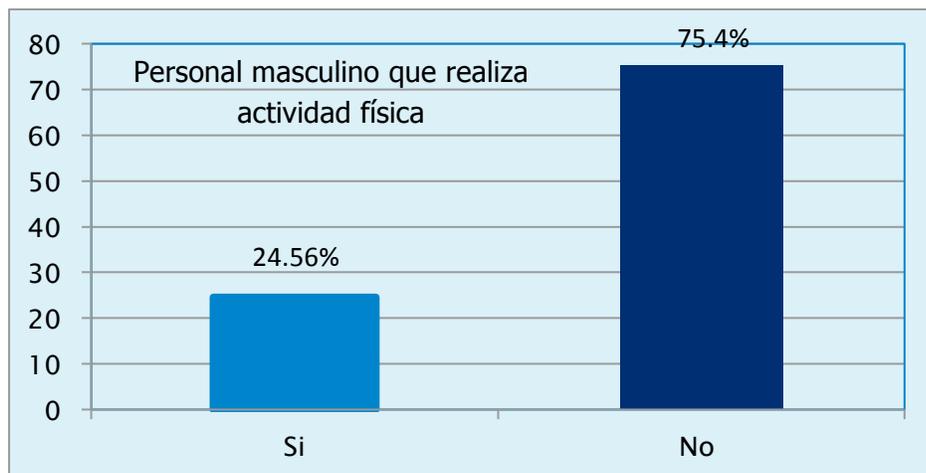
**Gráfica 2. Población masculina que presenta riesgo cardiovascular
(Circunferencia de cintura mayor a 90 cm)**



Fuente: Base de datos de Mediciones Antropométricas y Bioquímicas, en Oficina Central, Chilpancingo, Gro, 2013.

Durante las mediciones se les pregunto si realizaban actividad física y cuantos días a la semana, los resultados de los hombres que realizan actividad se muestran en la gráfica 3 y en ella se puede observar que sólo el 24.56% realizan actividad física (28 hombres de los 114 medidos).

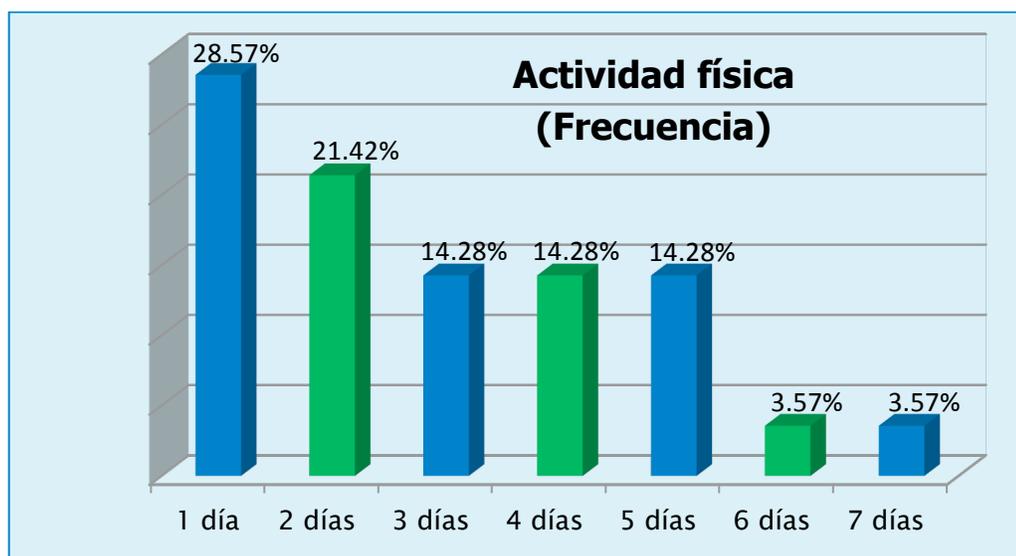
Gráfica 3. Actividad física



Fuente: Base de datos de Mediciones Antropométricas y Bioquímicas, en Oficina Central, Chilpancingo, Gro, 2013.

La frecuencia se muestra en la Gráfica 4 mostrando que realizar actividad física solamente una vez a la semana es lo más común en la mayoría de ellos, el 28.57% de la población masculina realiza dicha actividad solamente una vez a la semana. Esto no es significativo para mantener un buen estado de salud, solamente un hombre (que representa el 3.57% de la población total) realiza actividad física los 7 días a la semana.

Gráfica 4. Frecuencia de actividad física en los hombres trabajadores de la Secretaría de Salud (Oficinas centrales)

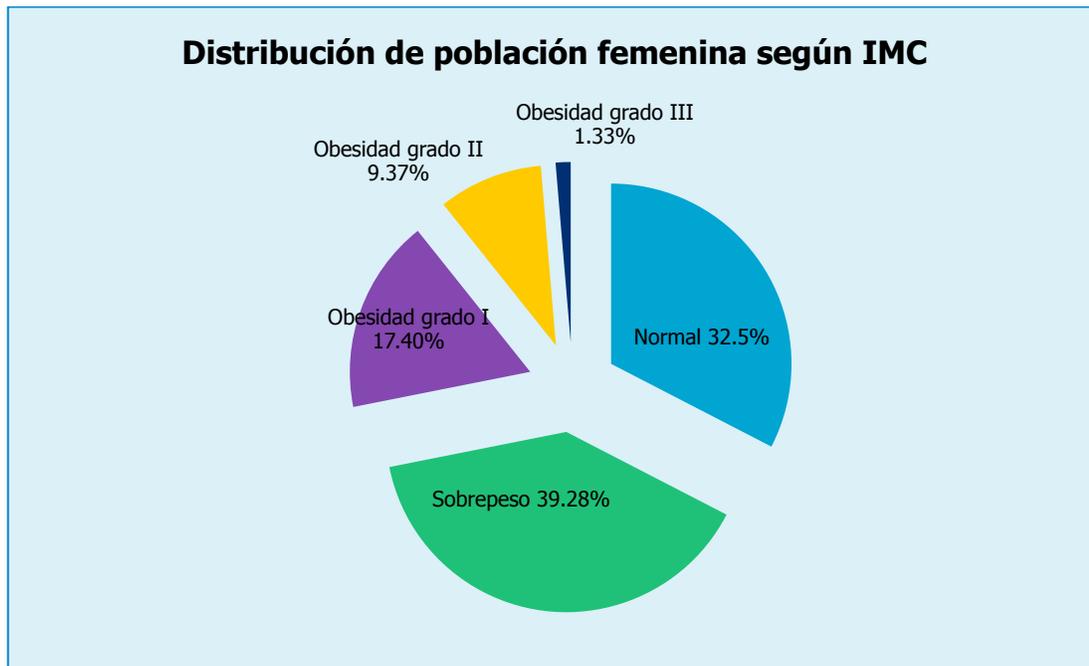


Fuente: Base de datos de Mediciones Antropométricas y Bioquímicas, en Oficina Central, Chilpancingo, Gro, 2013

Análisis del personal femenino

La edad promedio de la población femenina fue de 40.26 años; el peso y estatura fueron 66.98 kg y 1.55m respectivamente. Al analizar por índice de masa corporal, que es la relación del peso reportado entre la estatura al cuadrado, podemos ver en la gráfica 5 que el 32.5% % de los mujeres (73 de las 224 medidas) presentan un peso normal; mientras que el 39.28% (88 de las 224 medidas) tienen sobrepeso, 17.4% (39 personas) ya presentan el primer grado de obesidad; 9.37%% (21 mujeres) tienen obesidad tipo II y 3 personas obesidad grado III que representa el 1.33% de la población femenina medida. (Estos datos se presentan en la gráfica 5).

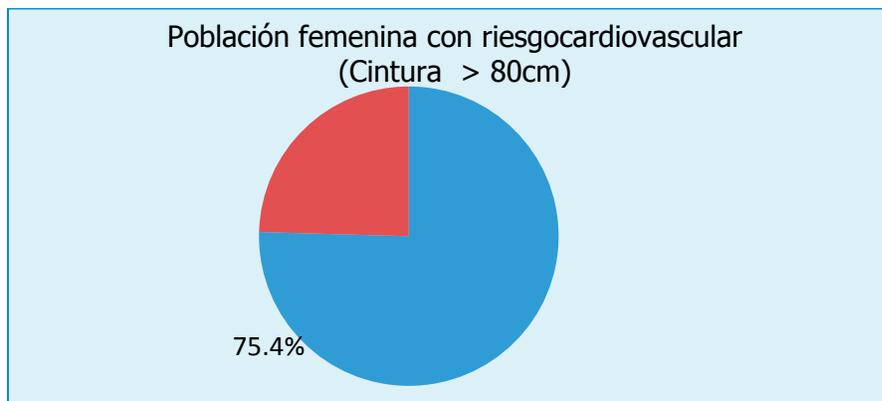
Gráfica5. Distribución de mujeres según IMC



Fuente: Base de datos de Mediciones Antropométricas y Bioquímicas, en Oficina Central, Chilpancingo, Gro, 2013

De acuerdo a los datos reportados de circunferencia de cintura y de cadera el promedio fue 88.62cm y 102.1cm respectivamente. En la siguiente gráfica (Graf. 6) podemos ver que el 75.4% (169 mujeres) presentan una circunferencia mayor a 80 cm, teniendo así un mayor riesgo cardiovascular;

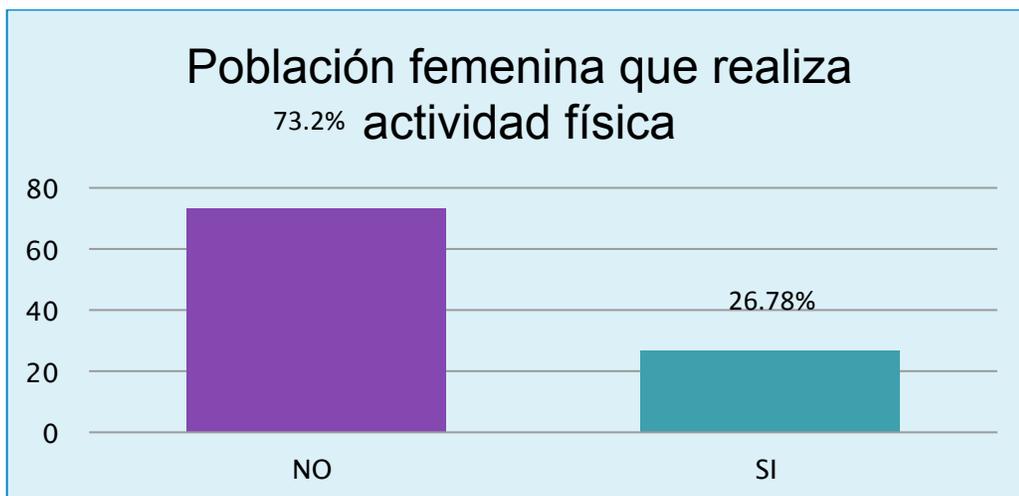
Gráfica 6. Población femenina que presenta riesgo cardiovascular (Circunferencia de cintura mayor a 80 cm)



Fuente: Base de datos de Mediciones Antropométricas y Bioquímicas, en Oficina Central, Chilpancingo, Gro, 2013.

Al analizar el índice cintura-cadera, los resultados muestran que el 81.6% de las mujeres presentan obesidad de tipo androide (138 mujeres) y solamente una mujer presento obesidad tipo ginecoide. Durante las mediciones se preguntó a todas las mujeres si realizaban actividad física y los días a la semana en que llevaban a cabo dicha actividad. En la gráfica 7 se muestra que solamente el 26.78% (60 mujeres) realizan actividad física.

Gráfica 7. Personal femenino que realiza actividad física



Fuente: Base de datos de Mediciones Antropométricas y Bioquímicas, en Oficina Central, Chilpancingo, Gro, 2013

El 40% de la población femenina realiza actividad física 3 días a la semana, la mayoría de ellas reportaba realizar esta actividad dentro del horario de trabajo, el 20% realiza actividad 2 días a la semana y solamente el 6.66% (4) mujeres) la practican todos los días.

Gráfica 8. Frecuencia de actividad física

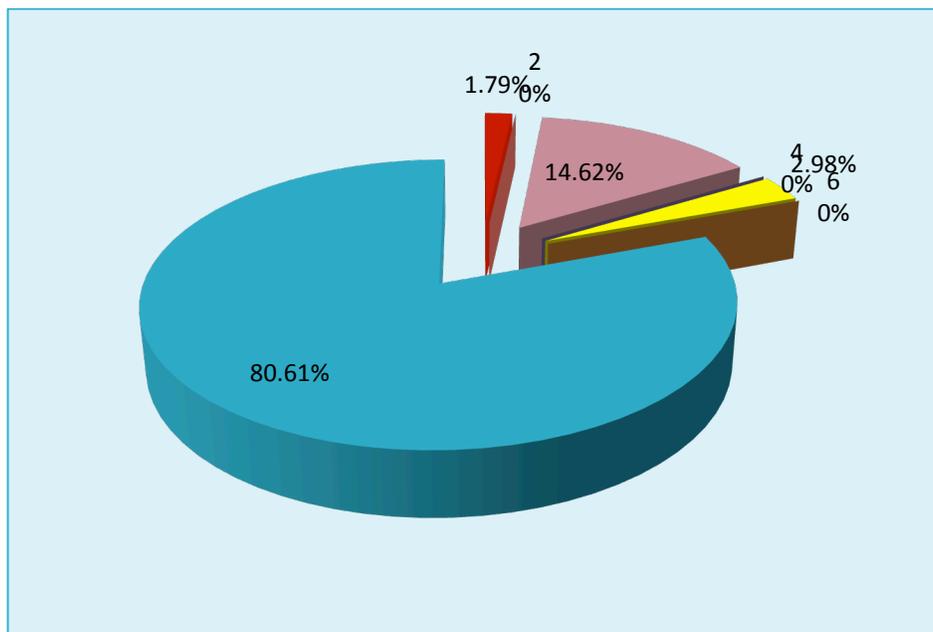


Fuente: Base de datos de Mediciones Antropométricas y Bioquímicas, en Oficina Central, Chilpancingo, Gro, 2013.

MEDICIONES DE GLUCOSA CAPILAR

Se encontró una glucosa capilar en ayunas en la población general con una mínima de 68 mg/dL y una máxima de 285mg/dL así como también una toma de glucemia casual con resultados de glucosa capilar mínima de 80mg/dL y máxima de 337mg/dL, dándonos como resultado los siguientes datos (grafica 9) encontrando a 6 personas (1.79%) con diagnostico confirmado de diabetes mellitus, 49 personas pre diabéticas (14.62%) y 10 personas (2.98%) con diagnostico por confirmar, observando la presencia de un 80.61% de la población sin alteraciones glicémicas hasta este momento.

Grafica 9. Personal con alteración en niveles de glucosa

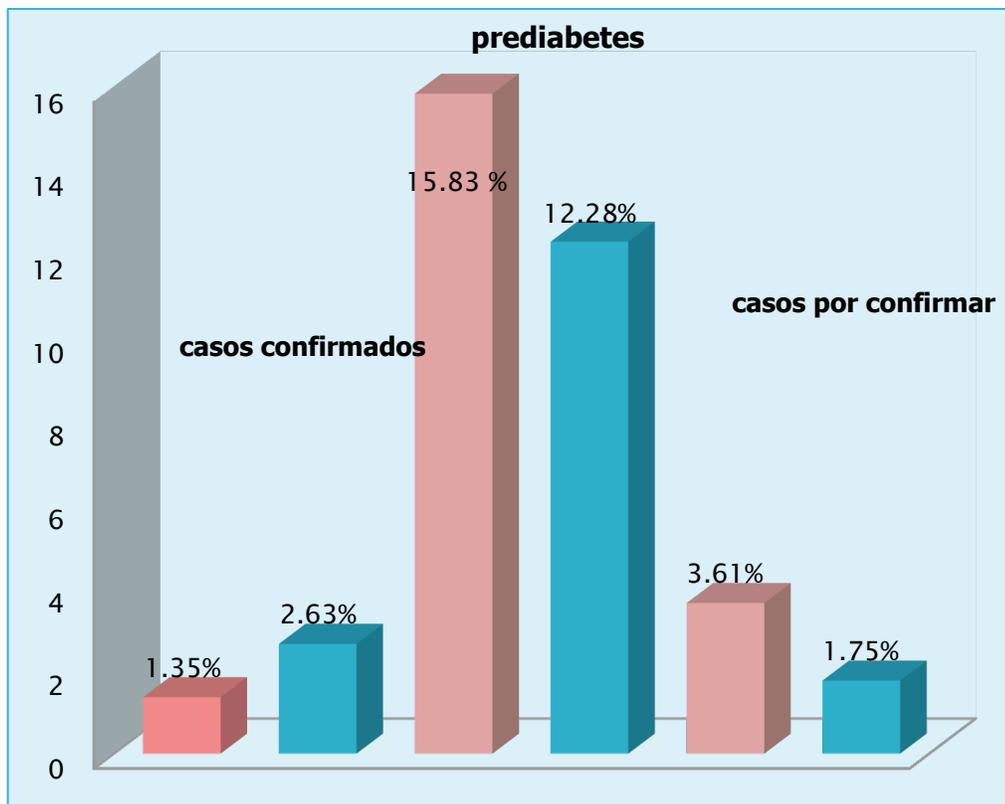


Fuente: Base de datos de Mediciones Antropométricas y Bioquímicas, en Oficina Central, Chilpancingo, Gro, 2013

En el análisis realizado en base a la toma de glucosa a nuestra población en estudio se observa la presencia de un riesgo cardiovascular en relación alteración de los niveles de glicemia encontrados durante las detecciones de un 19.39 % de la población participante

Al comparar por grupo de acuerdo al sexo de la población se encontró a 35 mujeres (15.83%) con prediabetes, 8 mujeres (3.61%) de casos por confirmar, 3 mujeres (1.35%) de casos confirmados. En el grupo masculino encontramos 14 hombres (12.28%) con prediabetes, 2 hombres (1.75%) de casos por confirmar y 3 hombres (2.63%) de casos confirmados (grafica 10).

Grafica 10: casos detectados de acuerdo a grupos por sexo

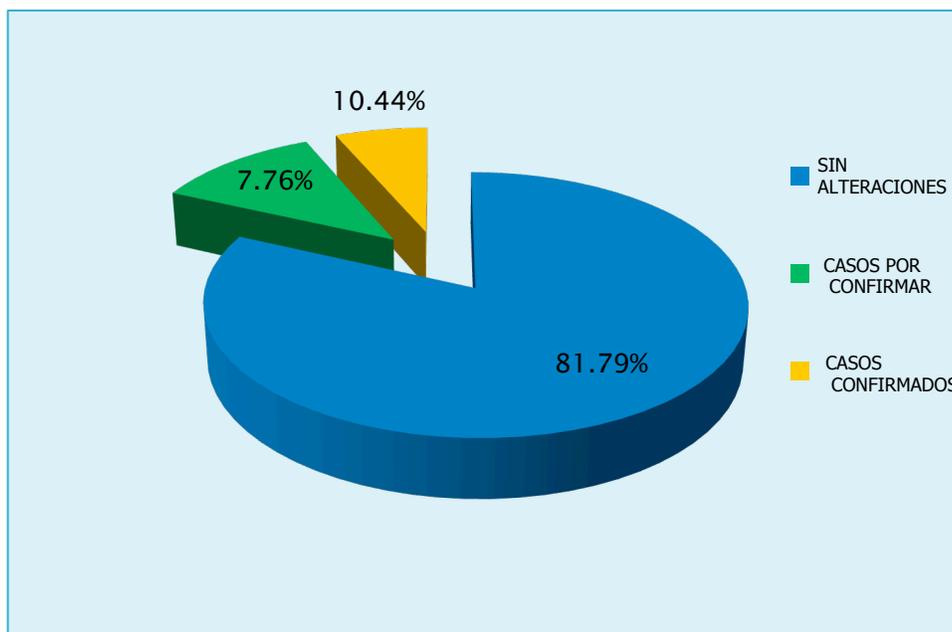


Fuente: Base de datos de Mediciones Antropométricas y Bioquímicas, en Oficina Central, Chilpancingo, Gro, 2013

Presión arterial.

Se realiza la toma de la presión arterial en los trabajadores de la secretaría de salud (en base a los parámetros NOM-030), se encontraron los siguientes datos (grafica 11) de acuerdo a nuestra población, se detectaron a 61 personas (18.20%) con alteraciones en las cifras de presión arterial, dentro de los que se engloban los casos por confirmar (7.76%), y los casos diagnosticados que se encuentran con algún tratamiento antihipertensivo (10.44%), mientras que el 81.79% de la población estudiada no presenta alteraciones en la cifras de presión arterial.

Gráfica 11.- Personal con alteraciones de la presión arterial.



Fuente: Base de datos de Mediciones Antropométricas y Bioquímicas, en Oficina Central, Chilpancingo, Gro, 2013

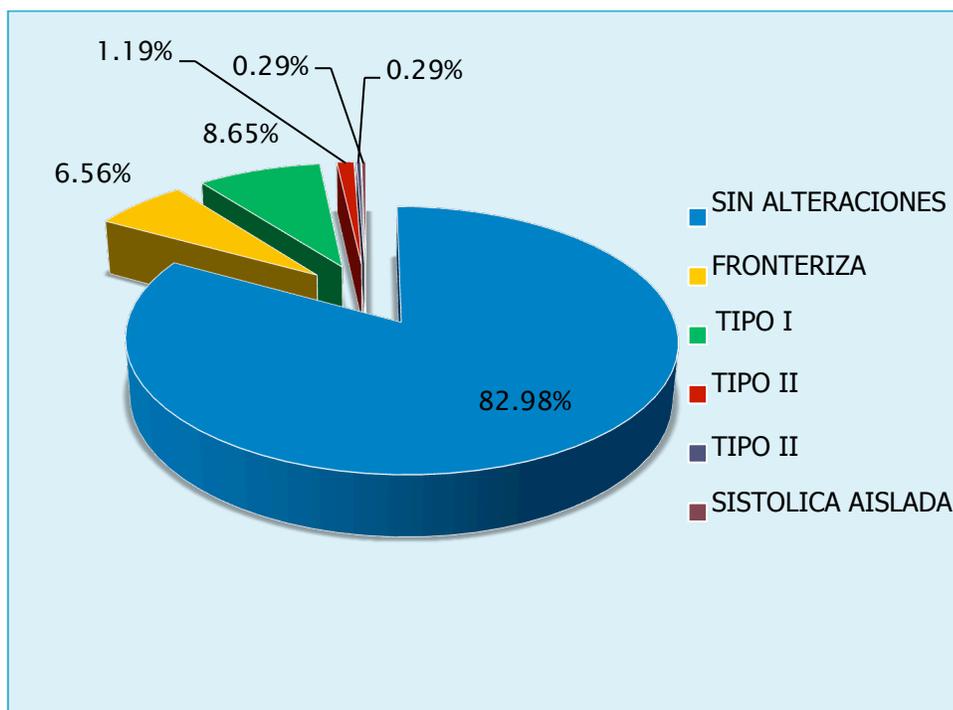
Del grupo en riesgo de hombres y mujeres con alteración en las cifras tensionales se clasificaron en base a la siguiente tabla:

Categoría	Sistólica mmHg.	Diastólica mmHg.
Óptima	< 120	< 80
Presión arterial normal	120 a 129	80 a 84
Presión arterial fronteriza*	130 a 139	85 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	< 90

Fuente: www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2011/hs111a.pdf

Encontrando los siguientes datos: dentro de nuestra población, 22 personas con cifras de presión arterial fronteriza, 29 personas con hipertensión tipo I, 4 personas con hipertensión tipo II, 1 persona con hipertensión tipo III, y una persona con hipertensión sistólica aislada las cuales se esquematizan de acuerdo a porcentaje en la siguiente grafica (grafica 12).

Grafica 12 Esquematización de personal con alteraciones en cifras de presión arterial.



Fuente: Base de datos de Mediciones Antropométricas y Bioquímicas, en Oficina Central, Chilpancingo, Gro, 2013

Se observa en el análisis realizado a la población de trabajadores de la secretaria de salud la presencia de cifras alteradas de la presión arterial, lo cual se refleja con un aumento en el riesgo cardiovascular de los pacientes en el 8.05% en hombres y 8.95% en mujeres, los cuales se encuentran incluidos en la gráfica 12 de acuerdo a las cifras que presentaron.

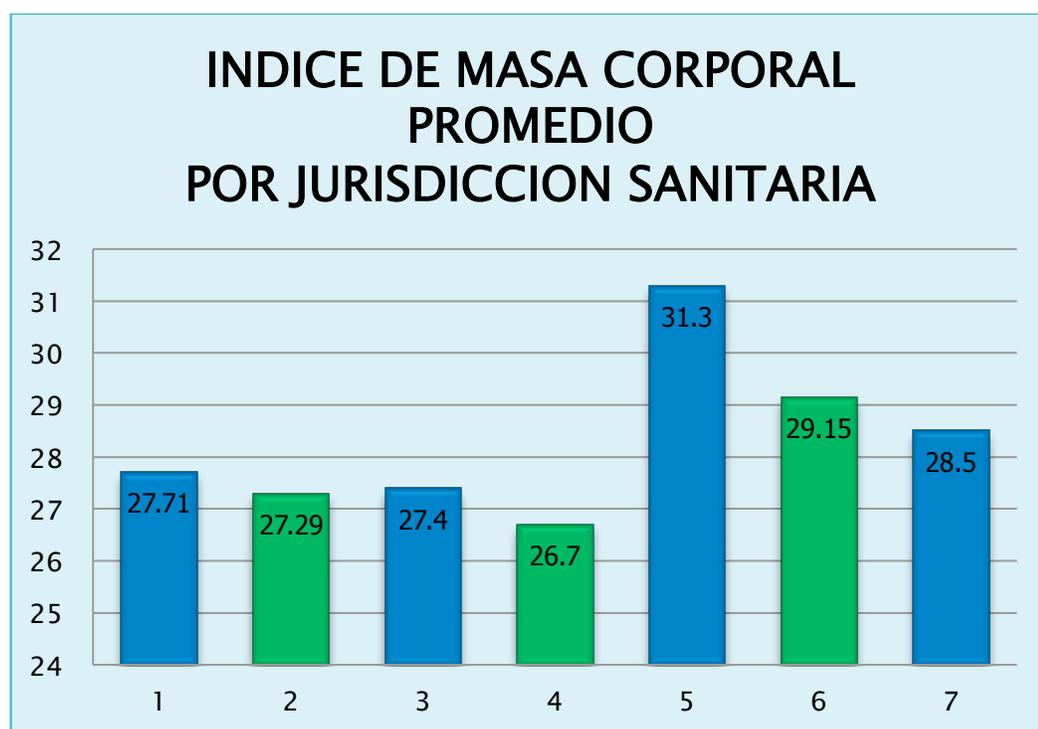
Con los datos anteriores, que son considerados los basales, se empezaran a formar los Grupos para realización de actividad física, tomando en cuenta, la edad, patologías presentes, así como las que pudieran irse agregando.

La prescripción del Ejercicio será de manera individualizada, coordinada por el Medico del Deporte, contemplando mediciones antropométricas y bioquímicas cada 4 meses.

Diagnóstico por Jurisdicción Sanitaria del Estado de Guerrero (Entorno Laboral)

En la gráfica 13 se muestran los resultados de las mediciones realizadas en los entornos laborales de las 7 Jurisdicciones sanitarias, en esta gráfica se reporta el índice de masa corporal promedio de mujeres, mostrando que la Jurisdicción sanitaria 05 (Costa grande) tiene la prevalencia más alta de peso excesivo en mujeres, prevalencia que coincide con encuestas previas, reportando a esta región del estado con la prevalencia más alta de sobrepeso y obesidad. Los rangos de peso entre las mujeres fueron muy grandes y es por eso que la media en algunos casos nos muestra una tendencia a obesidad aun cuando la mayoría presente solamente sobrepeso.

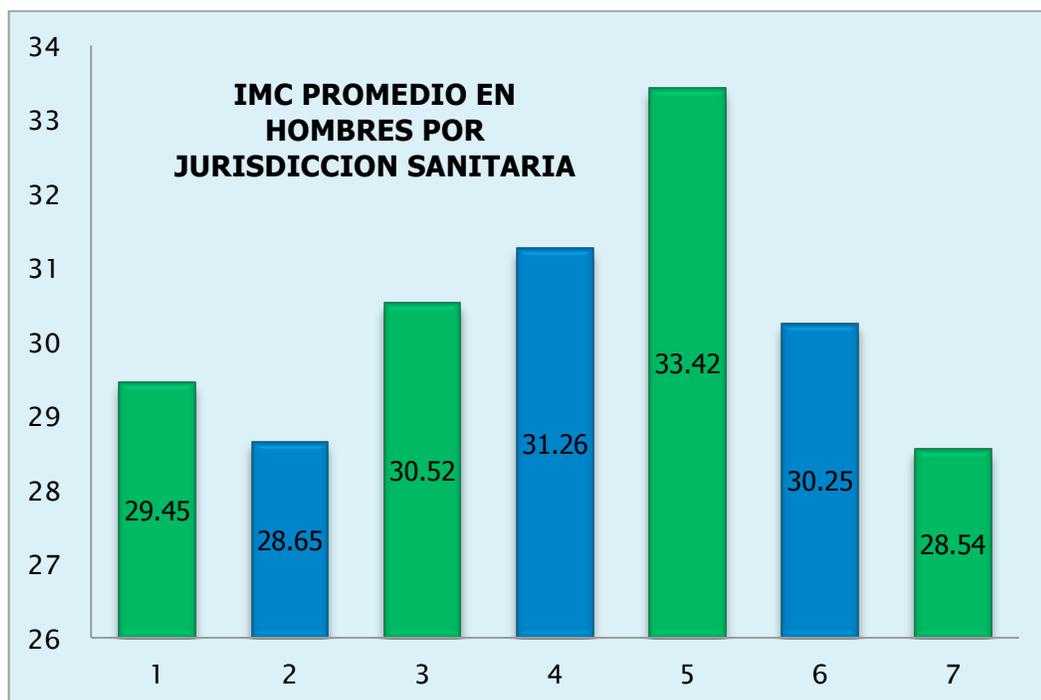
Gráfica 13. IMC de mujeres evaluadas por jurisdicción sanitaria



Fuente: Base de datos de las mediciones antropométricas realizadas en las 7 Jurisdicciones Sanitarias, Guerrero, 2013.

En la siguiente gráfica se reportan el índice de masa corporal promedio de los hombres trabajadores en las 7 Jurisdicciones sanitarias, mostrando que la Jurisdicción sanitaria 05 (Costa grande) tiene la prevalencia más alta de peso excesivo en hombres, prevalencia que coincide con encuestas previas y al comparar los datos de ambos sexos, podemos observar que los hombres tienen una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Gráfica 14. IMC de hombres evaluados por Jurisdicción Sanitaria



Fuente: Base de datos de las mediciones antropométricas realizadas en las 7 Jurisdicciones Sanitarias, Guerrero, 2013.

Estrategia Estatal contra Sobrepeso y Obesidad

En base a la problemática de salud pública, que representa el sobrepeso y obesidad, y la relación que existe con el desarrollo de las enfermedades Cronicodegenerativas como la diabetes, la Secretaría de Salud del Estado en coordinación con el DIF Estatal, inicia el 3 de Septiembre del 2013, con la "Estrategia Estatal contra el Sobrepeso y Obesidad, perdiendo peso....ganando salud", con la participación del IMSS e ISSSTE.

En la cual se contemplan los siguientes objetivos:

Objetivos Específicos:

- Implementar un sistema integral para el manejo de datos de sobrepeso y obesidad (SIOB), estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad por grupo de edad y sexo.
- Seguimiento de manera oportuna a las personas con factores de riesgo, así como las que ya padecen alguna enfermedad cronicodegenerativa como la Diabetes Mellitus.
- Fortalecer la formación de Grupos de Ayuda Mutua, en las Unidades de 1er Nivel de Atención.
- Crear campañas, donde se fomenten los estilos de vida saludables, dirigida a la población en General.

Sistema Integral de Obesidad (SIOB):

Universo:

Personas que soliciten o se les brinde atención en las unidades de salud, del Estado de Guerrero.

Instrumentos de recolección:

Entrevista al paciente en la consulta externa, realizada por el médico general y/o campañas de detección.

Tabulación y análisis de Datos:

1ª Fase; se estimaran medidas de tendencias centrales como: media, mediana y moda por grupos de edad y sexo, las cuales serán representadas en tablas y gráficos de barras, pastel e histogramas, donde se representaran proporciones, incidencias y prevalencias.

2ª Fase; Se estimaran medidas de asociación y de dispersión donde se identificaran factores asociados y serán representados en gráficos de cajas, bigotes e histogramas.

Los datos se concentraran primeramente en Excel y posteriormente serán analizados en el paquete estadístico SPSS v.18.

Las variables utilizadas en el Sistema Integral de Obesidad (SIOB), son las siguientes:

- Sexo
- Edad
- Estatura
- Peso
- Cintura
- Índice de masa corporal (IMC)
- Bioquímicas (Glicemia Capilar)
- Presión arterial

Actualmente la Estrategia Estatal contra el Sobrepeso y Obesidad, se encuentra en la 1era fase de implementación.

Para el fortalecimiento de la Estrategia Estatal contra el Sobrepeso y Obesidad, el Gobierno del Estado de Guerrero, aporto recurso económico para la contratación de personal médico y paramédico, con el objetivo de fortalecer las actividades en las Unidades de Primer Nivel de Atención. Como parte de las Estrategias implementadas, se formó 1 Equipo Líder Estatal integrado por las siguientes Áreas: Departamento de Enfermedades Cronicodegenerativas, Primer Nivel de Atención, Regulación Sanitaria, Promoción a la Salud, CESIA, Desarrollo Humano Oportunidades y Seguro Popular.

A su vez existen 7 Equipos Lideres en cada Jurisdicción Sanitaria del Estado, quienes una vez capacitados, se encargaran de supervisar por rutas, derivado de lo anterior el Sistema de Protección Social en Salud, otorgo 8 Unidades móviles, que serán utilizadas para el transporte de los Equipos Lideres y con ello favorecer las actividades programadas.

Dentro del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, hubo una aportación federal al Estado de recurso económico, que fue dirigido para realizar capacitaciones regionalizadas sobre la Estrategia Estatal contra Sobrepeso y Obesidad, Promoción que consta de la dotación de 200 kit antropométricos que serán utilizados para las labores de campo, así como difusión sobre estilos de vida saludables, dirigidos a la población en General.

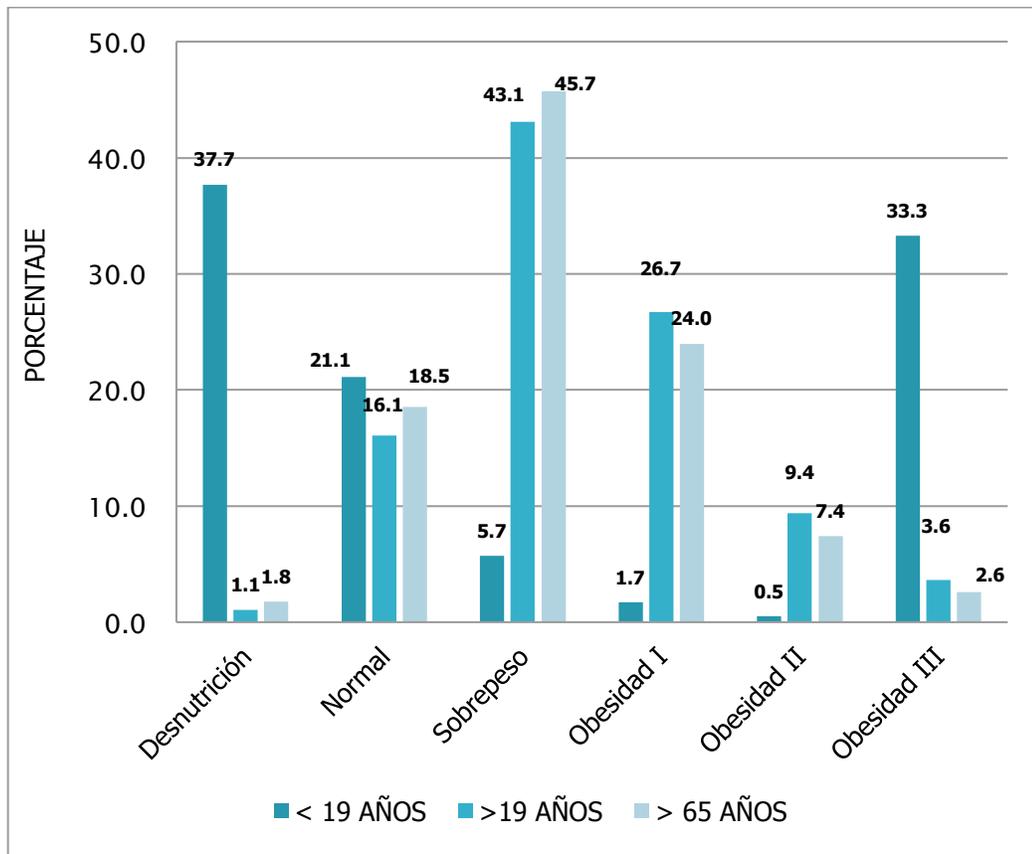
Durante los primeros tres meses del 2014, se tienen capacitadas 6 Jurisdicciones Sanitarias, en dos de ellas ya se realizaron supervisiones de seguimiento de acuerdo a la minuta de acuerdos y compromisos, generada en cada capacitación.

Se realizó la contratación de un software, que permitirá la captura de los datos antropométricos de manera más rápida y contar con el respaldo de los mismos. Dicha plataforma se continuara perfeccionando y adaptando de acuerdo a las necesidades encontradas durante el desarrollo de la Estrategia.

Resultados de la Estrategia contra Sobrepeso y Obesidad

(Corte al 18/Dic/2013)

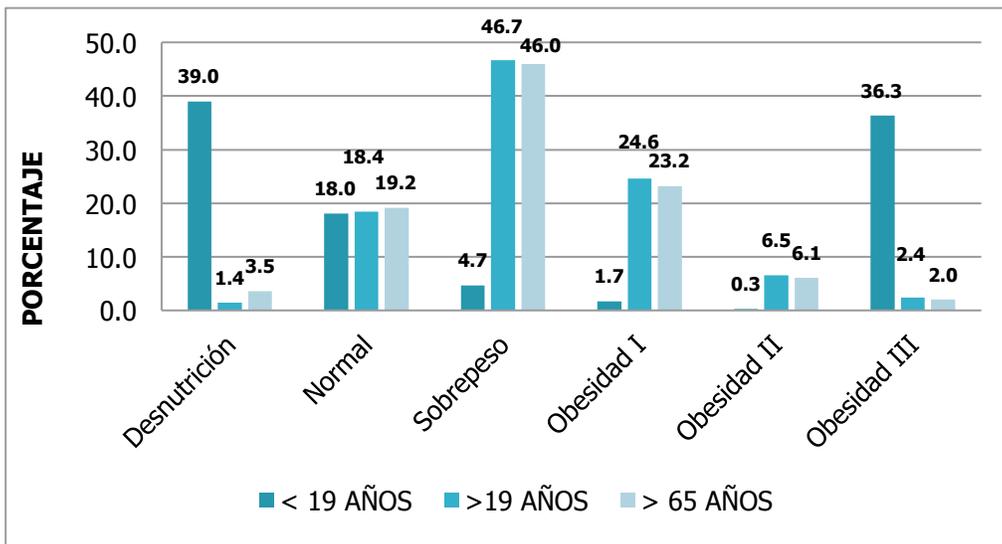
Estado de Nutrición por Grupo de Edad



Fuente: Sistema Integral de Obesidad (SIOB) corte 18 de diciembre 2013

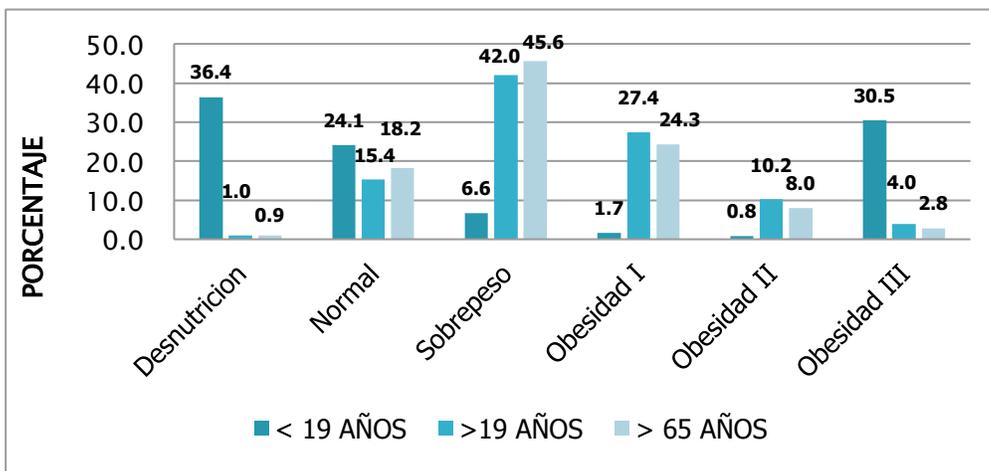
Interpretación: La desnutrición y la obesidad grado III, se presenta en mayor proporción en menores de 19 años con un comportamiento similar, mientras que el sobrepeso sobresale en los mayores de 19 años.

Estado de Nutrición en hombres por Grupo de edad



Fuente: Sistema Integral de Obesidad (SIOB) corte 18 de diciembre 2013

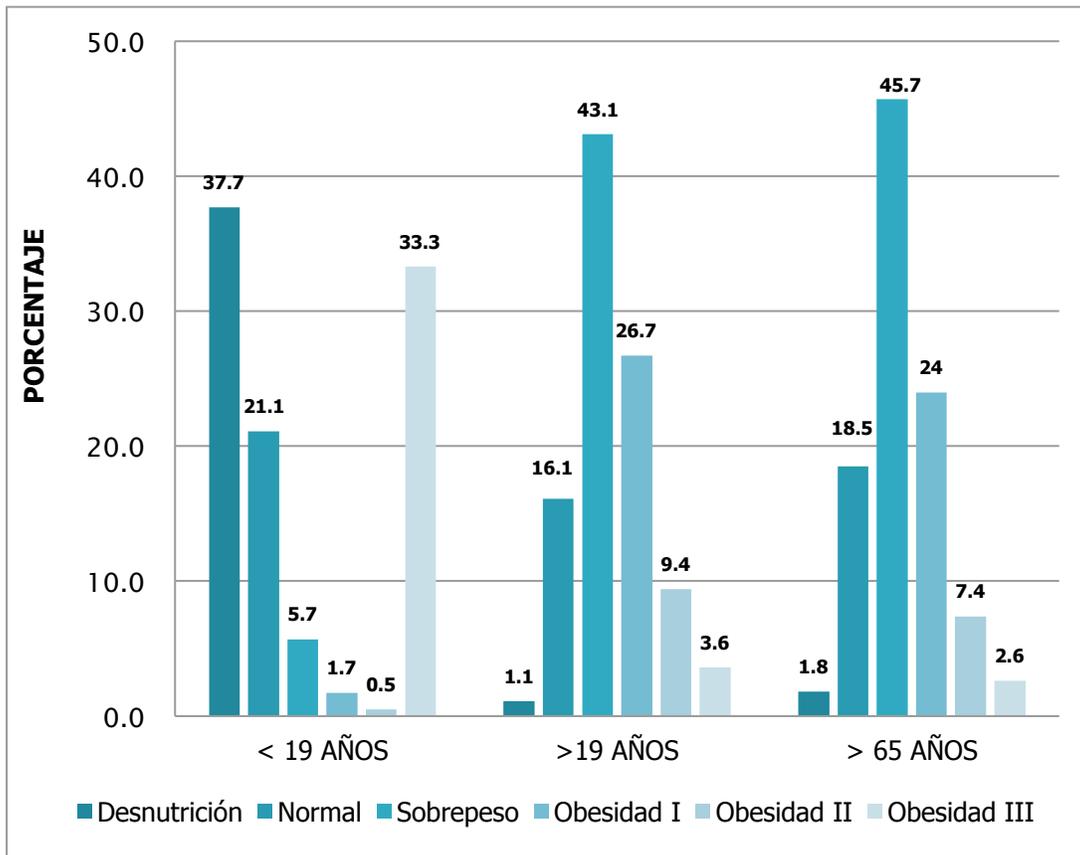
Estado de nutrición en mujeres por grupo de edad



Fuente: Sistema Integral de Obesidad (SIOB) corte 18 de diciembre 2013

Interpretación: En ambos sexos el sobrepeso se presenta principalmente en mayores de 19 años, no así la desnutrición y obesidad grado III que se presenta principalmente en menores de 19 años.

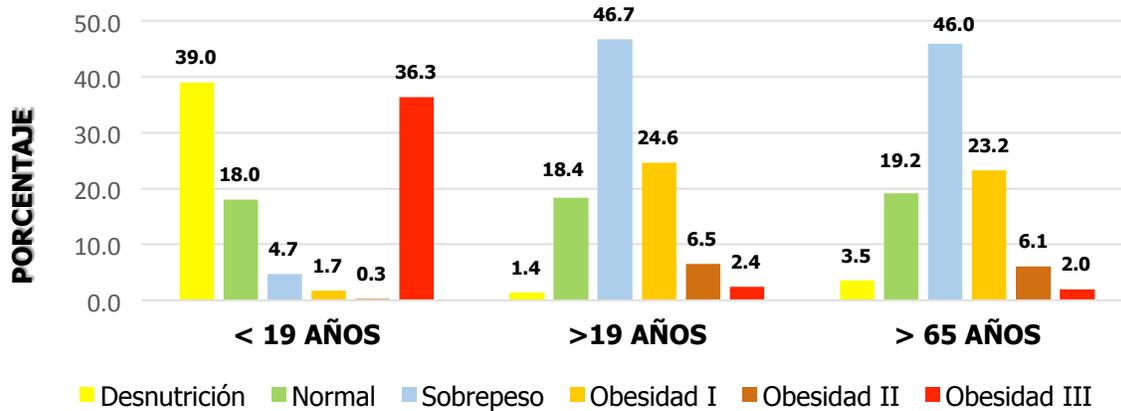
Estado de nutrición por grupo de edad



Fuente: Sistema Integral de Obesidad (SIOB) corte 18 de diciembre 2013

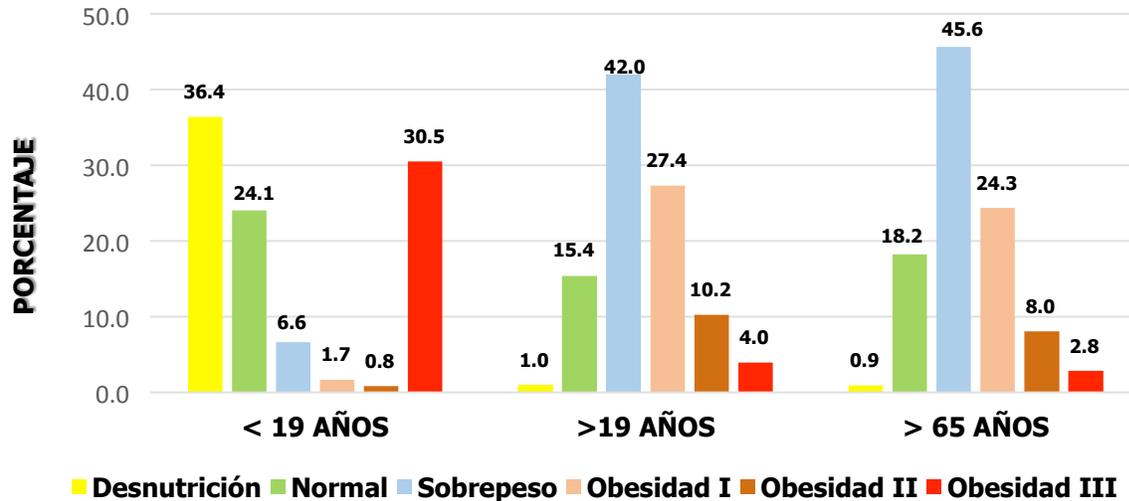
Interpretación: Sobresale el sobrepeso y obesidad grado I en mayores de 19 años y la Obesidad grado III en menores de 19 años.

Estado de nutrición en hombres por Grupo de Edad



Fuente: Sistema Integral de Obesidad (SIOB) corte 18 de diciembre 2013

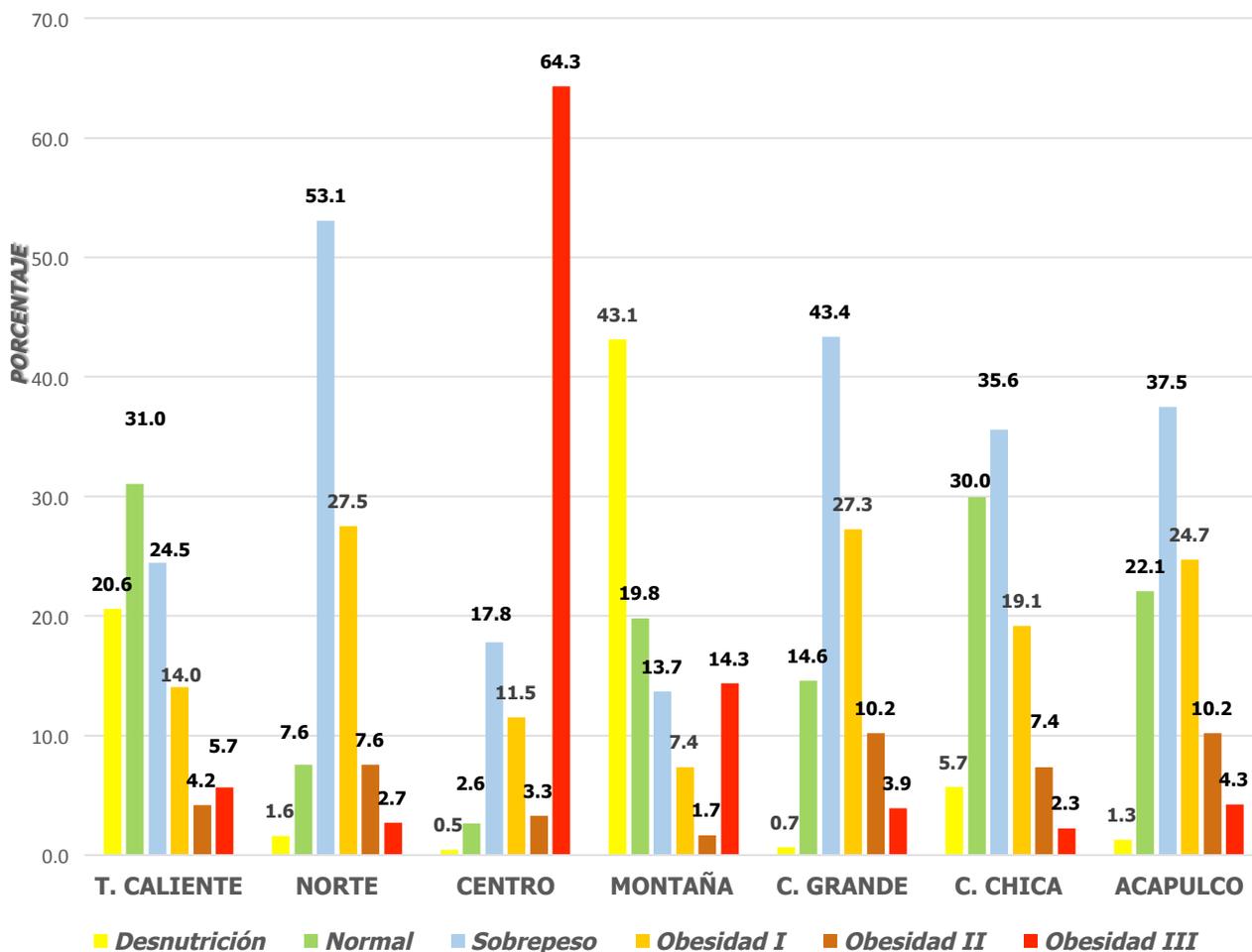
Estado de nutrición en mujeres por grupo de edad



Fuente: Sistema Integral de Obesidad (SIOB) corte 18 de diciembre 2013

Interpretación: Por género ambos grupos mayores de 19 años presentan mayor Índice de sobrepeso, los menores de 19 años desnutrición y obesidad grado III. La obesidad grado II y grado III se presenta en mínima proporción tanto en hombres como en mujeres.

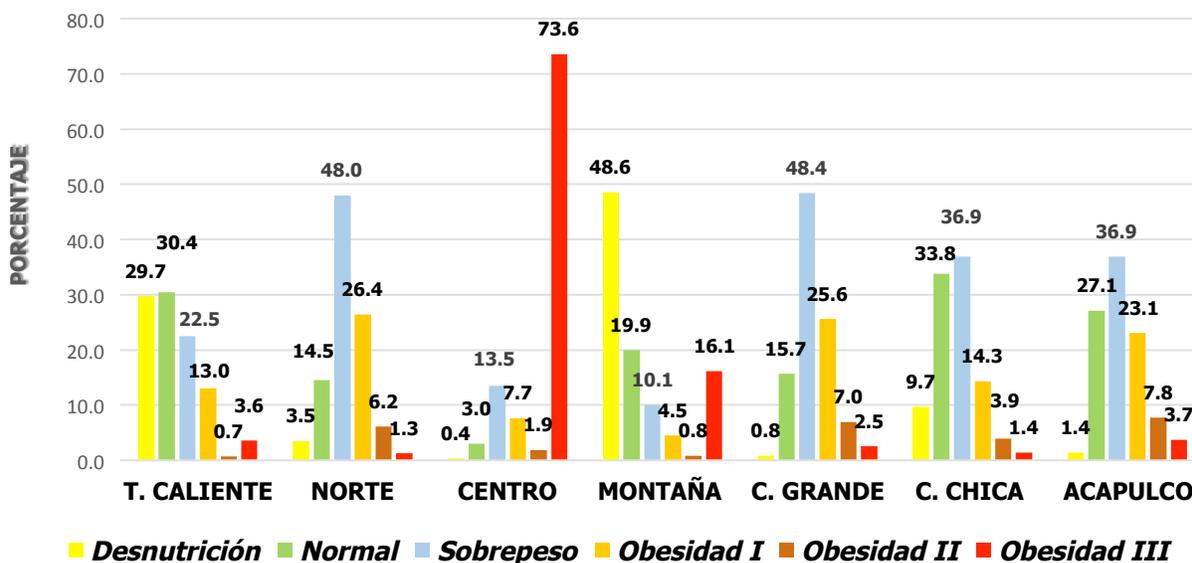
Estado de nutrición por Jurisdicción Sanitaria.



Fuente: Sistema Integral de Obesidad (SIOB) corte 18 de diciembre 2013

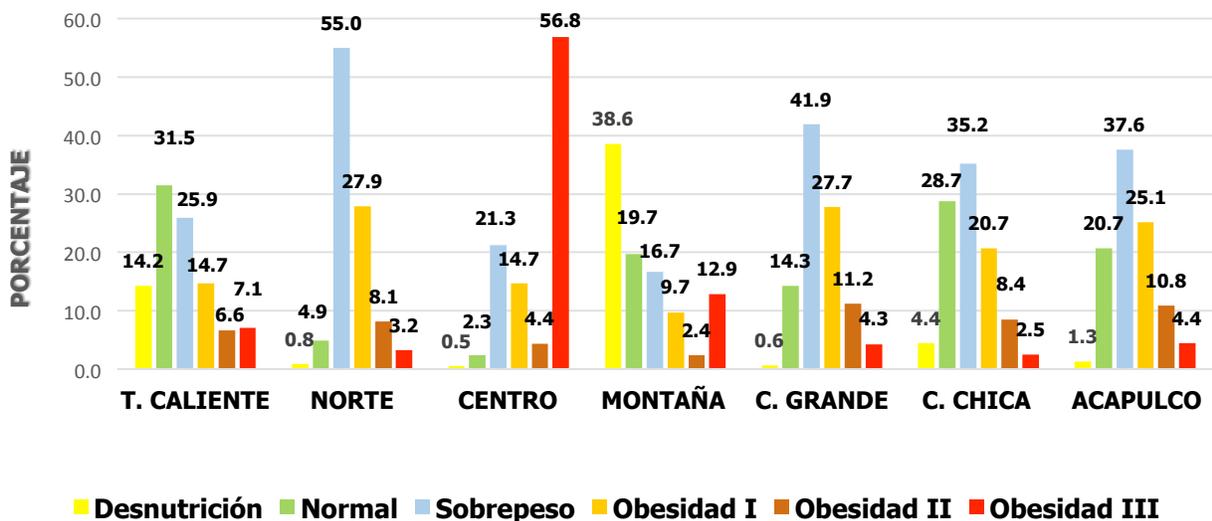
Interpretación: Sobresale en gran proporción la Obesidad grado III en la región Centro seguida por la montaña, el Sobrepeso se presenta principalmente en la región Norte, Costa grande, Acapulco y Costa chica. Como es sabido la desnutrición, se presenta principalmente en la montaña, mientras que la obesidad grado I tiene un comportamiento similar en la Norte, Costa grande y Acapulco. Se sugiere poner énfasis en dirigir estrategias en estas regiones.

Estado de nutrición en hombres por Jurisdicción Sanitaria.



Fuente: Sistema Integral de Obesidad (SIOB) corte 18 de diciembre 2013

Estado de nutrición en mujeres por Jurisdicción Sanitaria.



Fuente: Sistema Integral de Obesidad (SIOB) corte 18 de diciembre 2013

Interpretación: Los hombres son los que presentan mayor índice de obesidad grado III y desnutrición, mientras que las mujeres obesidad grado I y grado II.

Se sugiere poner énfasis en las regiones Norte, Costa grande y Acapulco donde hay mayor índice de sobrepeso y obesidad, para evitar daños por complicaciones metabólicas y cardiovasculares.

Marco Jurídico

La Estrategia Estatal 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:

Ley Núm. 159, Ley de salud del Estado de Guerrero

Artículo 107.- El Gobierno del Estado formulará, desarrollara y vigilará los programas de nutrición que se implementen, promoviendo la participación en los mismos de las unidades regionales y municipales del sector salud, así como las dependencia al área educativa para evitar la mala nutrición, el sobrepeso y la obesidad en las personas, en especial de la población escolar. (Reformado, P.O. 28 de Octubre del 2005).

Artículo 108.- En los programas a que se refiere el artículo anterior, se incorporarán acciones que promuevan el consumo de alimentos de alto contenido nutricional, de producción regional y procurarán, al efecto, la participación de las organizaciones campesinas, ganaderas, cooperativas y otras organizaciones sociales cuyas actividades se relacionen con la producción de alimentos. (Reformado, P.O. 28 de Octubre de 2005)

Se impulsaran campañas estatales de orientación alimentaria, a través de los diferentes medios de comunicación, en las que se señale claramente que alimentos presentan un alto contenido de grasas, sal o azúcares, por lo que su consumo permanente es nocivo para la salud (Adicionado segundo párrafo, P.O.27 de Octubre de 2009).

Capitulo IV.- De la prevención y atención integral de la Obesidad y los trastornos alimenticios del Estado de Guerrero.

(Adicionado capitulo IV, recorriéndose los actuales IV y V, para ser V y VI, P.O 06 de Marzo del 2012)

Artículo 108 Ter.- El gobierno del Estado, a través de la Secretaría de Salud propiciará, coordinará y supervisara la participación de los sectores público, privado y social en el diseño, ejecución y evaluación del Programa para la Prevención y combate de la Obesidad, Sobrepeso y Trastornos Alimenticios del Estado de Guerrero.

Artículo 108 Quater.- Se crea el Consejo para la prevención y la Atención Integral de la Obesidad y los Trastornos Alimenticios del Estado de Guerrero como Instancia colegiada, para el diseño, consulta, evaluación y coordinación de las Estrategias y programas en materia de prevención y atención integral de sobrepeso, obesidad y trastornos alimenticios en la población del Estado de Guerrero.¹⁷

¹⁷ <http://i.guerrero.gob.mx/uploads/2012/09/LEY-DE-SALUD-DEL-ESTADO-159.pdf>, Pág.: 43-44

El consejo deberá estar conformado por:

- I. La persona titular de la Secretaría de Salud, como Presidente;
- II. La presidenta del DIF- Guerrero, como Vicepresidenta;
- III. La persona titular de la Secretaría de Educación Guerrero;
- IV. La persona del Programa para la prevención y combate de la obesidad, sobrepeso y trastornos alimenticios del Estado de Guerrero, como Secretario Técnico.
- V. La presidencia de la Comisión de Salud del Congreso del Estado; y
- VI. Tres representantes del sector social, tres del sector privado, del Estado de Guerrero.

Artículo 108 Quintus.- La prevención y atención del sobrepeso, la obesidad y los trastornos alimenticios son un problema de salud pública, y deben ser prioridad en las acciones emprendidas por el Gobierno del Estado.

Las dependencias y entidades que integran la administración pública del Estado de Guerrero, los organismos públicos autónomos, las dependencias y entidades de la administración pública Municipal, en el ámbito de sus respectivas competencias, instrumentarán las políticas de prevención y atención integral de combate al sobrepeso, la obesidad y trastornos alimenticios, que para tal efecto diseñe el consejo.

A.- Las instituciones gubernamentales del Estado y de los Municipios, deberán implementar rutinas diarias de actividad física dentro de sus horarios laborales, para modificar y erradicar hábitos de sedentarismo, brindando atención médica a los trabajadores. Asimismo, promoverán espacios deportivos y de recreación para que el personal pueda acceder de manera gratuita.¹⁸

En estas acciones deberán coordinarse con la Secretaría de Salud.

B.- Las dependencias y entidades que integran la Administración Pública del Estado de Guerrero, de los municipios y los organismos públicos autónomos en sus anteproyectos de presupuestos de egresos, contendrán la previsión de gasto para el desarrollo de las acciones de prevención y atención del sobrepeso, la obesidad y trastornos alimenticios de su personal laboral, de conformidad con la presente Ley.¹⁹

¹⁸ <http://i.guerrero.gob.mx/uploads/2012/09/LEY-DE-SALUD-DEL-ESTADO-159.pdf>, Pág.: 45

¹⁹ <http://i.guerrero.gob.mx/uploads/2012/09/LEY-DE-SALUD-DEL-ESTADO-159.pdf>, Pág.: 46

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:

- I. Establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición;*
- II. 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.*
- III. 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;*

IV. Normar el valor nutritivo y características de la alimentación en establecimientos de servicios colectivos y en alimentos y bebidas no alcohólicas.

V. 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;

VI. 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;

VII. 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.

VIII. 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:

I. 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.

VI. 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;

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

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

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

XII. 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 provisiones 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 provisiones 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 provisiones 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 Estatal 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;

III. 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;

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

V. 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

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

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

VIII. 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

IX. 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

X. La protección de los derechos de la infancia, adultos mayores, personas con discapacidad e indígenas.

Ley Federal de Radio y Televisión

Toda vez que la Estrategia Estatal 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:

I. Deberá mantener un prudente equilibrio entre el anuncio comercial y el conjunto de la programación;

II. No hará publicidad a centros de vicio de cualquier naturaleza;

III. 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.

IV. 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 General de Educación

La Estrategia Estatal 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:

I. Que los haya convenido expresamente con la Secretaría;

II. 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;

III. 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;

IV. 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:

a) En anuncios en medios impresos deberán tener una presencia equivalente en ubicación y visibilidad y

b) 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 establecerlos criterios sanitarios para regular el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

Dicho ordenamiento normativo establece:

- I. Que todo paciente con sobrepeso u obesidad requerirá de un tratamiento integral;*
- II. Los principios a los que se deberán sujetar todos los tratamientos a que se someta el paciente;*
- III. Las características que deberá tener el personal profesional que intervenga en el tratamiento integral del paciente;*
- IV. Los principios a los que se deberá sujetar el tratamiento farmacológico;*
- V. Las técnicas quirúrgicas reconocidas y utilizadas en todo el mundo por ser seguras, confiables y reproducibles*
- VI. Los principios aplicables a ambos tratamientos; y*
- VII. 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:

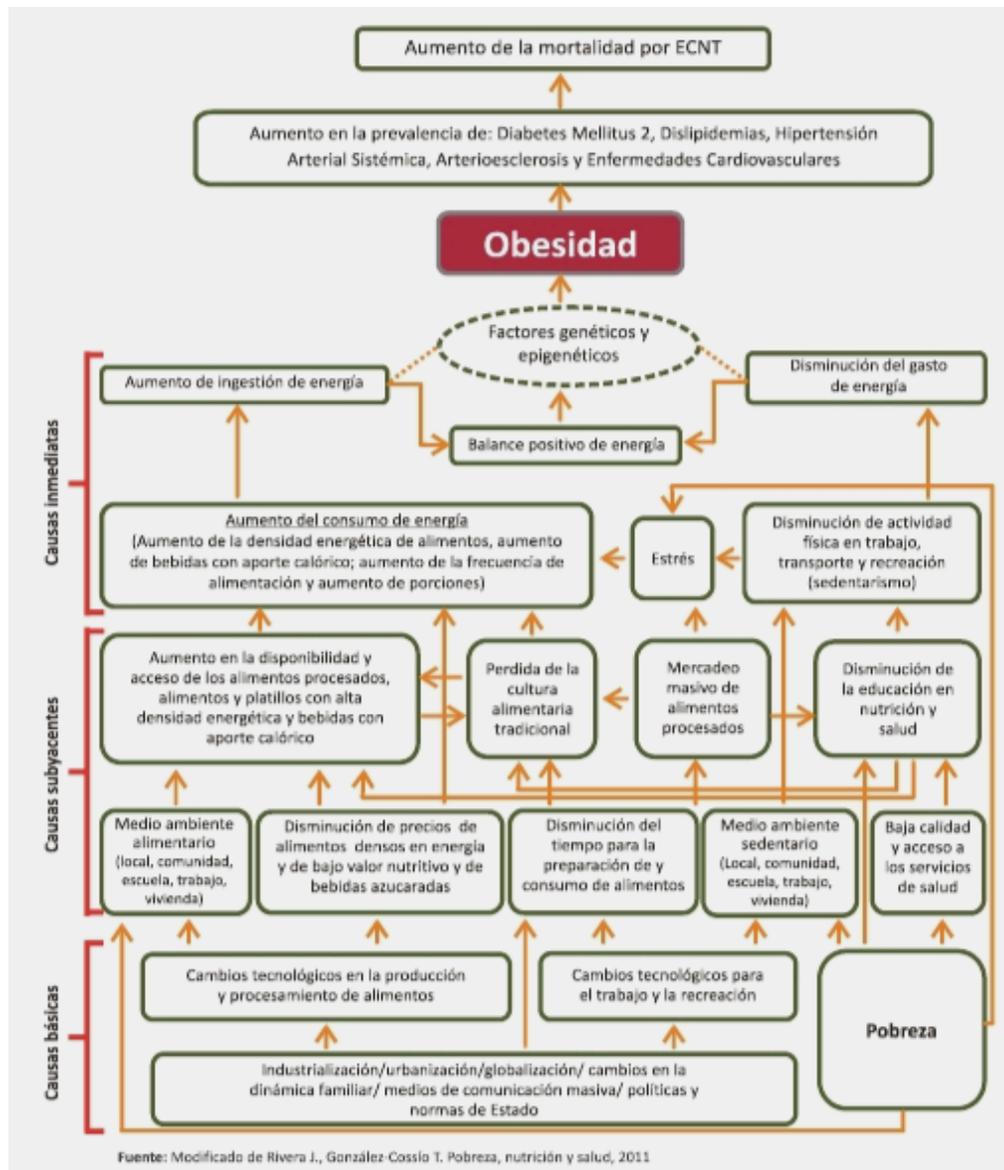
- Reglamento de la Ley Federal de Protección al Consumidor.
- Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-028-SCFI-2000. *Prácticas Comerciales Elementales de Información en las Promociones Coleccionables y/o por medio de Sorteos y Concursos.*
- Norma Oficial Mexicana, NOM-093-SSA1-1994. *Bienes y Servicios. Prácticas de Higiene y Sanidad en la Preparación de Alimentos que se ofrecen en Establecimientos Fijos.*
- Norma Oficial Mexicana, NOM-086-SSA1-1994. *Bienes y Servicios. Alimentos y Bebidas No Alcohólicas con Modificaciones en su Composición.*
- Norma Oficial Mexicana, NOM-051-SCFI-1994. *Especificaciones Generales de Etiquetado para Alimentos y Bebidas Pre envasados.*
- Norma Oficial Mexicana, NOM-169-SSA1-1998. *Para la Asistencia Social Alimentaria a Grupos de Riesgo.*
- Norma Oficial Mexicana, NOM-009-SSA2-1993. *Para el fomento de la salud escolar.*
- Norma Oficial Mexicana, NOM-017-SSA2-1994. *Para la vigilancia epidemiológica*
- Norma Oficial Mexicana, NOM-031-SSA2-1999. *Para la atención a la salud del niño.*
- Norma Oficial Mexicana, NOM-043-SSA2-2012. *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.*

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 Estatal 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, que modifican los requerimientos de energía y algunos procesos metabólicos relacionados con la acumulación. En el mismo marco se presenta al balance positivo de energía como la causa más inmediata de la obesidad, pero reconoce el papel de los factores ambientales que operan en los ámbitos individual, familiar, comunitario, social y global, que al interactuar con los factores genéticos y epigenéticos generan sobrepeso y obesidad.²⁰

²⁰ Barquera Simón, I. C. (2013). ENSANUT 2012. Evidencia para la Política en Salud Pública. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.

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

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

Destacamos la importancia de la participación de autoridades, sociedad civil e industria, para promover una alimentación correcta y mayor actividad física. Por tal razón, dentro de la Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad, y la Diabetes se integran acciones de comunicación multisectoriales para promover estilos de vida saludables; políticas educativas y laborales que permitan ejercer un estilo de vida saludable en escuelas y centros laborales; 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, entre otros.

Planteamiento

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

Es evidente que los padecimientos crónicos vinculados a la obesidad pueden afectar de manera directa e indirecta los avances obtenidos en el desarrollo económico y social del país.

Las acciones de prevención y control de obesidad deben de realizarse en una colaboración intensa y comprometida de los tres órdenes de gobierno, así como de los sectores público, social y privado.

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

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

- *Promoción de la salud:* acciones para el desarrollo de aptitudes personales para la salud (promoción de alimentación correcta), desarrollo de entornos saludables (escuela y sitios de trabajo), acciones comunitarias (actividades en espacios públicos), impulso de políticas públicas saludables.
- *Prevención de enfermedades:* acciones para la detección temprana de enfermedades no transmisibles, así como un sistema de monitoreo que proporcione información sanitaria y reúna periódicamente datos sobre los factores de riesgo.
- *Atención médica:* para que la atención de los servicios de salud tenga mayor eficacia es necesario fortalecer la capacitación a los recursos humanos; por tal razón, entre las acciones a seguir se encuentra el incorporar la prevención y control de enfermedades no transmisibles en la formación de todo el personal sanitario, poniendo el acento en la atención primaria de salud.

· *Regulación sanitaria y política fiscal:* acciones de ordenamiento de las cooperativas escolares, incluidas en el tabulador de autorizaciones sanitarias del Estado de Guerrero, por lo cual son de observancia obligatoria de la Secretaría de Salud.

Así como la disminución de las enfermedades gastrointestinales e intoxicaciones derivadas de las malas prácticas de higiene en la manipulación y conservación de los alimentos, fomentar el consumo de una dieta balanceada en la población estudiantil.

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.

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

El planteamiento está compuesto por cuatro premisas:

- 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

Fomentar el desarrollo de competencias y habilidades de los profesionales de la salud, en el tratamiento de personas con sobrepeso, obesidad y diabetes, incluyendo a la familia. Con el objetivo de homogenizar la calidad de atención y satisfacción de los usuarios de servicios en las Unidades de Salud del Estado de Guerrero, mediante el desarrollo de capacitaciones regionalizadas oh con sede en una sola región, que permitan mantener actualizado al personal médico y paramédico.

A su vez, este personal formara promotores de la salud, quienes promuevan en cada unidad de salud el uso de alimentos frescos, con bajo contenido de azúcares libres, fortaleciendo esta actividad con material didáctico e ilustrativo en cada unidad de salud.

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 deben 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.²¹

²¹ Rivera Dommarco, Juan Ángel, et. al. (2012). Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado. Pág. 27.

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.²²

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.

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 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.

²² Aquirre Huacuja, E. La Corresponsabilidad Operativa en la Atención Primaria a la Salud. Salud Pública de México 1994; 36:210-213.

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 y encuestas, 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".²³

²³ Nacional de Desarrollo Presidencia de la República. Plan. Pag. 23.

Objetivos

Objetivo General

Mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los guerrerenses, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, a través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales.

Objetivos Específicos

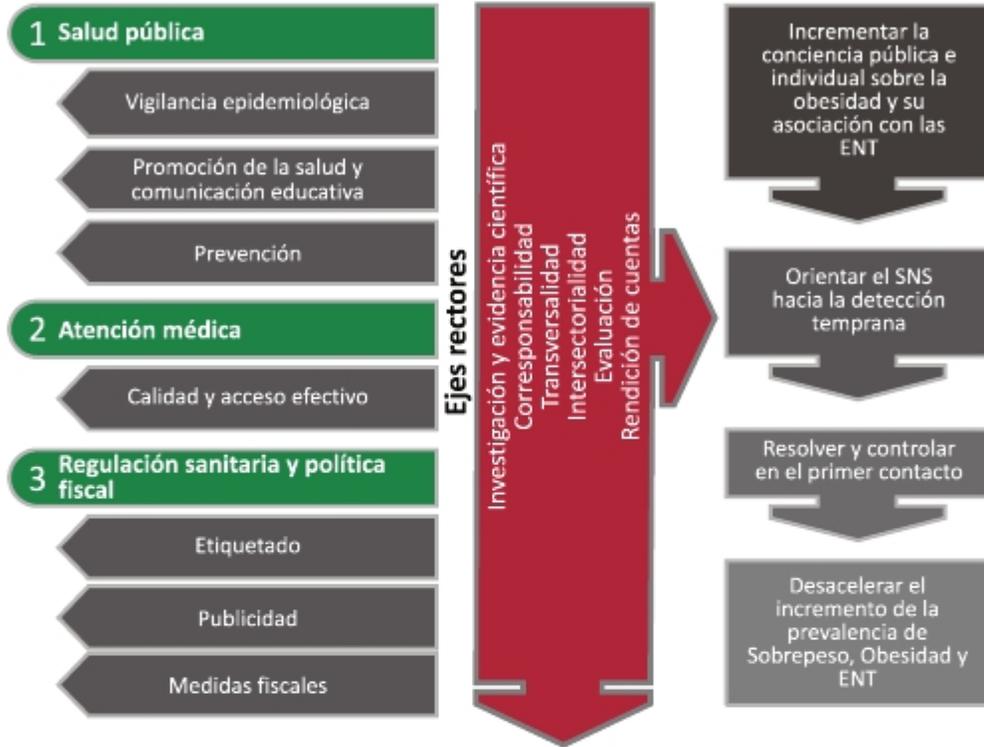
1. Promover la consolidación de una cultura que facilite la adopción de estilos de vida que mantengan la salud de las personas.
2. Detectar oportuna y masivamente el universo de casos de sobrepeso, obesidad y diabetes para garantizar su adecuado control y manejo.
3. Contribuir en la aportación de datos, para el fortalecimiento de la plataforma que permita contar con recursos humanos capacitados e insumos suficientes para hacer efectivo el acceso a los servicios de salud.
4. Incrementar el número de pacientes en control metabólico con diabetes mellitus tipo 2.

Visión 2018

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

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 cuadro resumen que describe los pilares y plantea las líneas de acción de cada uno de ellos. En un segundo momento de este apartado se desglosará cada componente.

Pilares de la Estrategia Estatal

PILARES	DESCRIPCION DEL PILAR	EJES ESTRATEGICOS
Salud Publica	<p>Buscar preservar la salud a nivel poblacional a través de la promoción de estilos de vida saludables, campañas de educación, así como el monitoreo del comportamiento de las enfermedades no transmisibles y algunos de sus principales determinantes, además de acciones preventivas como la búsqueda activa de personas que presentan factores de riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir con la federación para la implementación del objetivo del observatorio mexicano del comportamiento epidemiológico de sobrepeso, obesidad y diabetes. • Verificación de datos estadísticos a través del sistema de información en salud. • Capacitación de UNEME-EC a las Unidades de Primer nivel de atención. • Fomentar la acreditación de Grupos de ayuda mutua.
Atención Medica	<p>Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud a través de intervenciones médicas dirigidas a personas con factores de riesgo o que ya cuentan con el diagnóstico de hiperglucemia o diabetes mellitus tipo 2, con el fin de brindarles una atención oportuna y evitar las complicaciones relacionadas con dicha enfermedad.</p> <p>Garantizar el conjunto de elementos o servicios que se consideran necesarios para el funcionamiento de los servicios de salud en la atención de las enfermedades no transmisibles, así como de la implementación de diversas tecnologías que faciliten y mejoren la accesibilidad a los diferentes servicios que brindan las unidades de salud.</p> <p>Capacitar a los recursos humanos en salud en lo referente a los temas relacionados con las enfermedades no transmisibles.</p> <p>Fomentar la investigación y la generación de evidencia científica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retomar actividades con el sistema de protección social en salud, para reproducción en lenguas maternas de material para la prevención de enfermedades crónicas. • Fortalecimiento de la supervisión, para verificar el seguimiento en las detecciones realizadas. • Creación de estrategias para lograr la acreditación de la UNEME-EC de Acapulco. • Capacitación regionalizada sobre estilos de vida saludables. • Solicitud ante la federación de la inclusión de 1 UNEME-EC y 4 unidades de salud en el modelo integral de atención para mejorar la estructura y capacitación operativa de modelos de atención.

PILARES	DESCRIPCION DE PILAR	EJES ESTRATEGICOS
Regulación sanitaria y política fiscal	Establecer respuestas efectivas ante el panorama de las enfermedades no transmisibles, a través de la regulación del etiquetado y la publicidad de alimentos y bebidas de manera particular la dirigida al público infantil, además de impulsar políticas fiscales que disminuyan el consumo de alimentos con escaso valor nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> Regulación de cooperativas escolares.

1. Salud Pública

1.1 Sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles

Contribuir con la federación para la implementación del observatorio mexicano del comportamiento epidemiológico de sobrepeso, obesidad y Diabetes. Implementar mecanismos que permitan su difusión con las demás dependencias incluidas como IMSS, ISSSTE, Departamento de Epidemiología, SEDENA y SEMAR.

Verificación de los datos estadísticos a través del Sistema de Información en Salud (SIS), así como el fortalecimiento de supervisión en las unidades de salud los tarjeteros de enfermedades crónicas.

1.2 Promoción de la salud

La promoción de la salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios que las condiciones sean favorables para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.²⁴ Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida

La Obesidad es una enfermedad multifactorial, caracterizada por el incremento del peso corporal asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo, en la que aumenta la masa grasa con anormal distribución corporal.²⁵

Dado el carácter multifactorial de la obesidad, la Promoción de la salud requiere de una respuesta coordinada por el Estado y todos los implicados: El Gobierno, las Instituciones de Salud, el sector sanitario, la industria, los medios de comunicación y los diferentes entornos: en el hogar, la escuela, los centros de trabajo, la comunidad y los espacios públicos.

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.

- Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, así como la alimentación complementaria.
- Incentivar la eliminación gradual del azúcar, sodio, y grasas saturadas en alimentos, fomentar las alianzas con las industrias, para la eliminación de las mismas en los productos.
- Rescatar y promover el consumo de alimentos regionales y de temporada.
- Incrementar el consumo diario de verduras, frutas, cereales de granos enteros y leguminosas. Promover el consumo y la accesibilidad.
- Desarrollar acciones que promuevan la disponibilidad de agua potable en escuelas, sitios de trabajo y espacios públicos.
- Promover de forma masiva la alimentación correcta, actividad física y el consumo de agua potable.
- Promover la eliminación gradual del azúcar, grasas saturadas y sodio en los alimentos que se expenden dentro de las escuelas, áreas de trabajo y Secretaria de Salud.
- Promover huertos escolares y familiares de traspatio.

²⁴ Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo, Pág. 23

²⁵ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). Organización Mundial de la Salud.
http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf.

- Establecer recomendaciones para fomentar la alimentación correcta en los lugares de trabajo.
- Prohibir la venta de alimentos y bebidas de alta densidad energética dentro de las instalaciones y unidades médicas del sector salud.
- Promover masivamente la alimentación correcta, actividad física y el consumo de agua simple potable.

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.

- Vinculación con 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.
- Realizar campañas para sensibilizar a la población sobre la importancia de activarse físicamente en todos los entornos.
- Incorporar a la Secretaría de Educación de Guerrero (SEG) y el Instituto del Deporte de Guerrero (INDEG) 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 alianza con el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Guerrero (DIF) para coordinar eventos que fomenten la actividad física en la sociedad.
- Certificar escuelas en "Movimientos por tu Salud", en coordinación con el componente de Escuela y Salud que implementa la Secretaría de Salud Guerrero y la Secretaría de Educación Guerrero.

Comunicación educativa

- Crear una estrategia de comunicación educativa en orientación alimentaria, que incluya guías alimentarias, guías de actividad física y consumo de agua potable.
- Formar un grupo de expertos en nutrición, comunicación, promoción de la salud y educación, para crear competencias en el personal de los sectores con un papel enfocado a la prevención de la Obesidad, que incentive la adopción de hábitos saludables.
- Generar acuerdos entre la Secretaria de Educación Guerrero (SEG) y las autoridades municipales para establecer un determinado perímetro del entorno escolar y limitar la venta de los alimentos con alta densidad energética.

Generación de procesos de participación social con énfasis en la participación comunitaria

Una comunidad empoderada es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican las habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades en salud.²⁶ Mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud.

- Capacitación al personal operativo de salud y de los programas de nutrición mediante cursos que desarrollen las competencias necesarias para la orientación nutricional de calidad, bajo el marco de la Estrategia. Las competencias deben incluir conocimientos, actitudes, destrezas, habilidades de comunicación y motivación.
- Realización de evaluaciones de impacto en las Unidades de Salud, para la verificación y cumplimiento, así como la mejora de la Estrategia.

²⁶ Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica: Obesidad en México (2010). México, D.F. No43 Vol. 27 pp.1-28 <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2010/sem43.pdf>.

1.3 Prevención

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

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

Orientación del Sistema Nacional de Salud hacia la detección temprana

Una actividad importante dentro del Sistema Nacional de Salud es la prevención y el control de las afecciones no transmisibles, en las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMES-EC) donde se otorga una atención multidisciplinaria al paciente.

- Dichas unidades, capacitaran de manera gradual a las unidades de primer nivel de atención, para mejorar la atención en los pacientes con sobrepeso, obesidad y diabetes.
- Se fortalecerá el sistema de referencia y contra referencia en las unidades, de tal manera que los pacientes que acuden a control metabólico, se les realice su valoración por el servicio de oftalmología.

Implementación de esquemas proactivos de prevención y detección oportuna

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

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

- Prediabetes - De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2, se considera prediabetes cuando "la glucosa de ayuno es igual o mayor a 100 mg/dl y menor o igual de 125 mg/dl.
- Pre hipertensión - Se define como la presión arterial sistólica entre 130 y 139 mmHg, y la presión arterial diastólica de 85 a 89 mmHg.

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

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

- Capacitación al personal médico y paramédico del primer nivel de atención, por los supervisores zonales de las 7 Jurisdicciones Sanitarias, con el objetivo de intensificar la detección de factores de riesgo en la población que acude a solicitar un servicio en las unidades de salud.
- En la población mayor de 20 años, realización del Cuestionario de factores de riesgo.
- La información antropométrica obtenida se vaciara al formato único de registro para detección de sobrepeso y obesidad, para su posterior captura en el SIOB.
- Dichas detecciones serán registradas en el SIS estatal.
- Elaboración de material didáctico que represente la cantidad de azúcar que contienen los alimentos industrializados, colocarlos en un lugar visible, donde la población tenga acceso a ellos.
- En el entorno laboral, se realizara de manera paulatina el tamizaje del personal de salud, para la formación de Grupos de Actividad física y fomentar estilos de vida saludables.

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

Numerosos grupos de investigación han demostrado que la inclusión de las sesiones grupales, es una intervención de bajo costo que mejora la efectividad de las intervenciones. Esta estrategia será fortalecida de la siguiente manera:

- Capacitación al personal de salud del primer nivel de atención sobre que son los Grupos de Ayuda Mutua, los criterios de acreditación, reacreditación y acreditación por excelencia.
- Fomentar la creación de más Grupos de Ayuda Mutua, en las unidades de primer nivel de atención.
- Invitar a la población con sobrepeso, obesidad o diabetes, a incorporarse a un Grupo de Ayuda Mutua, haciéndole de su conocimiento sobre las ventajas y beneficios que conlleva a formar parte de ellos.
- Seguimiento de manera mensual de los Grupos de Ayuda Mutua ya constituidos, en las Unidades de Salud de primer nivel de atención.

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.

- Retomar las actividades con el Sistema de Protección Social en Salud, sobre la elaboración de material de promoción en enfermedades crónicas, en las 4 lenguas maternas que se hablan en el Estado de Guerrero, con el objetivo de lograr una mayor difusión en la población.
- Vinculación con 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.

- Vinculación con el Sistema de protección social en salud, para fortalecer las acciones encaminadas a la detección de factores de riesgo, así como la confirmación de los casos sospechosos, para ser incluidos de manera temprana a tratamiento y retardar la aparición de complicaciones de manera temprana a través de consulta segura (CONSEG).
- Se fortalecerá la supervisión por parte de equipos zonales, responsables de programa de salud del adulto y adulto mayor a nivel jurisdiccional y estatal, sobre las detecciones realizadas a la población mayor de 20 años.

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.

Esta Secretaría de Salud, gestionaría a través de los sindicatos el otorgamiento, de 1 día, para incentivar a la persona con sobrepeso y obesidad, que forme parte de los grupos de actividad física a nivel laboral y que logre disminuir su peso corporal.

Las personas que formen parte de los grupos de actividad física, se les dotará de material de promoción como cilindros, toallas faciales, llaveros en forma de cinta métrica, para hacer alusión a los estilos de vida saludables y ellos ser promotores entre los demás compañeros para realizar dicha actividad.

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.

- Coordinación con el Departamento de Calidad, para la realización de supervisiones de manera conjunta con el Departamento de Enfermedades Cronicodegenerativas, para checar los procesos que se tenga que fortalecer, para lograr la acreditación de la Unidad de Especialidad Médica en Enfermedades Crónicas (UNEME-EC) de la ciudad y puerto de Acapulco.
- Trabajar de manera coordinada con las Jurisdicciones Sanitarias, donde se encuentran las UNEME-EC, para su participación en las campañas realizadas, para la detección de factores de riesgo,

2.3 Mejora de las competencias y la capacidad resolutiva 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 ha iniciado a capacitar a las 7 Jurisdicciones Sanitarias del Estado, contemplando los siguientes temas: Mejora de estilos de vida, actividad física sistemática, progresiva y constante, plan de alimentación adecuado, manejo de emociones.

Coordinación con el área de salud mental, donde se ha iniciado con la elaboración de un formato e identificar las clínicas de Diabetes que cuenten con psicólogo, aquellas que no cuenten con dicho personal, se contemplara la factibilidad de que los psicólogos adscritos a este Departamento, puedan apoyarnos y lograr que los pacientes, reciban apoyo psicológico.

Derivado de lo anterior, será necesaria la capacitación de este personal para homogenizar criterios de atención, por lo cual se solicitara apoyo a la federación para realizarla.

Actualmente, existe personal capacitado sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles a través de Diplomados virtuales impartidos por el Instituto Nacional de Salud Pública, los cuales fueron otorgados por el Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades (CENAPRECE).

Se elaborara un censo del Recurso Humano ya capacitado, de tal manera que se tenga pleno conocimiento del número de personas ya capacitadas en enfermedades crónicas.

En coordinación con la Secretaría de Educación de Guerrero (SEG), se impartirán temas sobre orientación alimentaria y actividad física.

Se fortalecerán las acciones ya implementadas con las Instituciones Educativas a través del personal del Acuerdo Nacional para la Salud alimentaria.

2.4 Infraestructura y tecnología

Uso de tecnologías para facultar a la persona

Este eje estratégico, se podrá llevar a cabo, mediante la solicitud oficial, de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero ante el Centro Nacional para la Prevención y control de Enfermedades (CENAPRECE), para que puedan ser incluidas 1 UNEME-EC y 4 unidades de salud de Primer Nivel de Atención, en el modelo integral de atención para mejorar la estructura y capacidad operativa de modelos de atención.

Derivado de lo anterior, deberá verificarse si los criterios solicitados para su implementación en el Estado son factibles para llevarse a cabo.

En caso de cumplir con los criterios de inclusión para el modelo integral de atención, 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.

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 gestionara ante el área correspondiente, la adquisición de manera oportuna los medicamentos contemplados en el tratamiento de la Diabetes y por ende mejorar la distribución y almacenamiento de los medicamentos. Se llevarán a cabo acciones coordinadas con primer nivel de atención para mejorar el monitoreo del suministro de medicamentos.

Como parte de la implementación del modelo integral de atención, se facultará a los pacientes para que reporten deficiencias en la provisión de sus recetas.

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

- Aprovechar la convergencia tecnológica para establecer sistemas de información en línea que permitan el monitoreo del abasto de los medicamentos y pruebas de laboratorio en las unidades de salud del primer nivel de atención en tiempo real, con base en los medicamentos que deben estar disponibles acorde con la normatividad de la Secretaria de Salud del Estado de Guerrero.

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.

3. Regulación sanitaria y política fiscal

La estrategia Nacional para la Prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la Diabetes propone 3 pilares para la ejecución de sus objetivos, siendo uno de ellos la Regulación Sanitaria.

En materia regulatoria se han realizado esfuerzos entre los que destaca el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) del año 2010 que establece los Lineamientos Generales para el expendio y la distribución de alimentos y bebidas dentro de los establecimientos escolares y los planteles de educación básica.

Aun así no se ha logrado tener un impacto general en la comercialización y la publicidad de los alimentos que no contribuyen al óptimo desarrollo del educando.

Por eso el papel de la Regulación Sanitaria es importante no solo desde el control sanitario de la publicidad como lo establece la Estrategia Nacional sino desde el ordenamiento de las Cooperativas escolares, incluidas desde el 2012 en el Tabulador de Autorizaciones Sanitarias del Estado de Guerrero, por lo cual son de Observancia Obligatoria de la Secretaría de Salud.

En el año 2013, la Secretaría de Salud a través de la Subsecretaría de Regulación, Control y Fomento Sanitario emprende una serie de acciones relacionadas a la Estrategia para prevenir el sobrepeso y obesidad, para disminuir las enfermedades gastrointestinales e intoxicaciones derivadas de las malas prácticas de higiene en la manipulación y conservación de los alimentos, así como el consumo de una dieta balanceada en la población estudiantil, en apego a la Norma Oficial NOM 251-SSA-2009 "Prácticas de Higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios y al Acuerdo Nacional para la salud alimentaria" implementado en el 2010, en conjunto con el Departamento de promoción a la salud para la certificación de 117 escuelas en las 7 regiones del Estado.

El programa que se establece contiene objetivos, acciones y propuestas bien definidas para el mejoramiento de las instalaciones generales y la calidad de los alimentos que se expenden en la Cooperativa Escolar.

OBJETIVOS

1.- Implementar acciones en materia de regulación y control sanitario en las Instituciones Educativas de las 7 Regiones del Estado en apego a la normatividad vigente. Norma Oficial Mexicana NOM 251, que permitan minimizar los riesgos por el consumo de alimentos contaminados y proteger la salud de la población escolar.

2.- Fomentar en coordinación con el Área de Promoción a la Salud las "Buenas prácticas de Higiene en el manejo de los Alimentos" dentro de las Cooperativas Escolares y el consumo de alimentos sanos en los estudiantes y padres de familia.

Acciones

- Muestreo de alimentos (en los 5 grupos potencialmente peligrosos: cárnicos, aves, pescados, verduras y frutas, lácteos) en las escuelas para garantizar el consumo de alimentos libres de contaminantes en la población escolar.
- Visitas de verificación programadas (2 veces al año dentro de los periodos propuestos por la SEG, septiembre y febrero)
- Regulación de trámites, expedición de avisos de funcionamiento, autorizaciones sanitarias.
- Capacitación en las Buenas Prácticas de Higiene en la Manipulación y Conservación de los alimentos, a través del curso "Manejo Higiénico de Alimentos" de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM 251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.
- Creación de un comité de vigilancia sanitaria en las Instituciones Educativas principalmente a nivel básico.
- Vigilancia de la aplicación al Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria.

Para la implementación de este programa se ha diseñado un Acta especial de Verificación sanitaria en cooperativas escolares, la cual contiene 32 puntos apegados a las 14 disposiciones generales que marca la NOM 251-SSA1-2009 y a las cuales se ha incluido dos apartados más: Calidad de los alimentos y hábitos de consumo escolar.

Dependencias e instituciones participantes

Secretaría de Educación de Guerrero

- Una vez actualizados los Lineamientos generales para el expendio, distribución y suministro de alimentos y bebidas preparados y procesados en los planteles de educación básica, implementarlos en coordinación con la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.
- Impulsar, en coordinación con el Desarrollo Integral de la Familia de Guerrero (DIF) y Secretaría de Salud, la instrumentación de esquemas de alimentación correcta en las Escuelas de tiempo Completo.
- 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.

Instituto del Deporte en Guerrero

- 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 Desarrollo Social en Guerrero

- Continuar con las actividades educativas sobre orientación alimentaria en el marco del programa OPORTUNIDADES.
- 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.

Sistema Estatal 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.

Evaluación

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

En la presente Estrategia, 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.

Sera evaluado a través de indicadores de proceso, producto y de cambio, 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 el porcentaje de escuelas.

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.

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 la materia.

La medición de resultados se enfocará en la población objetivo definido 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.

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 (HbA1C)	Alcanzar la cobertura de pacientes en seguimiento con hemoglobina glucosilada (Hb1Ac).
	Incrementar el número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados con hemoglobina glucosilada /HbA1c)	Alcanzar para el 2018 el 33% de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados con hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo del 7%.
	Promover estilos de vida saludables a través de medios de comunicación masivos con mensajes que enfatizan el diagnóstico, la alimentación correcta y la actividad 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 de los pacientes con sobrepeso, obesidad y diabetes.	Lograr una eficiencia terminal superior al 80% en la actualización en la atención de las enfermedades no transmisibles de 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 el abasto oportuno y suficiente de medicamentos e insumos para el control de la diabetes.
Regulación Sanitaria	Implementar acciones en materia de regulación y control sanitario en las Instituciones educativas de las 7 Jurisdicciones Sanitarias.	Lograr que el 100% de las escuelas programadas, cuenten con verificación de cooperativas escolares.
		Verificar cuantas cooperativas escolares cumplen con requisitos sanitarios.

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 (HbA1c)	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.
Proceso	Porcentaje de pacientes con diabetes en tratamiento que alcanzan el control con hemoglobina Glucosilada (HbA1c)	El indicador resulta de la división del número de pacientes con diabetes tipo 2 con hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo de 7%, entre el número de pacientes con diabetes en seguimiento con Hemoglobina Glucosilada (HbA1C), en el periodo de tiempo determinado multiplicado por 100.
Proceso	Desarrollo de la Campaña de Comunicación Educativa en medios masivos	Numero de campañas educativas realizadas anualmente en medios masivos de comunicación, entre el total de campañas educativas anualmente en medios masivos de comunicación programados 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.
Proceso	Medición de impacto	El indicador resulta de la división del número de escuelas verificadas, entre el número de escuelas programadas.
Proceso	Medición con enfoque de riesgos (Porcentaje de cumplimiento)	El indicador resulta de la división entre el número de visitas realizadas dentro de especificación, entre el número de visitas programadas

Bibliografía

Juan Ángel Rivera Dommarco, M. H. (2012). Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado (Primera ed.). México: UNAM, Pág: 27

Aguirre Huacuja, E. La Corresponsabilidad Operativa en la Atención Primaria a la Salud. Salud Pública de México 1994; 36:210-213 OMS, Gobierno de Australia Meridional, Adelaida 2010

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

Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas, 1 OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Ginebra, Suiza, 2011. Pág. 3

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa. Secretaría de Salud, México, 2006, Pág.6-8,47, 60, 87

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnología Recerca Mediques; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/25

Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo, Pág. 23INAP-SSa.

Carta de Ottowwa para la Promoción de la Salud. (1986). Organización Mundial de la Salud.

http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf.

Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica: Obesidad en México (2010). México, D.F. No43, Vol.27, pp.1-28
<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2010/sem43.pdf>.

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

Páginas web

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/index.htm>

<http://stopalaobesidad.com/tag/estadisticas-sanitarias-mundiales-2012-de-la-oms/>

<http://www.newsweek.mx/suplementos/suplementoobesidad.pdf>

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

Agradecimientos

Un esfuerzo de la complejidad y alcance de la Estrategia Estatal para la Prevención y el Control de la Obesidad, el Sobrepeso y la Diabetes requirió de la participación y las contribuciones de diversos actores, tales como:

- *Subsecretaría de Prevención y control de enfermedades.
- *Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario.
- *Dirección de Servicios de Salud.
- *Dirección de Epidemiología y Medicina preventiva.
- *Subdirección de Atención Médica.
- *Sistema de Protección Social en el Estado de Guerrero.

Así como el compromiso y responsabilidad de las diversas Instituciones que han participado activamente, para la elaboración del presente documento.