



SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO



SECRETARÍA DE
SALUD



Estado Libre y Soberano
de Hidalgo

Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes en el Estado de Hidalgo

Estrategia Estatal para la Prevención
y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y
la Diabetes

Primera edición, marzo 2014

D.R. Secretaría de Salud
Blvd. De la Minería No. 130
Fracc. Puerta de Hierro
Pachuca de Soto, Hgo.

Impreso y hecho en Pachuca de Soto, Hgo.

Directorio

Pedro Luis Noble Monterrubio

Secretario de Salud

María Dolores Osorio Piña

Subsecretaria de Salud Pública

José Antonio Copca García

Subsecretario de Prestación de Servicios

María Lourdes Osorio Chong

Delegada Estatal del IMSS

Jorge Felipe Islas Fuentes

Delegado Estatal del ISSSTE

Carlos Alberto García Sánchez

Subsecretario de Administración y Finanzas

Isaías Parra Islas

Director del Régimen Estatal de Protección Social en Salud

Rosa Gabriela Ceballos Orozco

Encargada de la Comisión Estatal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Ma. Concepción Carmona Ramos

Directora de Políticas y Estrategias en Salud Pública

Yolanda García Anaya

Directora de Relaciones Sectoriales en Salud Pública

Shanik Jayne Cahun Gama

Subdirectora de Atención en las Etapas de la Vida

Maribel Vite Reyes

Subdirectora de Promoción a la Salud

Alejandra Guadalupe Ramírez Reyes

Coordinadora Estatal de la Estrategia para la Prevención y el Control del
Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes

Teresa del Carmen Millones Paúcar

Coordinadora Estatal de Enfermedades Crónicas y UNEMEs EC

Aarón Tenorio Vargas

Responsable Estatal del Programa Alimentación y Actividad Física

Contenido

Presentación	8
Introducción.....	10
Problemática	12
Panorama Mundial	12
Panorama en México.....	14
Panorama en Hidalgo	18
Antecedentes	24
Programa Cinco pasos por tu salud	24
Acuerdo mediante lineamientos para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica.	24
Estrategia El Tour de la Vida.....	24
Encuesta PENUTEH.....	24
El Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad (ANSA, 2010).	25
Grupos de Ayuda Mutua	25
Campaña “Mídete”	26
Estrategia Ya Bájale!	26
Programa PREVENISSSTE.....	27
Programa PREVENIMSS.....	28
Proyecto Modelo Contra Obesidad y Diabetes	29
Marco Jurídico	31
Reglamentos	31
Normas	31
Otros documentos para brindar orientación	32
Otros ordenamientos jurídicos	32
Marco Conceptual	33
Ejes Rectores	37
Investigación y evidencia científica	37
Corresponsabilidad.....	37
Transversalidad	38

Intersectorialidad	38
Evaluación del impacto.....	38
Rendición de cuentas	39
Objetivos	40
Objetivo General.....	40
Objetivos Específicos.....	40
Visión 2018	40
Pilares y Ejes Estratégicos	41
1. Salud Pública.....	43
1.1 Sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles.....	43
1.2 Promoción de la salud	45
2. Atención Médica	55
2.1 Acceso efectivo a Servicios de Salud	55
2.2 Calidad de los Servicios de Salud.....	56
2.3 Mejora de las competencias y la capacidad resolutoria del personal de salud....	57
2.4 Infraestructura y tecnología	59
2.6 Proyecto Modelo contra Diabetes y Obesidad	61
2.7 Centro de Diabetes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".	63
2.8 Cirugía bariátrica	63
2.9 Investigación y evidencia científica	64
3. Regulación sanitaria y política fiscal	66
3.1 Etiquetado	66
3.2 Publicidad	67
3.3 Política Fiscal	68
Dependencias e instituciones participantes.....	69
Servicios Estatales de Salud.....	69
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Hidalgo.....	69
Secretaría de Educación Pública	69
Consejo Estatal del Deporte.....	70
Comisión Estatal para la Protección contra el Riesgo Sanitario	70

Sociedad Civil y Organizaciones No Gubernamentales	70
Academia de Medicina.....	70
Iniciativa Privada	70
Red Hidalguense de Municipios por la Salud	71
Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto Seguridad Social para los trabajadores al Servicio del Estado.....	71
Evaluación	73
Anexo	75
Bibliografía.....	90
Agradecimientos.....	93

Presentación

La salud es una condicionante del desarrollo y del bienestar colectivo, en la cual la responsabilidad del estado va hoy más allá de brindar tratamiento a las enfermedades, la prevención de éstas y la promoción de buenas prácticas de vida, se hacen necesarias ante la gran disyuntiva de enfrentarse a una nueva epidemia de enfermedades no transmisibles que disminuyen la calidad de vida de las personas e incrementan el riesgo de presentar padecimientos concomitantes que en determinado momento repercuten en el desarrollo integral de las sociedades.

En la construcción de un Hidalgo incluyente, equitativo, competitivo y democrático, se debe garantizar el acceso a oportunidades que permitan a hombres, mujeres, adolescentes y niños desarrollar sus capacidades para ejercer plenamente sus libertades y derechos, aprovechando su potencial productivo y creativo a fin de mejorar sus condiciones de vida.

La protección a la salud de los hidalguenses es una prioridad que requiere de estrategias integrales, diferenciadas, que fortalezcan y amplíen la lucha contra los riesgos sanitarios favoreciendo la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables. Es por ello que el estado tiene la obligación de garantizar una mayor cobertura y acceso a los servicios de salud con altos niveles de calidad para responder de forma eficaz y con oportunidad a la demanda de atención preventiva y curativa de los padecimientos de la población, con un trato humanitario y digno.

El Estado de Hidalgo enfrenta una agenda compleja de salud pública, en el perfil epidemiológico se incrementa la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas y lesiones, respecto a los padecimientos infecciosos, esta transición se asocia a diversos determinantes y al creciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables; cuyas condiciones obligan a implementar intervenciones efectivas, que fortalezcan las acciones de prevención y promoción como las alternativas más viables para evitar estas enfermedades.

El desafío global que representan las enfermedades crónico degenerativas se consideran un problema creciente de Salud Pública, al ser una de las principales causas de morbilidad, discapacidad y muerte prematura en la población hidalguense, así también al ocasionar altos costos en el cuidado de la salud, situación que supera la competencia de una institución o del sector salud en su conjunto, al tratarse de un problema multicausal exige la construcción de un sistema de salud planeado, eficaz, eficiente y transparente que garantice la protección del estado de bienestar de los ciudadanos.

Como parte de las acciones prioritarias en salud del Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016 y ante la necesidad de consolidar un sistema estatal de salud que brinde una

respuesta oportuna en la prevención, atención y el control de las enfermedades no transmisibles, el Lic. José Francisco Olvera Ruiz, Gobernador del Estado de Hidalgo, impulsó en el año 2011 la creación la Estrategia Ya bájale! como la principal directriz para la promoción de acciones encaminadas a la detención en la prevalencia de estos padecimientos.

Con el lanzamiento de la Estrategia Nacional para la prevención y el control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes en octubre del año 2013 por el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos el Lic. Enrique Peña Nieto, se refuerza y amplía la oportunidad de impacto de la estrategia Ya bájale! al retomar ésta los tres pilares de la Estrategia Nacional como punto de partida para integrar a los sectores público, social y privado en acciones concretas que favorezcan el desarrollo integral del a sociedad hidalguense.

La Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 2014-2018 y su alineación a las prioridades sectoriales de las políticas estatales y nacionales, se convierte en la base rectora en el Estado de Hidalgo que impulsa la suma de recursos, esfuerzos y capacidades y en su conjunto establece un rumbo orientado para contribuir al cumplimiento los objetivos planteados en respuesta a los retos del Sistema Estatal de Salud.

La estrategia estatal implementará mecanismos de promoción para la prevención de las enfermedades no transmisibles, de atención médica de calidad y de regulación contra riesgos sanitarios para contribuir a la sustentabilidad del desarrollo estatal al desacelerar la prevalencia del sobrepeso, la obesidad y la diabetes en la población hidalguense consolidándose como una entidad saludable que coadyuve al desarrollo productivo de la nación.

Pedro Luis Noble Monterrubio

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

Introducción

En Hidalgo, a partir del año 2011 se integra la Estrategia ¡Ya bajalé! como parte de las acciones prioritarias insertas en el Plan Estatal de desarrollo, lanzada por el Sr. Gobernador Lic. Jose Francisco Olvera Ruiz con el objetivo de integrar a los sectores público, social y privado para fortalecer la promoción, detección y atención de la población con sobrepeso y/o con obesidad, y factores de riesgo asociados.

La salud es parte esencial del bienestar de la población, pues permite elevar la calidad de vida y el desarrollo humano, físico y mental de las personas, permitiéndoles participar y contribuir en las diferentes actividades inherentes al desarrollo integral de una comunidad.

Durante los últimos años el Estado de Hidalgo ha generado fortalecimiento en las condiciones de salud, lo que observa un incremento en la esperanza de vida al nacimiento de 68.62 años en 1990 a 75.14 en 2010, así como la mejora de indicadores de salud poblacional como el descenso de la mortalidad infantil y la erradicación de enfermedades prevenibles por vacunación. Las principales causas de muerte también se han modificado, las infecciones frecuentes y los problemas relacionados con la desnutrición y la reproducción han sido desplazados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones, que hoy concentran más del 85% de las causas de muerte en el país. Estos avances han sido resultado de una mejora en las condiciones generales de vida, así como del permanente esfuerzo de las instituciones de salud en el estado.

Esta transición en el patrón epidemiológico está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y a múltiples riesgos vinculados a estilos de vida poco saludables, dentro de los que sobresale la mala nutrición que ocasionan sobrepeso y obesidad, la diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles.

En ese contexto, las enfermedades no transmisibles y las lesiones requieren ahora de tratamientos más complejos y prolongados; por lo mismo, su manejo es más costoso y significan una mayor carga económica para la sociedad.

La Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 2014-2018 responde a los retos que enfrenta el Sistema Federal y Estatal de Salud, en este documento se encuentran trazados por los 3 pilares estratégicos y 6 ejes rectores y estratégicos, que están orientados al fortalecimiento de la función rectora de los Sistemas Estatales de Salud:

1. Salud pública
2. Atención médica
3. Regulación sanitaria

Cada pilar está conformado por ejes estratégicos, en actuación de distintos actores. Lo anterior no solo resulta innovador sino necesario, el estado actuará de manera intersectorial, es decir, en la Estrategia no solo toma parte la Secretaría de Salud, sino que otros sectores y/o secretarías que colaboran en el marco de sus atribuciones. En cuanto a la iniciativa privada se trabajará de manera coordinada en acciones que van desde la promoción de la salud y la atención médica, hasta la regulación sanitaria de bienes y servicios; y por último, se invita a la sociedad civil a sumarse a las distintas acciones que coadyuven a mejorar su calidad de vida.

En este sentido, una de las acciones más importantes de prevención estará dirigida a reducir la obesidad y sobrepeso, toda vez que se ha convertido en una de las más grandes amenazas para la salud de todos los hidalguenses, incluyendo el fomento de estilos de vida y hábitos de alimentación saludables, la generación de espacios para la actividad física, la capacitación del personal de salud y el fortalecimiento de la atención primaria.

Hacer frente a este nuevo perfil y a nuevos riesgos a la salud requiere de una respuesta sistémica que considere riesgos emergentes, los aspectos financieros y estructurales del sistema, los recursos esenciales necesarios para la prestación de los servicios, mejorar la eficiencia en la atención médica y avanzar en la rectoría del sistema para hacer crecientemente efectivo el derecho a la protección de la salud de los hidalguenses; siendo la vía para dar continuidad a las obligaciones de un estado comprometido en ofrecer mejores condiciones de desarrollo para impactar en una mayor calidad de vida de la población hidalguense y en un bienestar social integral.

María Dolores Osorio Piña

Subsecretaria de Salud Pública

Problemática

A nivel mundial la prevalencia de enfermedades no transmisibles (ENT) continua en aumento, la transición demográfica presenta un gran desafío al incrementarse las complicaciones derivadas de estas enfermedades crónicas, se requiere una respuesta que conduzca paulatinamente a la adquisición de una nueva cultura de auto cuidado de salud, que a mediano plazo impacte con la disminución de casos y complicaciones de la enfermedad, así como gastos del individuo y de la colectividad.

Las consecuencias de las enfermedades no transmisibles disminuyen la calidad de vida de los individuos, transgrediendo el desempeño escolar de los infantes y adolescentes, la productividad laboral y el desarrollo económico; lo que torna prioritaria la atención a estos padecimientos.

En 2008 alrededor de 3.6 millones de muertes en el mundo tuvieron como causa ENT entre las que destacan enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y Diabetes¹. Las cuales comparten factores de exposición comunes como la dieta incorrecta, el tabaquismo, la falta de actividad física, el consumo nocivo de alcohol y aunado a ello se presenta una estrecha relación con el exceso de masa corporal (sobrepeso y obesidad), dada la magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece.

La Organización Mundial de Salud define al sobrepeso y obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa, de acuerdo al índice de masa corporal (IMC), se clasifica como sobrepeso cuando esta cifra es igual o superior a 25 y cuando es mayor a 30 corresponde a obesidad².

La asociación de sobrepeso y obesidad como causa de Diabetes Mellitus tipo 2, se observa en un 44% de los casos, y se asocia también hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral, osteoartritis y diferentes tipos de cáncer³.

La carga de morbilidad de diabetes mellitus tipo 2, está presente en todo el mundo con prevalencia en países en desarrollo, la falta de actividad física, una alimentación correcta permiten la prevalencia y permanencia de esta enfermedad en las poblaciones.

Panorama Mundial

¹<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

²<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

³<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

De acuerdo con los datos de la Asociación Internacional de Estudios de la Obesidad se estima que aproximadamente mil millones de adultos tienen actualmente sobrepeso y otros 475 millones son obesos⁴. Cada año mueren en el mundo 2.8 millones de personas debido al sobrepeso o la obesidad. Ambos estados nutricionales pueden ejercer efectos metabólicos adversos sobre la presión arterial, las concentraciones de colesterol, triglicéridos y causar diabetes. Por consiguiente, el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de padecer coronariopatías, accidentes cerebrovasculares isquémicos, diabetes mellitus tipo 2 y diversas formas de cáncer⁵.

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

En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2004 fallecieron 3.4 millones de personas por esta causa. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años y un 55% a mujeres. La OMS prevé que las muertes por diabetes se dupliquen entre 2005 y 2030. La dieta correcta, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y el evitar el consumo de tabaco pueden prevenir o retrasar la aparición de la diabetes tipo 2⁶.

La diabetes aumenta 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 diabética combinada con la reducción del flujo sanguíneo incrementa el riesgo de úlceras de los pies y en última instancia de amputación. La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera, y es 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 se quedan ciegos, y un 10% sufre un deterioro grave de la visión. La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal, cuya inversión en tratamiento es insostenible. Entre un 10 y 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa⁷.

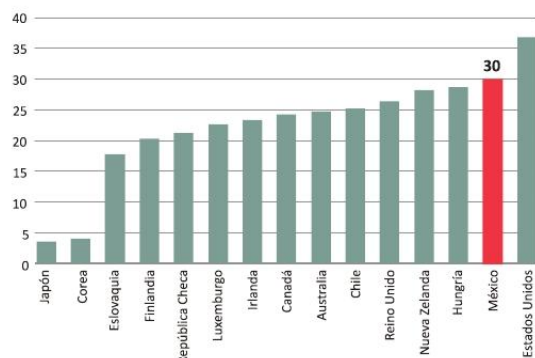
⁴<http://www.iaso.org/iotf/obesity/obesitytheglobalepidemic/>

⁵OMS, Estadísticas sanitarias mundiales 2012, Ginebra, 2012.

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

⁷Idem

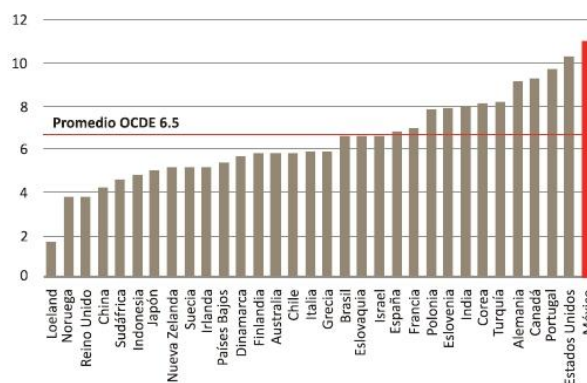
Porcentaje de población adulta con obesidad, países OCDE 2010



Fuente: OCDE Health Data 2012

En nuestro país este problema presenta una dimensión más crítica, toda vez que la OCDE ubica a México en el primer lugar en la prevalencia de diabetes mellitus en la población de entre 20 y 79 años⁸.

Prevalencia de diabetes mellitus en población adulta entre 20 y 79 años de edad. Países de la OCDE 2010



Fuente: Health at a Glance 2011: OECD Indicators

Panorama en México

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

La prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto en hombres como en mujeres, tienen sus valores más bajos en los grupos de edad extremos en la edad adulta; entre 20 y

⁸ OECD, Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing, 2011.

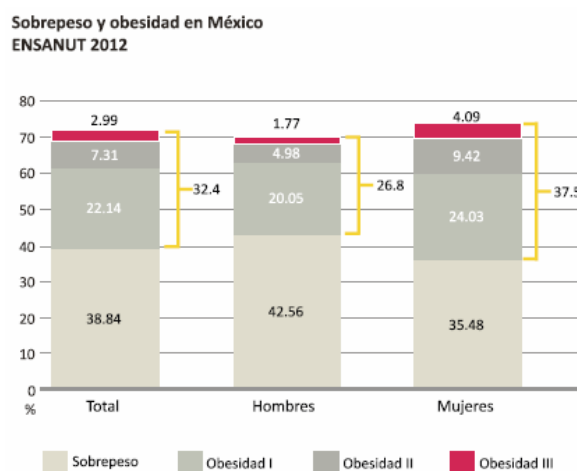
29 años y más de 80 años. El sobrepeso aumenta en hombres en la década de 60-69 años, mientras que en las mujeres el valor máximo se observa en la década de 30-39 años. En el caso de la obesidad, la prevalencia más alta se presenta en el grupo de edad de 40 a 49 años en hombres y de 50 a 59 años en las mujeres. La prevalencia de obesidad fue 28.5% más alta en las localidades urbanas.

La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es solamente 3.6 puntos porcentuales mayor en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4%).

Las tendencias respecto al IMC mostraron que en mujeres de 20 a 49 años de edad, en el periodo de 1988 a 2006, la prevalencia de sobrepeso incrementó 41.2% y la de obesidad 27.5%. En cuanto a los hombres, en el periodo comprendido entre 2000 y 2012, la prevalencia de sobrepeso aumentó 3.1% y la de obesidad se incrementó 38.1%. Si unimos sobrepeso y obesidad, la prevalencia se incrementó 14.3% entre el 2000 y el 2012⁹.

En cuanto a los menores de edad, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años ha registrado ascenso a lo largo del tiempo, en 1988 era de 7.8% mientras que en 2012 es de 9.7%. La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en los escolares en 2012, utilizando los criterios de la OMS, fue de 34.4%. Para las niñas esta cifra es de 32% y para los niños de 36.9%¹⁰.

En cuanto al grupo de los adolescentes, los resultados apuntan a que 35% tiene sobrepeso u obesidad, esto es, más de 6 millones de personas entre 12 y 19 años de edad. Además, indica que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad. La prevalencia de peso excesivo en los adolescentes ha aumentado casi tres veces de 1988 a 2012¹¹.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

⁹Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Secretaría de Salud, México, 2012. Pág. 184

¹⁰Idem, Pág. 153

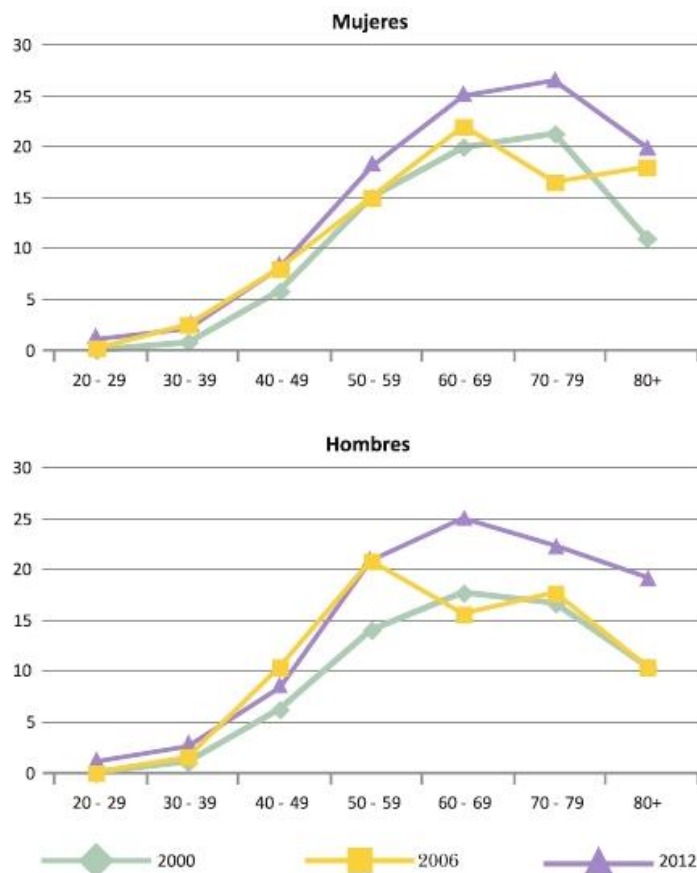
¹¹Idem, pp. 170 y ss

México atraviesa por una transición caracterizada por el aumento inusitado de sobrepeso y obesidad, que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones. Los aumentos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos, documentados en el plano mundial.

De 1988 a 2012, el sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años de edad se incrementó de 25 a 35.3% y la obesidad de 9.5 a 35.2%.

En la ENSANUT 2012, tanto en hombres como en mujeres se observó un incremento importante en la proporción de adultos que refirieron haber sido diagnosticados con diabetes en el grupo de 50 a 59 años de edad, similar en mujeres (19.4%) y en hombres (19.1%). Para los grupos de 60a 69 años se observó una prevalencia ligeramente mayor en mujeres que en hombres (26.3 y 24.1%, respectivamente) que se acentuó en el grupo de 70 a 79 años (27.4 y 21.5%, respectivamente).

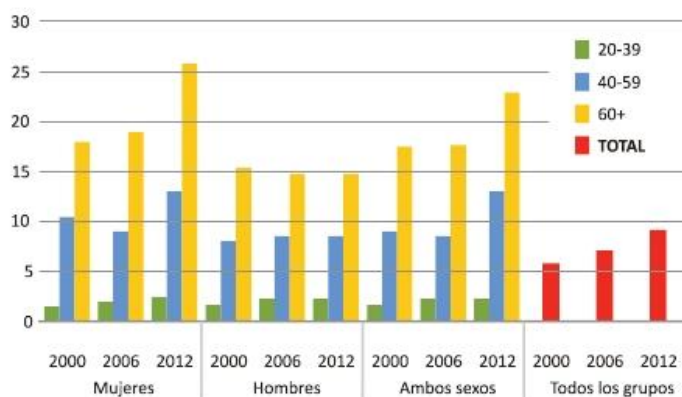
Prevalencia histórica de diabetes mellitus tipo 2 desagregada por sexo y edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

En cuanto a la prevalencia, el siguiente cuadro comparativo ofrece un panorama sucinto de la magnitud del problema en el país.

Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 por grupos de edad y sexo, 2000-2012



Fuente: Encuestas Nacionales (ENSA 2000, ENSANUT 2006 Y ENSANUT 2012)

Un análisis de la transición epidemiológica en México encontró que las enfermedades no transmisibles causaron 75% del total de las muertes y 68% de los años de vida potencialmente perdidos. Las principales causas de muerte fueron enfermedad isquémica del corazón (EIC), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), enfermedad cerebrovascular, y cirrosis hepática. El porcentaje de mortalidad atribuible a DM2 e Hipertensión Arterial (HTA) fue mayor a 17% del total de las enfermedades no transmisibles en México durante 2006, las cuales tienen una importante asociación con la obesidad¹².

Más aún, el índice de masa corporal elevado (indicador de sobrepeso y obesidad) contribuye con 12.2% del total de muertes y 5.1% del total de Años de Vida Perdidos Ajustados por Discapacidad (AVPAD). Entre los principales factores de riesgo de muerte y discapacidad¹³, también asociados con el sobrepeso y la obesidad, se encuentran: la elevada concentración de glucosa en sangre, hipertensión arterial, el bajo consumo de frutas y verduras, el sedentarismo y la hipercolesterolemia que en conjunto contribuyen con 36.5% del total de muertes y 11.2% del total de AVPAD. En resumen, el sobrepeso, la obesidad y los factores asociados a estas condiciones aumentan el riesgo de muerte y discapacidad en un número muy importante de mexicanos.

Aunado a esto, el costo directo anual en atención médica para el sistema público de salud de 14 complicaciones derivadas de cuatro grupos de enfermedades vinculadas con la obesidad¹⁴, se estimó en 42 mil millones de pesos para 2008 bajo un escenario base equivalente al 13 por ciento del gasto total en salud en ese año¹⁵. El costo indirecto por pérdida de productividad se estimó para ese mismo año en 25 mil millones de pesos.

Por todo esto, es preciso considerar al sobrepeso, la obesidad y la diabetes como algunas de las principales prioridades en la agenda Nacional, dadas las repercusiones que en diversos ámbitos de la vida Estatal tienen estas condiciones.

Panorama en Hidalgo

En la entidad la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, reporta una prevalencia de obesidad de 8.2% en los menores de cinco años comparada con el 9.7% registrado a nivel nacional, el 30.4% es en la población en edad escolar, un 0.4% por encima de lo reportado en el año 2010 según el Perfil Nutricional en escolares en

¹²Stevens J. et al. Population-Based Prevention of Obesity: The Need for Comprehensive Promotion of Healthful Eating, Physical Activity, and Energy Balance: A Scientific Statement From American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, Interdisciplinary Committee for Prevention (Formerly the Expert Panel on Population and Prevention Science). Ed. American Heart Association .E.U., 2008.

¹³Idem

¹⁴Las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la obesidad son Cáncer de mama, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y osteoartritis.

¹⁵Gutiérrez Delgado, Cristina; Verónica Guajardo Barrón y Fernando Álvarez del Río. Costo de la obesidad: las fallas del mercado y las políticas públicas de prevención y control de la obesidad en México. En Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado, Rivera Dommarco, Juan Ángel, et. al. (2012).

donde se mostraron prevalencias del 30%, este hecho muestra una tendencia hacia la estabilización en la prevalencia en los últimos dos años.

En adolescentes según la ENSANUT se presentó en el 2012 un 31.8% con obesidad, incremento poco significativo en relación al año 2006 del 31.2%, a su vez se encuentra 3 puntos porcentuales por debajo de la media nacional que fue del 35%, éstos resultados muestran desaceleramiento en la velocidad del incremento del sobrepeso y la obesidad en el estado.

En la población adulta de veinte y más años el 70.1% de la población presenta exceso de peso, por debajo de la media nacional de 71.2%, lo que ubica a Hidalgo en el lugar número 19 con respecto a otras entidades.

Salud pública

En Hidalgo se presenta una situación contrastante respecto a la alimentación de la población, por una parte los altos índices de marginación en determinadas zonas geográficas, con focos de sobrepeso, obesidad y diabetes que a la par se presentan con casos de desnutrición; se vislumbra que los cambios hacia la occidentalización de dieta son una parte importante en la presentación de estas enfermedades, considerando:

- Aumento en la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados, adicionados con altas cantidades de grasas, azúcares y sal;
- Aumento del consumo de comida rápida y comida preparada fuera de casa para un sector creciente de la población;
- Disminución en el tiempo disponible para la preparación de alimentos;
- Mayor cantidad de publicidad sobre alimentos industrializados, productos que facilitan las tareas cotidianas y el trabajo de las personas, disminuyendo de este modo su gasto energético;
- Aumento en la oferta de alimentos industrializados en general; y
- Disminución de forma importante la actividad física de la población¹⁶.

Además del incremento en la densidad energética y del sodio en la dieta, el consumo de bebidas calóricas ha aumentado de forma radical en los últimos años. Comparando el gasto de 1984 y 1998, se observó una disminución de la adquisición de frutas y verduras en 29.3%, de leche 26.7% y de carnes en 18.8% y un aumento en la compra de hidratos de carbono refinados que ascendió en 6.3%, así como el gasto en bebidas azucaradas, el cual aumentó en 37.2%¹⁷.

¹⁶Juan Ángel Rivera Dommanco. H.M. (2012). Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado. México. UNAM

¹⁷Idem.

México es uno de los países con mayor consumo de refrescos y bebidas azucaradas. Según los resultados de las encuestas nacionales de salud de 1999 a 2006, el número de hogares que consumen refrescos embotellados aumentó de 48% a 60% durante dicho período. Más aún, la Encuesta de Salud en Escolares 2008 colocó a los refrescos entre los cinco productos más consumidos en las escuelas primarias y secundarias públicas del país. Por otro lado, los resultados de un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México revelaron que, según lo declarado por los niños, solamente 28.1% de su consumo total de líquidos corresponde a agua o infusiones sin cafeína o azúcar, contra 44% correspondiente a bebidas de alto valor calórico, tales como líquidos azucarados con y sin gas (refrescos), aguas de sabores, bebidas endulzadas con sabor a fruta y néctares¹⁸.

De acuerdo con un estudio realizado en escuelas primarias de la Ciudad de México¹⁹, la clase de educación física y el recreo son las únicas oportunidades de los niños para realizar actividad física. Dentro de las clases de educación física, se realizan en promedio nueve minutos por semana de actividad moderada o intensa.

Dentro de las escuelas se han encontrado limitaciones de espacio, materiales y recursos humanos para llevar a cabo actividades de educación física. En el recreo la actividad física es reducida, ya que la mayor parte del tiempo está dedicado a la compra y el consumo de alimentos y no existe organización para promoverla actividad física, de tal forma que la inactividad ha ido permeando en todos los grupos poblacionales, desde la infancia hasta la población adulta y adulta mayor. Un ejemplo de esto es que el 16% de la población en su tiempo libre prefiere descansar, un 15% ver televisión y sólo 4% hacer deporte²⁰.

A partir de los resultados de actividad física y sedentarismo de la ENSANUT 2012, se estima que 58.6% de los niños y adolescentes de 10 a 14 años no refieren haber realizado alguna actividad física organizada (participación en deportes organizados) durante los últimos 12 meses previos a la encuesta, 38.9% realizó una o dos actividades y 2.5% más de tres actividades; la actividad más frecuente para este grupo de edad es el fútbol. De acuerdo con la clasificación de la OMS, en México 22.7% de los adolescentes entre 15 y 18 años son inactivos, 18.3% son moderadamente activos y 59% son activos. Por otro lado se estimó que en adultos de 20 a 69 años de edad, la prevalencia de inactividad física aumentó significativamente a 47.3% en los últimos seis años (2006-2012)²¹.

La urbanización junto con los cambios sociales, tecnológicos y económicos ocurridos en el país en las últimas décadas ha implicado modificaciones importantes en los patrones de actividad física en el entorno laboral y en los momentos de esparcimiento.

¹⁸Théodore F, Bonvecchio A, Blanco I, Irizarry L, Nava A, Carriedo A. Significados culturalmente contruidos para el consumo de bebidas azucaradas entre escolares de la Ciudad de México. *Rev PanamSaludPublica*. 2011;30(4):327-34.

¹⁹Jennings-Aburto et al. Physical activity during the school day in public primary schools in Mexico City, CInyS- INSP, México, 2007.

²⁰CONACULTA, Encuesta Nacional de Hábitos, Prácticas y Consumo Culturales, México, 2010. pp.176 y 192

²¹Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Secretaría de Salud, México, 2012.

Anteriormente, la mayoría de los trabajos requerían un esfuerzo físico considerable y los momentos de esparcimiento se aprovechaban en pasatiempos más activos.

En Hidalgo de acuerdo a la ENSANUT 2012 los logros de los programas preventivos es la siguiente: al 23% de los adultos de 20 años o más se realizó una prueba de glucosa en sangre en los 12 meses anteriores a la encuesta, cifra superior a la reportada en 2000 (22%) y 2006 (10.5%).

Las mediciones de tensión arterial han incrementado de 13.4% en el año 2000 a cerca de 22% en 2006, y 28.4% en 2012. El 20.7% de los adultos de 20 años o más atendieron a la prueba respectiva para la detección de sobrepeso y obesidad.

Del 22.3% de los adultos que reportaron consumir tabaco en el año 2000, se ha reducido el porcentaje a 19.9% en 2012. En promedio, los adultos fumaron por primera vez un producto de tabaco a los 17.8 años, los hombres a los 16.9 años y las mujeres a los 19.5 años. En cuanto a la percepción de los adultos fumadores frente a la implementación de las nuevas advertencias sanitarias en los empaques de productos de tabaco, el 34.6% refiere que las advertencias le hacen pensar siempre en dejar de fumar, 17.1% casi siempre, 17.6% a veces, 10.7% pocas veces y 19.9% nunca.

Atención médica

Respecto a la falta de acceso a servicios de salud, la ENSANUT 2012 indicó que 21.4% de la población del país se encuentra en esta condición, cifra por debajo del 31.7% reportado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en 2010²².

Los pacientes con diabetes entrevistados refieren tener ocho consultas para la atención de su padecimiento al año y la videncia en notas de expedientes demostró que son seis.

El 90% de los pacientes entrevistados demostró que éstos carecen de estudios de laboratorio para la medición de glucosa sanguínea y de otros marcadores biológicos o al menos registros en sus expedientes que permitan valorar el control de glucemia.

El 40% de los expedientes revisados carecía de evidencia de la revisión de pies durante el último año. El 35.5% de los expedientes contenían un reporte del examen de fondo de ojo. El promedio nacional de pacientes con al menos una indicación de medición de glucemia en ayunas al año fue de 43.1%, con estos datos se puede decir que el control metabólico en los servicios de salud de primer nivel es incompleto. Aunado a lo anterior, 84.7% de los pacientes entrevistados reportó tener alguna complicación derivada de su padecimiento; las alteraciones visuales fueron las más

²²Idem pág. 37.

frecuentes en 34.4%, seguidas de las complicaciones renales 17.3%, úlceras 7.1% y amputaciones 3.5%.

En cuanto al control del paciente diabético solo 7.5% de los expedientes revisados tuvo registros de la medición de hemoglobina glucosilada (HbA1c) durante el último año y de ellos sólo el 2.5% tenía niveles considerados en control adecuado; así mismo 12.8% de los pacientes evaluados tuvo cifras correspondientes al control adecuado en la medición de glucosa sanguínea²³. En México, el 23.7% de los adultos mayores de 20 años se somete a una prueba de glucosa en sangre al año²⁴.

En Hidalgo de acuerdo a la ENSANUT 2012, los logros de los programas preventivos son los siguientes: al 23% de los adultos de 20 años o más se realizó una prueba de glucosa en sangre en los 12 meses anteriores a la encuesta, cifra superior a la reportada en 2000 (22%) y 2006 (10.5%)²⁵.

Respecto a diabetes los resultados de la ENSANUT 2012 muestran que ha habido un progreso importante en la atención al padecimiento de diabetes mellitus, con un incremento en el porcentaje de pacientes con control adecuado de 5.29% en 2006 a 24.5% en 2012²⁶. Aún tres de cada cuatro diabéticos requieren de un mayor control del padecimiento, que permita reducir las complicaciones de la enfermedad.

Por lo que se refiere al tipo de tratamiento, cerca de 13% de los pacientes diabéticos reportó estar recibiendo insulina, ya sea como único tratamiento o en combinación con hipoglucemiantes orales; proporción que representa un incremento importante en relación con la ENSANUT 2006, siendo de 7.3%²⁷.

Por lo que respecta a la hipertensión arterial, con una prevalencia que se ha mantenido prácticamente sin cambios entre 2006 y 2012 (figura 5.5), los resultados de la ENSANUT 2012 indican un mayor porcentaje de hipertensos que conocen su condición, lo que refleja una mejoría en las actividades de detección. Esta misma mejoría se identifica en general en la cobertura de acciones preventivas.

De los individuos con diagnóstico previo de hipertensión, 73% reportó estar en tratamiento farmacológico para la atención de la misma, en tanto que 76% reportó medirse la presión arterial al menos una vez al mes.

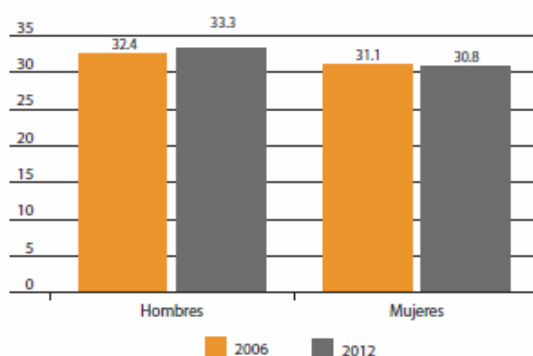
²³Dirección General de Evaluación de Desempeño SSA, Informe de actividades de primer nivel de atención en los servicios estatales de salud. Evaluación 2008, pág. 27-32

²⁴Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2012, pág. 93

²⁵Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Hidalgo. Primera edición electrónica, 2013. Pág 60

²⁶Ibidem, pág 60.

²⁷Ibidem, pág 61.



■ **Figura 5.5**
Prevalencia de hipertensión arterial por sexo y años de encuesta.
México, ENSANUT 2006 y 2012

Regulación Sanitaria

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

Por ejemplo, en el ámbito de la publicidad, en el año 2010, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” reveló que México era el país con la mayor cantidad de anuncios de alimentos con alta densidad energética, difundidos por televisión. El estudio “La desnutrición infantil y obesidad en la pobreza en México” señalaba que en 2010 si un niño pasaba en promedio dos horas diarias frente a la televisión habría visto más de 12 mil 400 anuncios de alimentos con alta densidad energética en un año. Si bien, la industria se auto reguló tras la inclusión del Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas dirigida al Público Infantil (Código PABI), disminuyendo el número de anuncios televisivos, no se debe descuidar este aspecto en la prevención de la obesidad y el sobrepeso, especialmente en la población infantil.

Antecedentes

En la Secretaría de Salud de Hidalgo se han implementado acciones para dar respuesta a este importante reto de Salud Pública, a partir del año 2009, el gobierno del estado ha impulsado diferentes programas para combatir los deficientes hábitos en alimentación y ejercicio, destacando por su impacto y aplicación por parte de la Secretaría de Salud los siguientes:

Programa Cinco pasos por tu salud

Implementación y operación de la estrategia "Todos en 5 pasos por un Pachuca Saludable" desde 2009 a la fecha, dirigida a trabajadores municipales de Pachuca de Soto y extendiendo la invitación a la población Hidalguense para sumarse a 5 acciones concretas: actívate, toma agua, come verduras y frutas, mídete y comparte.

Acuerdo mediante lineamientos para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica.

Hidalgo es pionero en establecer los Lineamientos para la venta de alimentos en tiendas escolares desde 2009, promoviendo el consumo de frutas y verduras, y alimentos ricos en vitaminas, minerales, proteínas y el consumo de agua libre de azúcar constituyéndose en un referente para la construcción de lineamientos Nacionales, dentro de las actividades se capacita a concesionarios de tiendas escolares en manejo higiénico de alimentos, tamaño de las porciones y Arte culinario, además se les dota un catálogo de sugerencias de menú y alimentos de temporada.

Estrategia El Tour de la Vida

En el año 2009 se realizó la estrategia educativa el "Tour de la vida" beneficiando a más de 5,000 Trabajadores de las distintas dependencias de Gobierno del Estado de Hidalgo, con toma de peso, talla, tensión arterial, glucosa, triglicéridos, colesterol, pláticas, videos, concursos, etc. Y a más de 6,000 escolares y 2000 padres de familia por medio de la estrategia educativa con la obra "Harry Topper" con el objetivo de fomentar estilos de vida saludable y actividad física en escolares con más de 6,000 niños Hidalguenses nombrados "Caballeros de la orden de la salud", capacitación a padres de familia en los temas: Alimentación correcta, elaboración de almuerzo saludable y promoción a la actividad física y el deporte.

Encuesta PENUTEH

La encuesta de Perfil nutricional en Escolares del Estado de Hidalgo "PENUTEH" inicio en el año 2010, con el objetivo de conocer la distribución geográfica, a nivel municipal y por tipo de escuela, de las prevalencias de sobrepeso, obesidad y desnutrición incluyendo muestras de colesterol, glucosa y predisposición genética para obesidad y

diabetes, además de inventario de lonchera escolar y asociación de factores socioculturales de la madre y el menor, este estudio brinda diagnóstico detallado de la situación nutricional que permite reorientar y dirigir las diferentes estrategias de atención a la población escolar.

El Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad (ANSA, 2010).

En 2010, establecerse la problemática del sobrepeso y la obesidad en México, la Secretaría de Salud Federal y de las entidades, impulsa el Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA). Establecido con la participación de la industria, organismos no gubernamentales y la academia. Con el objetivo de revertir la epidemia de enfermedades no transmisibles, derivadas del sobrepeso y la obesidad, y con acciones enfocadas a los menores de edad³².

Con esta estrategia se otorga al Estado la responsabilidad de prevenir estas enfermedades, a fin de garantizar la sustentabilidad del desarrollo nacional y de la salud pública, se enfoca a la insuficiente actividad física e ingestión de alimentos saludables en la población y los determinantes económicos y de mercado, sociales, culturales y legales que contribuyen a generar un ambiente poco propicio para llevar una vida saludable.

En la participación en el Foro de Salud Alimentaria Región Centro en el año 2010, se compartieron experiencias exitosas con Industria alimentaria, OSC, SEP, SEDESOL, DIF Federal y Gobierno del Distrito Federal y Estado de México. En ese mismo año Hidalgo participa como: uno de los 5 estados invitados a la "Conferencia magistral "EPODE" (5 pasos) con la visita de líderes mundiales 5 pasos contando con la presencia de: Secretario de Salud, Representación Federal, Diputados y 84 Presidentes municipales y regidores en Salud.

Desde el 2010 da inicio la Estrategia Estatal contra el Sobrepeso y la Obesidad contando con Nutriólogos y Activadores físicos en cada una de las 13 jurisdicciones sanitarias que desarrollan acciones enfocadas en los objetivos del ANSA, se promueve en los entornos (escolar, laboral, comunitario, recreativo), la actividad física de forma sistemática y bien orientada, el consumo de agua simple, de verduras y frutas, y se desarrollan campañas educativas dirigidas a la comunidad, a través de materiales educativos: trípticos, carteles, murales, y medios de comunicación masiva para informar y prevenir factores de riesgo para sobrepeso y obesidad y comorbilidades.

Grupos de Ayuda Mutua

Los GAM son un componente fundamental de apoyo en los programas de enfermedades crónicas, ya que la incorporación a los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) a personas con sobrepeso y obesidad, para estimular la adopción de estilos de vida saludables y con ello lograr que alcancen metas como la reducción de peso requerido

para la prevención de las complicaciones de las enfermedades crónicas y sin duda el mejor resultado a esperar de los GAM es la adopción de nuevos estilos de vida.

Actualmente se ingresan a tratamiento de control nutricional a todos los menores con detección de sobrepeso y obesidad en todas las unidades de salud, independientemente del motivo de la consulta, evaluando peso y talla de manera mensual o bimestral, y canalizando a los pacientes que así lo requieran a un especialista en nutrición.

Unidades Médicas Especializadas de Enfermedades Crónicas

En el año 2009, con el objeto de contar con un equipo médico multidisciplinario que brinde atención especializada a los pacientes con enfermedades crónicas, se crea en Hidalgo la primer UNEMEs EC en la Ciudad de Pachuca, como parte de la Estrategia Nacional de reforzar la atención de estos padecimientos, el modelo de atención cuenta con servicio de Medicina Integrada, psicología, enfermería, nutrición y laboratorio. Posteriormente en el año 2010 se crea una segunda UNEME EC en la Ciudad de Tula. Sin embargo pese a la integración de los servicios en una sola unidad no se ha dado la difusión ni promoción suficiente de ambas unidades, lo que ha traído como consecuencia que esta estrategia no haya alcanzado el éxito deseado en la entidad.

El reto que se presenta es realizar la promoción y difusión de esta Unidad a fin de poder lograrlas metas de control y tratamiento de pacientes.

Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (ESIAN)

A través del programa OPORTUNIDADES se desarrolla la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición(ESIAN) dirigido a zonas urbanas, donde se sustituyen los nuevos complementos nutricionales por micronutrientes sin contenido calórico, además de ofrecer atención integrada a todos los menores con problemas de malnutrición.

Campaña "Mídete"

En el año 2011 Hidalgo se suma a la Campaña "Mídete", promoviendo la prevención por medio de la detección de factores de riesgo, el objetivo es difundir información relacionada con el daño y peligros del sobrepeso y la obesidad, promover la actividad física y una vida sana, y concientizar a las personas sobre su problemática en esta materia, a través de espacios de concurrencia masiva y aprovechando la oportunidad que representan los partidos de fútbol profesionales.

Estrategia Ya Bájale!

Ya bájale! es una estrategia coordinada por la Secretaria de Salud de Hidalgo impulsada por el gobierno del Estado a partir del año 2011, a través de la cual se

fortalecen las acciones ya existentes contra el sobrepeso y la obesidad en la entidad; uno de los principales componentes es la adopción de estilos de vida saludables como factor clave para mantener un peso adecuado y prevenir enfermedades, dado que más del 95% de las causas del sobrepeso se deben a factores externos o ambientales, sociales, culturales y psicológicos; por lo tanto las intervenciones en el entorno están dirigidas a fomentar una cultura de salud, y requieren de un enfoque concertado y coordinado, en el que participen diversos sectores, instancias normativas, funcionarios públicos y miembros de la comunidad.

La estrategia estatal "Ya bájale" tiene como objetivo integrar a los sectores público, social y privado para fortalecer la detección y atención de la población con sobrepeso y/o con obesidad, y factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles.

"Ya bájale" trabaja bajo las siguientes modalidades:

1. "Ya bájale" en entornos favorables a la salud,
2. "Ya bájale" en escuelas, a través de ferias de la salud y Recorrido Kid 's,
3. "Ya bájale" comienza en casa.

"Ya bájale en entornos favorables e interinstitucional", se promueven acciones de alimentación y práctica de ejercicio con la actividad denominada "Pausa por la Salud" en donde se dispone de cierto tiempo en las oficinas de los organismos gubernamentales y privados para la realización de ejercicio aeróbico así como la impartición de talleres educativos sobre alimentación saludable.

"Ya bájale comienza en casa" involucra a las distintas áreas de la Secretaría de Salud, promoviendo la iniciativa del personal de la institución para la adopción de estilos de vida saludables.

"Ya bájale en escolares" se trabaja en la prevención y detección de sobrepeso y obesidad en los siguientes grupos de edad preescolares, escolares y adolescentes, así mismo se promueve la práctica de actividad física en las escuelas, y alimentación saludable, se efectúan ferias de salud en las distintas jurisdicciones de la entidad con apoyo del personal del ANSA.

"Ya bájale" incluye una campaña de difusión permanente con spots de radio y televisión (canal estatal), redes sociales, consultorio virtual y cápsulas informativas.

Programa PREVENISSSTE

En el ISSSTE delegación Hidalgo se lleva a cabo una estrategia que deriva de nivel Federal, a fin de concientizar a la población derechohabiente a esta institución se brinda:

1. Orientación nutricional y vigilancia de peso y talla a los derechohabientes de las Unidades médicas.
2. Pláticas educativas dirigidas a grupos de ayuda mutua, en Clínicas de Medicina Familiar y Hospitales, siendo pilar fundamental en la Acreditación de estos grupos.
3. Unidades Móviles: Intervenciones en dependencias gubernamentales, mediante la estrategia "PrevenISSSTE en tu trabajo", con la participación de un médico, una nutrióloga, siete enfermeras, un activador físico, una gerontóloga y un odontólogo, incluyendo a la nutrición como línea de acción.
4. Delegación Estatal: se cuenta con un equipo integrado por una Nutrióloga y del Activador Físico, quienes acuden a algunas dependencias de gobierno y mediante intervenciones focalizadas a grupos blanco, se persigue la reducción de medidas antropométricas.
5. Promoción de la Lactancia Materna en las Unidades médicas, mediante los grupos de embarazadas.
6. Transversalidad de la nutrición en los diferentes grupos etarios de los derechohabientes.

Se cuenta además con una herramienta tecnológica en línea que permite a los derechohabientes acceder al contacto con especialistas de la Escuela de Dietética y Nutrición que les guíen en un proceso de evaluación del estado de salud, educación para el bienestar y la salud personal, así como emitirán recomendaciones para mejorar la calidad, prevenir enfermedades y dar seguimiento adecuado a los tratamientos médicos.

Cuenta además con una página de Nutrición y ejercicio que proporciona información diversa acerca de diversas necesidades dietéticas, de ejercicio y estilos de vida saludables esenciales para el ser humano.

Programa PREVENIMSS

La promoción de hábitos y estilos de vida saludables, para limitar la presentación de enfermedades crónicas forma parte ya de las actividades prioritarias del Sistema Mexicano del Seguro Social.

La promoción individual y grupal:

1. Programa de Pasos por la Salud: en donde se induce un estilo de vida activo y saludable a través de la alimentación correcta, consumo de agua simple potable y práctica diaria de actividad física, acciones implícitas en todas las acciones educativas dirigidas a los diferentes grupos etarios,
2. ChiquitIMSS en preescolar y primaria,
3. JuvenIMSS en adolescentes,
4. Programa Ella y El con PREVENIMSS para adultos de 20 a 59 años de edad,
5. Programa de Envejecimiento Activo para adultos mayores de 60 años.

Detección oportuna de factores de riesgo a través de la atención preventiva integrada en donde se les realiza una serie de detección a los pacientes y acompañantes en las Unidades de Medicina Familiar estas acciones se realizan en paquete por una enfermera en un solo lugar y en un mismo momento, con:

- Toma de medidas antropométricas,
- Estratificación del estado nutricional,
- Tamizaje para diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, cáncer de mama y cervico-uterino, etc.

Diagnóstico y tratamiento oportuno: para dar cumplimiento a esta línea de acción se cuenta ya en las unidades médicas con el programa DIABETIMSS, en el cual se da atención integral y multidisciplinaria al paciente diabético que lo lleve a tener un mejor control, con ello evitar o retrasar la aparición de complicaciones así como las muertes prematuras.

Difusión: se inició una campaña con el lema Chécate, mídete y muévete a través de medios masivos de comunicación y por medio de protectores de pantalla en todos los equipos institucionales.

Además se tiene la política de "Venta exclusiva de alimentos y bebidas saludables en inmuebles institucionales, como parte del programa se implementó en todos los trabajadores del IMSS de nómina de mando, la mediciones de basales, posteriormente una intervención educativa y de modificación de estilo de vida y una segunda medición a los 4 meses, la meta es disminuir en un 10 por ciento el peso corporal en trabajadores con obesidad y sobrepeso.

Proyecto Modelo Contra Obesidad y Diabetes

En respuesta a la epidemia de obesidad y Diabetes y sus consecuentes enfermedades no transmisibles, en donde México presenta alta prevalencia, el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud y las entidades federativas han implementado un proyecto modelo que permita contener la prevalencia de estos padecimientos así como limitar su progresión y aparición de complicaciones, por lo que bajo un modelo médico integrado de políticas públicas efectivas, se inicia el Proyecto Modelo Contra Obesidad y Diabetes que en el año 2013, en donde Hidalgo es uno de los 13 estados pilotos que lo inician, desarrollado en específico para mejorar la atención en los Centros de Salud de primer nivel de atención, enfocado a ECNT y basado en 4 ejes prioritarios:

1. Garantía del abasto de 20 medicamentos del catálogo CAUSES, así como 10 pruebas de laboratorio para el 100% de los usuarios con padecimientos crónico en las unidades. Además de un control estricto del abasto de los mismos.

2. Fortalecimiento del capital humano. Se ofertan 162 becas virtuales por parte del ICSS para cursar el Diplomado Prevención y Atención Integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Consta de 14 ejes temáticos.
3. Estrategias proactivas de prevención. Se realizarán actividades de detección de los casos de prediabetes, prehipertensión y sobrepeso para instalar actividades de atención y prevención a través de un modelo denominado MIDO (medición integrada para la detección oportuna).
4. Cobertura efectiva para romper las inequidades de acceso. Se utilizarán el uso de innovaciones tecnológicas de internet y sistemas de comunicación (celulares y telemetría) para asesoría personalizada a los usuarios con enfermedades crónicas.

Este proyecto se lleva a cabo en la Unidad de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME EC) de Pachuca y 7 Unidades de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Pachuca: Jesús del Rosal, Aquiles Serdán, Arbolito, Matilde, Pachuquilla, Saucillo y Ávila Camacho.

Con la firme intención de revertir la tendencia de sobrepeso y obesidad, incrementar el porcentaje casos de Diabetes en control y retardar la aparición de las principales complicaciones, se inicia la capacitación con un diplomado de Enfermedades crónicas impartido en línea por el ICSS, al personal de 7 Centros de Salud de la Jurisdicción I de Pachuca, y de la UNEMEs EC, el surtimiento de medicamento de primer y segundo nivel, a los Centros de Salud, para dotar a la población con padecimientos crónicos y lograr el control metabólico.

Marco Jurídico

La Estrategia Estatal para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes cuenta y se fundamenta con un marco jurídico que establece atribuciones y obligaciones en el cual concurren documentos e instrumentos legales diversos, destacando por su importancia entre otros, reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas que a continuación se presentan:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Establece en su Artículo 4º que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, lo cual está definido en la Ley General de Salud que reglamenta las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Basado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Reglamentos

1. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. D.O.F. 14-V-1986.
2. Reglamento de Insumos para la Salud. D.O.F. 04-II-1998. Reforma D.O.F. 19-IX-2003.
3. Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud. D.O.F. 28-V-1997, 27-V-2003.
4. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. D.O.F. 19-I- 2004.Reforma D.O.F. 29-XI 2006.

Normas

1. Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. D.O.F.17-XI-1999.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad. D.O.F. 19-XI-1999.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la vigilancia epidemiológica. D.O.F. 11-X- 1999.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
5. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. D.O.F. 15-X-2012.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. D.O.F. 17-I-2001.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. D.O.F. 21-VII-2003.

8. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad; DOF: 04/08/2010.

Otros documentos para brindar orientación

1. Guías de prácticas clínicas del Centro Nacional de Excelencia tecnológica en Salud (CENETEC).
2. Guía de Alimentación para Población Mexicana 2006 SS Programa de salud del Adulto y del Anciano.
3. Manual "Pausa para la Salud" 2006 SS Programa de salud del Adulto y del Anciano.
4. Manual para la Prevención, Detección, Tratamiento y Control del Riesgo Cardiovascular y Diabetes.

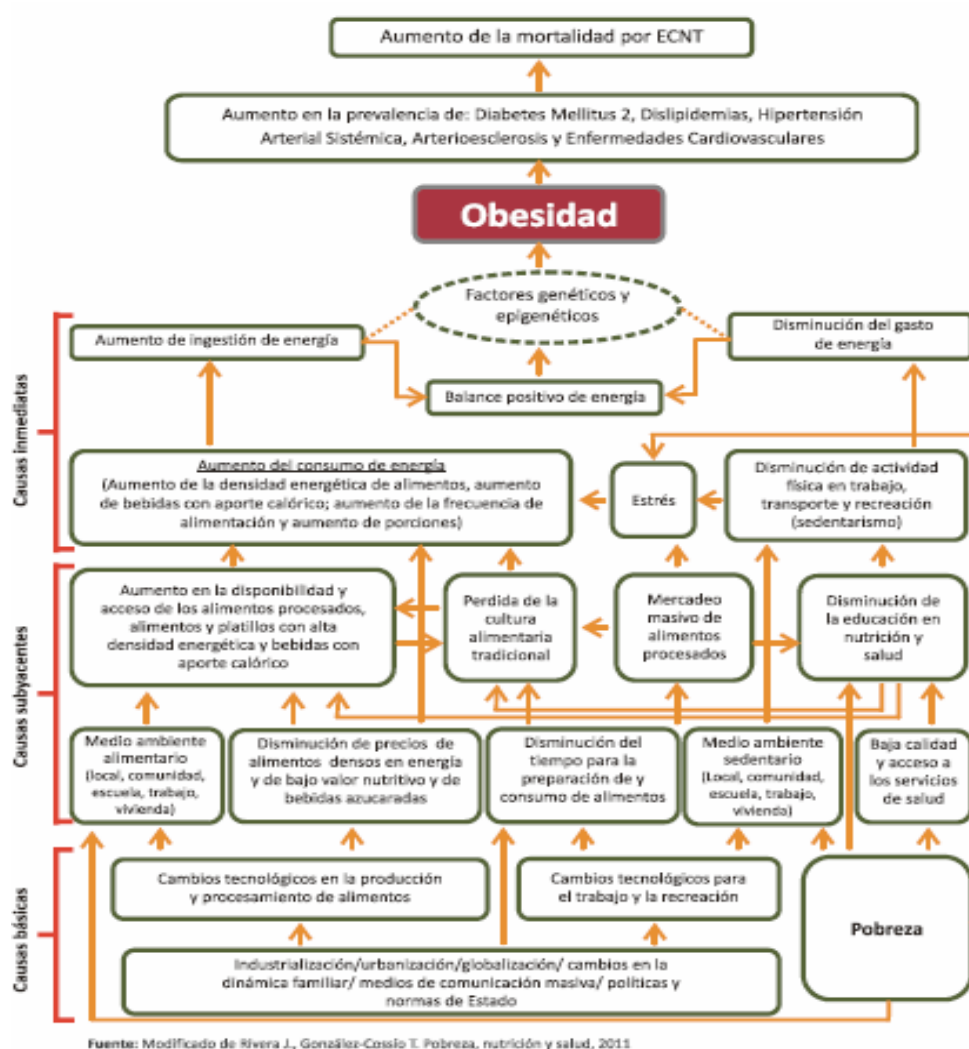
Otros ordenamientos jurídicos

1. Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos 1996. D.O.F. 15-XI-1996.
2. Primera actualización de la edición 2006 del cuadro básico y catálogo de medicamentos. D.O.F. 23-XI-2006.

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 México²⁸.

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.



²⁸Barquera Simón, I. C. (2013). ENSANUT 2012. Evidencia para la Política en Salud Pública. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.

Se presentan tres niveles causales de la problemática del sobrepeso y la obesidad, es necesario hacer hincapié en que todos están interrelacionados y no deben ser vistos de manera lineal sino integral.

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 e los países y una mayor oferta de alimentos de las cadenas de comida rápida que ofrecen paquetes de distintos tamaños con distintos niveles de densidad energéticas de sus productos. También con la globalización ha habido un aumento de urbanización en los países en vías de desarrollo, esta urbanización trae consigo un cambio en el panorama urbano, un incremento en el transporte y una disminución de espacios públicos al aire libre, estos elementos juegan un papel importante para la generación de ambientes sedentarios que tendrá como resultado una disminución de la actividad física y por lo tanto en el gasto energético de las personas.

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

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

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

individual, familiar, comunitario, social y global, que al interactuar con los factores genéticos y epigenéticos generan sobrepeso y obesidad²⁹.

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 para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad, y la Diabetes se integran acciones de comunicación multisectoriales para promover estilos de vida saludables; políticas educativas y laborales que permitan ejercer un estilo de vida saludable en escuelas y centros laborales; evaluaciones de grupos de consumidores y organismos no gubernamentales (ONG's), así como concientización de diversos actores de la sociedad sobre el problema de obesidad y enfermedades no transmisibles, y la urgencia de implementar acciones para su prevención.

Se busca asimismo, un alineamiento estratégico de las acciones para promoción de la salud y prevención de las enfermedades no transmisibles, lo que involucra al IMSS, ISSSTE, Pemex, entre otros, es decir, el Sistema de Salud en su conjunto, a la par que los sistemas de salud de las entidades federativas para impulsar una Estrategia Estatal de contundentes alcances.

El desarrollo de la Entidad Hidalguense puede estar comprometido por diversas problemáticas como el sobrepeso, la obesidad y la Diabetes, sin embargo no se puede dejar en manos de una sola institución la responsabilidad de preservar la salud, y atenuar la prevalencia de estas enfermedades; las repercusiones son diversas y requieren la atención de todos los órdenes de gobierno, de la sociedad y de la iniciativa privada.

Los altos costos económicos y sociales que implican la atención de las enfermedades no transmisibles requieren la puesta en marcha de acciones específicas que coadyuven a la detección y diagnóstico oportuno, así como tratamiento adecuado, que conduzcan al control del padecimiento evitando la aparición de complicaciones agudas y crónicas.

²⁹Juan Ángel Rivera Dommarco, M. H. (2012). Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado (Primera ed.). México: UNAMSECRETARÍA DE SALUD

Por lo anterior en la formulación de esta estrategia se involucra tanto el Sector Salud, como diversos organismos sociales a trabajar en la promoción de estilos de vida saludables a fin de mejorar la calidad de salud en las personas. De tal forma que la Estrategia es multisectorial y cuenta con un eje de políticas públicas en donde todas las dependencias de gobierno deben coordinarse para el trabajo en conjunto a fin de lograr las metas establecidas.

Las acciones a realizar para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, encuentran deben abarcar distintos los diferentes marcos de acción de la salud:

- Promoción a la salud: acciones para el desarrollo de aptitudes personales para la salud (alimentación correcta), desarrollo de entornos saludables (escuela y sitios de trabajo), acciones comunitarias (actividades en espacios públicos), impulso de políticas saludables.
- Prevención de enfermedades: acciones para la detección temprana de enfermedades no transmisibles, con un sistema de monitoreo que proporcione información sanitaria y reúna de forma periódica datos sobre los Factores de riesgo (Observatorio de ENT).
- Atención Médica: fortalecimiento de la capacitación al personal de salud, incorporando información de prevención y control de enfermedades no transmisibles, con énfasis en la atención primaria en salud.
- Regulación Sanitaria y política fiscal: acciones de vigilancia focalizada en alimentos y bebidas; la publicidad de estos productos

Ejes Rectores

Investigación y evidencia científica

El desarrollo pleno del estado de Hidalgo tiene necesariamente que apoyarse en el desarrollo científico y el fomento a la investigación. Puesto que “para lograr la prevención y control de la obesidad y sus comorbilidades en un plazo razonablemente corto, es fundamental apoyar la investigación científica, particularmente aquella dirigida al esclarecimiento de los factores de la dieta que aumenten el riesgo de obesidad y de enfermedades crónicas”³⁰.

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

Corresponsabilidad

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

Grupos vulnerables como sectores de bajo ingreso, migrantes, niños y ancianos tienen mayor probabilidad de no contar con información adecuada para el autocuidado de la salud, pero podrían beneficiarse de un sistema que les procure información, apoyo y protección. Por ello, es preciso fomentar la cultura de la prevención del sobrepeso y la obesidad en los ámbitos individual y colectivo, tanto en el sector privado como en el público, para realizar acciones conjuntas de manera que se incentive al cambio de hábitos y comportamientos saludables. Se debe fomentar un diálogo permanente con los actores centrales para atender al entorno y, con mayor énfasis, comprender que el sobrepeso, la obesidad y la diabetes son problemas que no sólo incumben y afectan al Sector Salud.

La participación conjunta implica una responsabilidad, entendida como la capacidad de ofrecer una respuesta pertinente, congruente y oportuna a las necesidades o problemas que enfrenta un grupo de personas. En este sentido, se estaría hablando de una corresponsabilidad que tiene que ver con la delimitación y articulación del

³⁰Rivera Dommarco, Juan Ángel, et. al. (2012). Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado. Pág. 27.

desempeño de cada uno de los integrantes del grupo para asumir, en consecuencia, las funciones y actividades correspondientes al cuidado de la salud³¹.

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 salud³².

Intersectorialidad

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

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

Evaluación del impacto

³¹Aguirre Huacuja, E. La Corresponsabilidad Operativa en la Atención Primaria a la Salud. Salud Pública de México 1994; 36:210-213.

³²Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas, OMS, Gobierno de Australia Meridional, Adelaida 2010.

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

Rendición de cuentas

Dentro de las estrategias transversales para el desarrollo nacional, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 contempla la creación de un Gobierno Cercano y Moderno, en donde existan mecanismos de evaluación que permitan mejorar el desempeño y calidad de los servicios. A la letra dice: "Por lo anterior, las políticas y los programas de la presente Administración deben estar enmarcadas en un Gobierno Cercano y Moderno orientado a resultados, que optimice el uso de los recursos públicos, utilice las nuevas tecnologías de la información y comunicación e impulse la transparencia y la rendición de cuentas con base en un principio básico plasmado en el Artículo 134 de la Constitución: "Los recursos económicos de que dispongan la Federación, los estados, los municipios, el Distrito Federal y los órganos político-administrativos de sus demarcaciones territoriales, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados"³³.

³³Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo, Pág. 23.

Objetivos

Objetivo General

Mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo estatal al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los hidalguenses, 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 oportunamente el universo de casos de sobrepeso, obesidad y diabetes para garantizar su adecuado control y manejo.
3. Generar una 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.
5. Limitar la prevalencia de enfermedades no transmisibles en la población hidalguense.
6. Disminuir la presencia de complicaciones por enfermedades crónicas.
7. Mejorar la calidad de la atención de los pacientes con enfermedades crónicas en las instituciones de salud de la entidad.

Visión 2018

- Reducción relativa del riesgo de mortalidad prematura por diabetes.
- Reducción relativa la presentación de complicaciones tempranas por diabetes.
- Reducción relativa de la prevalencia de inactividad física.
- Disminución en la incidencia de casos de sobrepeso, obesidad y diabetes.
- Aumento en el control de pacientes con diabetes, hipertensión y síndrome metabólico.
- Disminución de la mortalidad por enfermedades no transmisibles.

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.



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

Pilares de la Estrategia Nacional

Pilares	Descripción del Pilar	Ejes Estratégicos
Salud Pública	Busca 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.	• Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades No Transmisibles. • Promoción de la salud y comunicación educativa. • Prevención.
Atención Médica	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. 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. Capacitar a los recursos humanos en salud en lo referente a los temas relacionados con las enfermedades no transmisibles. Fomentar la investigación y la generación de evidencia científica.	• Acceso efectivo a Servicios de Salud. • Calidad en Servicios de Salud • Mejora de las competencias y la capacidad resolutiva del personal de salud. • Infraestructura y tecnología. • Abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio. • Monitoreo de la cadena de suministro. • Centro de atención a la diabetes. • Cirugía bariátrica. • Investigación y evidencia científica.

Pilares de la Estrategia Nacional cont.

Pilares	Descripción del Pilar	Ejes Estratégicos
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.	● Reformas en materia de publicidad de alimentos y bebidas. ● Reformas en materia de etiquetado de alimentos y bebidas. ● Medidas fiscales para disminuir el consumo de alimentos y bebidas de escaso valor nutricional.

1. Salud Pública

1.1 Sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles

Integración del Consejo Estatal de Enfermedades Crónicas CEEC

La participación de los diversos sectores de la sociedad en una estrategia trascendental como lo es la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, es de suma importancia, ya que la modificación de estilos de vida no es solo cuestión de salud, sino que involucra la culturalización de la población hacia mejores prácticas de vida, que incluyen desde el identificar los grupos de alimentos, seleccionar la mejor opción para la ingesta adecuada de nutrimentos, la práctica de ejercicio, los hábitos de convivencia familiar, social y ambiental, las relaciones interpersonales y la transmisión de hábitos a pares.

Por lo anterior es necesario crear el Consejo Estatal de Enfermedades Crónicas, en donde se contará con la participación de las diferentes instituciones del sector salud IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, Medicina Privada; Instituciones Educativas: SEP, UAEH, Colegio Médico Hidalguense, Red de Municipios por la Salud, Consejo Estatal del deporte. El consejo se conducirá bajo la rectoría de la Secretaría de Salud de Hidalgo, proponiéndose su instalación en el inicio de la EEPCSD, permitirá ampliar la

cobertura de acciones para disminución de la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas.

En el acta de constitución del CEEC se establecerán las responsabilidades, obligaciones y la periodicidad de celebración de reuniones.

Observatorio Mexicano de enfermedades no transmisibles OMENT

El diseño de este sistema de información permitirá monitorear el comportamiento de las enfermedades no transmisibles (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias) así como el sobrepeso y la obesidad. Por medio del mismo se establecerá una red de información a manera de Observatorio que procesará periódicamente información y emitirá informes de variables e indicadores relacionados con las enfermedades no transmisibles.

El sistema contará con información desagregada desde un nivel Estatal hasta el local, se trabajará con el consejo estatal y el Consejo Nacional de Enfermedades Crónicas a fin de:

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

El establecimiento de un mecanismo de difusión oportuna de la información oportuna sobre las enfermedades no transmisibles derivará de la coordinación por parte de CENAPRECE.

Censo de Enfermedades Crónicas (CEMPEC)

En los servicios de Salud de la Entidad se cuenta con un Censo Municipal de Enfermedades Crónicas en formato electrónico que aporta variables cualitativas, para acceder a la información general de los pacientes en tratamiento y en control, el mismo se fortalecerá a fin de contar con información actualizada al corte de reportes mensuales. Los datos que se capturan en dicho censo derivan del tarjetero de control de Enfermedades Crónicas lo que permite tener un seguimiento puntual de los pacientes.

Se efectuará capacitación continua (dos veces al año) al personal de salud para el manejo tanto de tarjetero como del CEMPEC para poder contar con información fidedigna del estatus actualizado de tratamiento y control. Las supervisiones que se

efectúan para valorar las actividades del programa tendrán como componente la supervisión de CEMPEC.

Censo Jurisdiccional de Enfermedades crónicas: de los datos que aporte el CEMPEC de nivel local, se integrará un censo jurisdiccional actualizado que permita acceder al análisis para el planteamiento de estrategias que refuercen las acciones de los programas de enfermedades crónicas.

1.2 Promoción de la salud

La promoción de estilos de vida saludables se dará bajo el concepto estatal “Ya bájale”, estrategia que desde 2011 busca fortalecer acciones contra el sobrepeso y la obesidad mediante actividades educativas y de participación social dirigidas a los diferentes entornos en los que la población vive, se desarrolla, trabaja y se recrea.

Que difícil resulta hablar del cambio de comportamiento, parece fácil sin embargo no es solo una cuestión de responsabilidad personal ya que puede ser influenciado por diversos factores sociales y ambientales. La economía y la cultura constituyen una fuerza poderosa que influye en los hábitos alimentarios y en la actividad física, de modo que debe abordarse con sentido realista para que las opciones de actividades saludables sean atractivas y fáciles de llevar a cabo.

Promoción de la alimentación correcta a nivel individual y colectivo.

Se han realizado diversas acciones - intervenciones de salud enfocadas a 3 aspectos particulares: Consumo de agua simple, alimentación correcta y el fomento de la actividad física, sin embargo la respuesta se ve influenciada por una amplia variedad de factores, no basta una buena información. El diálogo coloquial con familiares, compañeros de trabajo y amigos nos deja ver, que la gente en general considera la salud como solo uno de muchos factores al decidir qué va a comer y si va a hacer ejercicio o consumir agua simple.

Dos entornos favorables plenamente identificados son: el sistema institucional en el lugar de trabajo y las escuelas. Por consiguiente, las estrategias de salud pública tienen que tener en cuenta todos los factores que influyen en los comportamientos humanos clave que aterrizan sus acciones en ellos.

El tema de los entornos saludables ofrece una expectativa de mayor impacto al considerar la gran cantidad de familias que serán beneficiadas indirectamente si se logra sensibilizar prioritariamente a la población infantil, escolar y juvenil. Asimismo, el convencimiento de los líderes y autoridades permitirá que los escolares y trabajadores reciban información que fortalezca sus competencias en el cuidado de su salud y con ello participen en acciones dirigidas a mejorar y/o mantener la salud.

En este sentido, las estrategias y líneas de acción de la EESOD se otorgarán de acuerdo a dichos entornos y se formarán competencias en cada uno, buscando la mayor participación de la población a través del compromiso institucional en los diversos sectores. Se definirán los siguientes entornos como campo de acción: centros de trabajo, escuelas y viviendas.

Centros de trabajo y escuelas: Oficinas, Unidades Médicas de los SSH, escuelas públicas y privadas.

Un entorno laboral saludable promueve una buena salud, recurso indispensable para el desarrollo social, económico y personal, así como una importante dimensión de los ambientes laborales. Es por esta razón que, para que exista un entorno laboral saludable, se debe promover la participación de todos los actores para controlar, mejorar y mantener la salud y el bienestar de los trabajadores y, así, propender a un ambiente laboral saludable, donde se mejore su calidad de vida. Es en este ámbito que los profesionales, a través de la promoción de la salud, van a promover entornos laborales saludables, fomentando el desarrollo personal, familiar y social, apoyando de esta manera al cumplimiento de las metas definidas por empleadores y trabajadores.

Para abordar la presente línea de acción se debe tomar en consideración que 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. Aunado a lo anterior la nula o deficiente actividad física y los períodos prolongados de ayuno forman una fuerte alianza para hacer presente a la obesidad.

Por lo anterior se desarrollarán actividades que ayuden a contrarrestar estos factores de riesgo en los trabajadores durante la jornada laboral:

- Impulsar la eliminación de publicidad de alimentos no nutritivos: Retirar máquinas expendedoras de refrescos, dulces, pastelillos, confites, Retirar imágenes de productos de bajo valor nutrimental, etc.
- Fortalecer la disponibilidad y consumo de agua potable: Instalación de dispensadores de agua y conos en todas las áreas comunes. Ofertar agua en todas las reuniones de trabajo. Instrumentar taller ¡Ya bájale y come sano! Con valor curricular en 2 variantes, como asistente y como facilitador (Tema 1 Consumo agua simple).
- Fortalecer la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria: Instrumentar taller ¡Ya bájale y come sano! Tema 2 Lactancia materna (Sesión informativa).
- Incentivar la eliminación gradual del azúcar, sodio, y grasas saturadas en alimentos: Instrumentar taller ¡Ya bájale y come sano! Tema 3-1 Alimentación correcta en los lugares de trabajo. (Taller).

- Incentivar el incremento del consumo diario de verduras, frutas y leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, de acuerdo a la disponibilidad, costumbres y accesibilidad: Instrumentar taller ¡Ya bájale y come sano! Tema 3-2 Alimentación correcta en los lugares de trabajo (Taller).
- Mejorar la capacidad de toma de decisiones informada de la población sobre una alimentación correcta a través de la lectura de etiquetas y del fomento del conocimiento en nutrición y salud: Instrumentar taller ¡Ya bájale y come sano! Tema 4 Lectura de etiquetas (Taller).
- Orientar sobre tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos y alimentos procesados: Instrumentar taller ¡Ya bájale y come sano! Tema 5 (Taller).
- Promover la creación e informar sobre los beneficios de contar con huertos familiares de traspatio: Instrumentar taller ¡Ya bájale y come sano! Tema 6 Horticultura urbana. (Taller).

Nota: Todas las actividades serán desarrolladas con la participación activa de personal multidisciplinario de ¡Ya bájale!

La promoción de una alimentación saludable y la actividad física en la escuela es fundamental en la lucha contra la epidemia de obesidad infantil. Como los niños y los adolescentes pasan una parte importante de su vida en la escuela, el entorno escolar es ideal para obtener conocimientos sobre opciones dietéticas saludables y la actividad física. Se impulsarán las acciones a través de la coordinación con áreas específicas de SEPH y con los padres de familia, interviniendo lo menos posible con las actividades docentes, pero incidiendo activamente en toda la comunidad educativa.

Viviendas

Las condiciones de la vivienda han sido reconocidas como uno de los principales determinantes de la salud de las personas. Las condiciones de la vivienda pueden promover o limitar la salud física, mental y social de sus residentes. Así como las enfermedades transmisibles se relacionan con el nivel de sanidad de las viviendas las no transmisibles se relacionan con el estilo de vida y hábitos relacionados con la cultura de la alimentación y práctica de la actividad física.

Para atender esta necesidad, se desarrollarán actividades mediante el trabajo permanente del personal de salud local.

Se ampliarán las acciones realizadas en oficinas e instituciones escolares, a las viviendas urbanas y rurales, con la participación de agentes y procuradoras de la salud, así como la población en general, con programación y difusión de los temas de la estrategia previamente mencionados, adicionalmente se crea un punto de promoción:

- Promover acciones contra sobrepeso, obesidad y diabetes mediante las unidades móviles específicas: Informar y desarrollar competencias en la

población que demande los servicios de prevención y promoción de la salud ante la orientación alimentaria, actividad física, el sobrepeso, obesidad o diabetes

Promoción de la Salud y comunicación educativa

Centros laborales: 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 y en el hogar, con las siguientes actividades:

- Crear un diagnóstico del riesgo ante la actividad física en los trabajadores: Aplicar cédula diagnóstica de riesgos.
- Promocionar la actividad física entre los trabajadores mediante campañas de sensibilización sobre la importancia de activarse física-mente: Difundir las recomendaciones para activarse.
- Fortalecer la caminata diaria por 30 min: Gestionar la autorización para que los trabajadores puedan salir de su oficina durante 30 min. a realizar su caminata.
- Impulsar la participación en la pausa de la salud: Gestionar la autorización para que los trabajadores que no realicen la caminata puedan llevar a cabo la pausa por la salud en su oficina durante 30 min.
- Difundir eventos de organizaciones civiles que fomenten la actividad física: Participar en la difusión de estos eventos empleando para ello las redes sociales y el correo electrónico.
- Promover conferencias informativas: Realizar un cronograma y darlo a conocer a los trabajadores mediante el correo electrónico y carteles.
- Realizar entrenamientos personalizados: Diseñar un plan de entrenamiento personalizado para los trabajadores.

Escuelas: Promocionar la actividad física en toda la comunidad educativa: Gestionar la autorización de difundir información.

- Difundir campañas para sensibilizar a la comunidad educativa sobre la importancia de activarse físicamente: Gestionar la autorización de difundir información.
- Realizar una evaluación basal del estado físico de los alumnos de educación básica: Considerar factores como el Índice de Masa Corporal (IMC) y condiciones generales del estado físico con el fin de suministrarles rutinas de ejercicio adecuadas a sus condiciones de salud.
- Fomentar la implementación del programa "11 jugadas para la salud": contribuir a la salud y bienestar de la población estudiantil, con énfasis en población vulnerable, como adolescentes con discapacidad (visual, auditiva, motora y mental), trastornos de déficit de atención e hiperactividad, con trastornos de la alimentación y población indígena, a través de la cultura del

cuidado de la salud escolar y de la actividad física (fútbol), en los jóvenes de las secundarias públicas.

Mediante la coordinación con padres de familia para intervenir lo menos posible con actividades docentes, así como con personal de INHIDE.

Viviendas: Las acciones serán desarrolladas mediante el trabajo permanente del personal de salud local.

- Promocionar la actividad física a las familias.
- Difundir campañas para sensibilizar a la población sobre la importancia de activarse físicamente: Fortalecer los grupos GAM para sanos, diabéticos e hipertensos.
- Promocionar los espacios de actividad física seguros (plazas públicas, centros comerciales, lugares de ocio y esparcimiento): Promover el rescate y uso de espacios públicos.
- Difundir eventos de organizaciones civiles que fomenten la actividad física.

Viviendas: Generación de procesos de participación social con énfasis en la participación comunitaria. Mediante la capacitación de líderes locales que facilitarán la implementación de acciones.

- Desarrollar cursos sobre orientación alimentaria, obesidad y diabetes: Replicar los cursos que recibió el personal de salud local y empoderar a la población solicitante sobre estos temas para generar líderes locales que ayuden a modificar su entorno.
- Crear redes de educadores: Convocar a los educadores formados en la prevención de sobrepeso, obesidad, diabetes y otras enfermedades no transmisibles para formar redes.
- Formar un censo de educadores en salud: Crear un registro de los educadores en salud y de las sociedades en que se agrupan.
- Fortalecer la capacitación de los comités comunitarios: Capacitar comités comunitarios que coordinen de manera formal las actividades de la Estrategia en sus comunidades.
- Fortalecer la implementación de acciones de la Estrategia a través de la vinculación con ONG's: Identificando las locales y establecer coordinación necesaria.

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

Considerando que la meta del gobierno federal es detener la tendencia al incremento y mantener estable las prevalencias de sobrepeso y obesidad en población adulta en 70% y en escolares 30%. Y que ha convocado a diversos sectores de la población a participar.

Comunicación Educativa

Existen comportamientos dañinos en la población que para que cambien o se abandonen requieren de una acción social adecuada, la mayoría de las veces dichos comportamientos afectan segmentos específicos de la sociedad particularmente vulnerables, por ello es relevante que las soluciones que se propongan, se reflejen en el cambio de actitudes, intereses, sentimientos y creencias del grupo poblacional afectado, beneficiando, no sólo al grupo en específico, sino a la población en general.

Población en General en los diferentes entornos: Promoción de la estrategia estatal a través de acciones de marketing social en salud y de difusión sectorial.

Para diseñar, implementar y controlar los programas que tienen como objetivo incrementar la aceptación de una idea o práctica, se usan los métodos de la mercadotecnia social considerando, siempre, la necesidad de generar programas efectivos de comunicación educativa para difundir mensajes informativos que fomenten la adopción de estilos de vida saludables.

Actividad 1: Fortalecer la difusión de la campaña estatal “Ya Bájale” con mensajes que persuadan a la población a adoptar estilos de vida saludable.

- Definición de la imagen de la estrategia integral de la campaña con un enfoque intercultural propio del Estado, para medios.
- Homologar todos los materiales existentes con enfoque preventivo, de atención y seguimiento a tratamientos.
- Actualizar los materiales posicionados.
- Difundir los materiales a las Instituciones participantes en la Estrategia Estatal.
- Dar seguimiento a la adecuación al plan de medios de la campaña con base en la temporalidad que el Estado requiera.
- así como los inherentes a medios masivos de comunicación para reposicionar la estrategia, logrando que el target, adopte como propio, la imagen de la misma.
- Fortalecer las acciones de la estrategia Ya Bájale con los enlaces Institucionales así como otorgarles la actualización de los materiales con la nueva imagen.
- Fortalecer la difusión del uso de la Cartilla Nacional de Salud en todos los materiales emitidos para la Campaña.

- Coordinar el envío de los materiales homologados para todas las Instituciones y que a su vez cada una haga lo propio en materia de difusión para posicionar la imagen de la Estrategia.

Actividad 2: Diseñar una estrategia de acciones educativas que coadyuven en el posicionamiento de la Estrategia Nacional a través del fortalecimiento de la Estrategia estatal Ya Bájale.

- Elaboración de propuestas de acciones que coadyuven al posicionamiento de la imagen de la campaña estatal "Ya Bájale", a través de actividades educativas, tales como concursos de baile, canciones, fotografía, spots, comic, en diversos grupos poblacionales del estado, y así fomentar la participación social logrando el objetivo de inclusión.
- Realizar una programación de actividades incluyentes y educativas con periodo anual 2014- 2018.
- Realizar reuniones de coordinación con las áreas que apoyarán las actividades artísticas incluyentes.
- Difundir de manera masiva los eventos programados para fortalecer la participación ciudadana.

Actividad 3: Realizar acciones de difusión.

- Definir un vocero oficial de la Estrategia Estatal.
- La Subdirección de Difusión Sectorial realizará un plan de medios acorde a la temporada el cual incluirá entrevistas en radio, televisión y prensa.
- La Subdirección de Difusión Sectorial gestionará la producción y difusión de spots de radio y televisión para la transmisión de acuerdo a la temporada que se presente para lograr la cobertura deseada con enfoque intercultural.
- Coadyuvar en la emisión de mensajes que fortalezcan la Imagen de la Secretaría de Salud y que lleve a generar confianza en la población para lograr el acercamiento a las Unidades de Salud y con ello garantizar el diagnóstico, tratamiento y control.
- Realizar una programación de emisión de mensajes alusivos en redes sociales oficiales.
- Coadyuvar en la inclusión de los líderes de opinión del Estado.
- Fortalecer la Imagen de la Secretaría de Salud para generar confianza en la población hidalguense.
- Coordinar lineamientos de información con las áreas de Comunicación Social de las Instituciones participantes a fin de homologar la emisión de mensajes.

1.3 Prevención

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

Estrategia Ya bájale!

En la entidad se efectúa la estrategia Ya bájale!, ésta estrategia de prevención de enfermedades considera el autocuidado y la participación social. Las acciones se enfocan en la promoción de estilos de vida saludables en diferentes ámbitos de convivencia de la población, para desarrollar entornos favorables, ésta estrategia se fortalecerá extendiendo las actividades a toda la entidad, en primer lugar hacia las instituciones de salud, educativas y dependencias de gobierno en donde se tiene ya experiencia del manejo.

Las actividades serán coordinadas por personal de salud de las unidades médicas, con participación activa de la sociedad: mediante talleres, pláticas, videos, conferencias, obras de teatro.

Orientación del Sistema Estatal de Salud hacia la detección temprana

El fortalecimiento de la detección de enfermedades no transmisibles traerá en un segundo tiempo, la demanda de atención médica en las unidades de salud, por lo que se capacitará al personal prestador de servicios de salud para efectuar un diagnóstico oportuno de los casos que puedan tratarse en el primer nivel, situación que requerirá el reforzamiento de la atención centrada en el paciente, en lugar de la tradicional atención focalizada a una enfermedad en particular.

Se establecerá la coordinación con las instituciones respectivas para promover la participación o integración al equipo de atención integral de un especialista en diabetes o educador en diabetes, un oftalmólogo especialista en retina y un odontólogo, los cuales actualmente no forman parte del personal.

En Hidalgo a través de la Dirección de Unidades Especializadas se está fortaleciendo la capacitación a médicos, psicólogos, nutriólogos, enfermeros con personal especializado que brinda atención Médica en Hospitales de Segundo Nivel, para ofertar atención médica integral y de calidad.

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 año 2000 la pre obesidad ha sido reconocida como un problema de salud pública.

- Prediabetes: de acuerdo a 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 Estatal, el personal de las unidades de salud del primer nivel de atención incrementará el número de contactos 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. En los casos que 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. En todos estos escenarios, se requiere que las personas reciban tratamientos personalizados acorde con su propio estado de salud y condición genética.

Se implementarán mecanismos dirigidos a la población en general con una serie de eventos que permitan la prevención y detección oportuna de enfermedad crónica entre las que se encuentran:

Semana Estatal de Detección y Prevención de Enfermedades Crónicas

En coordinación con los integrantes del Comité Estatal de Enfermedades Crónicas, se llevará a cabo de forma anual la Semana Estatal de Detección y Prevención de Enfermedades crónicas en donde se efectuarán:

- Acciones de detección de Sobrepeso, obesidad, diabetes, con medición antropométrica y de glicemia.
- Referencia a Unidades Médicas de Casos positivos para ingreso a tratamiento.
- Promoción del autocuidado de la salud

Ubicando puestos en sitios estratégicos que permitan el acceso a la población, de forma que pueda brindarse un seguimiento puntual de los casos positivos. Se identifican como lugares prioritarios los siguientes:

- Instituciones de Educación básica: primarias, secundarias.
- Instituciones de Educación media superior: bachillerato.
- Instituciones de Educación superior: universidades
- Centros de Salud de Cabeceras municipales
- Plazas públicas y comunitarias

- Centros Comerciales
- Dependencias de gobierno

En esta semana se realizarán detecciones de la población que cuente o no con seguridad social, con el objeto de derivar a los casos positivos a un servicio médico para atención integral en donde se ingrese al paciente al control nutricional y médico, con cambios en estilo de vida, integración a grupos de ayuda mutua y/o ingreso a planes de ejercicio, e inicio de tratamiento médico que conduzcan a revertir la patología y en el caso de diabetes al control metabólico.

Proyecto MIDO para detección de Obesidad y Diabetes

Dentro de la operación del Proyecto Modelo Contra Obesidad y Diabetes se establece la detección como eje direccional de las actividades del proyecto, ya que a partir de este cuestionario se derivarán las actividades posteriores de atención médica. La utilización de innovaciones tecnológicas en el proyecto permite ampliar la cobertura de acceso a los servicios de salud, para brindar asesoría personalizada a los usuarios con enfermedades crónicas.

Dentro de las actividades que se efectuarán en el marco del proyecto MIDO se encuentran:

- Capacidad de detección oportuna de obesidad y diabetes mellitus en el primer nivel de atención, con módulos permanentes en todas las unidades de salud de la entidad.
- Ferias de la salud: detecciones en plazas públicas organizadas con equipo MIDO portátil: previamente programadas de acuerdo a cobertura de detección.
- Detecciones en Centros de Salud los 7 días de la semana para la población que acude a servicios médicos.
- Seguimiento de pacientes para prevención de complicaciones.
- Se realizarán recomendaciones por parte del equipo de salud en base en las guías de práctica clínica del CENETEC para el manejo y seguimiento de estos padecimientos.
- Se fortalecerá el seguimiento a los pacientes con enfermedad crónica a fin de dar brindar la oportunidad de integración a la actividad cotidiana tras ser diagnosticados, ya sea mediante la visita domiciliaria en las comunidades en que se requiera, y con la implantación de esquemas móviles de detección oportuna de enfermedades no transmisibles.

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

Grupos de ayuda mutua

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. Es necesario incrementar las actividades de los servicios de salud con intervenciones dirigidas a la integración de pacientes a grupos que permitan ampliar el conocimiento de cuidados y manejo de enfermedades no transmisibles.

El aumento de la cobertura de GAMs con inserción de nuevos pacientes de recién diagnóstico, permitirá incrementar el porcentaje de pacientes con sobrepeso, Obesidad y diabetes integrados y dará oportunidad de mejor seguimiento y control de la enfermedad, coadyuvando a la detección oportuna de complicaciones, reeducando al paciente a adquirir estilos de vida saludables a través de un seguimiento individualizado.

Se requiere de la formulación de un plan de trabajo, centrado en los integrantes del grupo, de acuerdo a las características particulares de los pacientes, la región, los hábitos y la cultura y educación. El plan presentara un cronograma de actividades especificando las metas a alcanzar, la fecha de realización de sesiones, el programa de actividades a desarrollar durante el año, incluyendo la medición antropométrica, revisión de pies y detección de complicaciones.

- Desarrollo y aplicación de manuales de procedimientos que faciliten la operación de sesiones grupales en unidades de primer contacto por parte del área normativa en coordinación con el área operativa.
- Capacitación al personal de salud y otras instancias ciudadanas para la detonación de los procesos, por parte de la dirección normativa, operativa en coordinación con Unidades especializadas y unidades de segundo nivel.
- Concientizar a los usuarios sobre la carga y responsabilidad de la enfermedad en la sociedad, por parte de la dirección normativa y la operativa.

Así mismo se ha programado en la entidad la acreditación de un Grupo de ayuda mutua por Coordinación Médica Municipal, lo que suma en total 84 grupos a acreditar en el año 2014, posteriormente de acuerdo a las metas nacionales se reprogramará de forma anual para llegar a cubrir el logro. El manejo del SIVEGAM será para validación y registro oportuno de la información.

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.

Unidades Médicas Especializadas de Enfermedades Crónicas

Las Unidades Médicas especializadas formarán parte de la Red de Excelencia en atención integral de enfermedades Crónicas, estas fungirán como centros de referencia de pacientes que no logran un control en las unidades de primer nivel de atención, a fin de confirmar el diagnóstico oportuno y el acceso a tratamiento integral de la enfermedad. Las actividades específicas a realizar son:

- Coordinación con el área operativa para fortalecer la referencia oportuna de pacientes a la UNEMEs EC.
- Capacitación a personal de salud de primer nivel para el manejo de pacientes con enfermedades no transmisibles bajo la atención integral de la UNEME EC.

Desarrollo de programas de incentivos para pacientes y médicos

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

El sistema de pago por desempeño ha dado resultados mixtos en programas nacionales de atención de la diabetes. Alternativas como promociones institucionales pueden tener efectos positivos en la actitud de los profesionales de la salud.

Estos incentivos en la población Hidalguense se manejarán de acuerdo a las habilidades de cada unidad Médica, sin embargo se dotará de herramientas para la sensibilización de los pacientes y médicos en la adherencia a tratamiento y la prestación de servicios médicos.

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.

Modelo de atención en las Unidades de Primer Nivel de Atención

Se propone la realización de un sistema de atención médica específico para la demanda de consulta de enfermedades crónicas, en donde a través de un sistema de agenda de citas se programe la consulta de la totalidad de pacientes en censo de enfermedades crónicas, que acudan con cierta periodicidad de acuerdo a su estado de control metabólico, especificando la fecha y hora de la cita a fin de evitar tiempos de espera prolongados, con seguimiento en Cartilla Nacional de Salud.

Se promoverá la participación de pasantes de carreras como enfermería, gerontología, geriatría, nutrición, activadores físicos, psicólogos, educadores en diabetes, especialistas en diabetes en la atención médica continua o en la realización de ferias de salud y en la Semana Estatal de Detección y Prevención de enfermedades crónicas.

Se deben considerar los siguientes puntos esenciales:

1. Capacitación de personal de salud en manejo de enfermedades no transmisibles.
2. Actualización de CEMPEC de manera mensual y depuración de Tarjetero de Enfermedades crónicas una vez al año.
3. Identificación de los pacientes de acuerdo a tipo de enfermedad y presencia de complicaciones.
4. Agenda de Citas de primera vez (al inicio de aplicación de modelo) con un tiempo estimado de 30 a 45 minutos.
5. Agenda de Citas subsecuentes de acuerdo a primera valoración, con tiempo estimado de consulta de 30 minutos.
6. Solicitud de estudios de laboratorio para diagnóstico en primera cita de acuerdo a estudios previos y estado de salud actual.
7. Solicitud de estudios de laboratorio para control trimestral, semestral o anual de acuerdo a diagnóstico, seguimiento y control.
8. Seguimiento individualizado a pacientes a través de visita domiciliaria y/o por medios electrónicos de acuerdo a las posibilidades de la población.
9. La referencia oportuna de pacientes de difícil control.
10. El reporte mensual del control de los pacientes.
11. Realizar talleres de capacitación para empoderar a la población acerca de la prevención y el manejo de enfermedades no transmisibles.

Se capacitará al personal de salud de todas las instancias para que adquiera herramientas y pueda sensibilizar al paciente en la prevención y el autocontrol de las enfermedades crónicas, de acuerdo a lo establecido en los lineamientos federales de manejo de las mismas. Esta coordinación se efectuará bajo los acuerdos del CEEC y respondiendo a las necesidades de la población de las distintas regiones de la entidad.

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

La modernidad la población demanda servicios de salud con atención de calidad lo que obliga a que el personal de salud tenga los conocimientos y las prácticas adecuadas para hacer frente a esta complejidad. La Implementación de una estrategia de capacitación en toda la entidad que permita la actualización de médicos, enfermeros, nutriólogos, psicólogos en las unidades de primer nivel de atención.

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

- Fomento de estilos de vida saludables: actividad física sistemática, progresiva y constante, plan de alimentación adecuado, manejo de emociones.
- Prevención, detección oportuna y manejo integral de las enfermedades no transmisibles: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, síndrome metabólico, dislipidemias y enfermedad renal crónica.
- Instauración de tratamientos de acuerdo a los requerimientos de los pacientes.
- Identificación temprana y oportuna de complicaciones asociadas a las enfermedades no transmisibles, para la atención con calidad, y para referencia oportuna.

La capacitación y actualización del personal médico, permitirá brindar oportunidad de reconocer el momento en que un paciente, no puede ser tratado en el primer nivel de atención:

- Se vinculara con instituciones locales para establecer programas de enseñanza y capacitación continua.
- Se aprovechará la convergencia tecnológica para ofrecer educación en línea y/o presencial innovadora que permita que el personal de salud acceda a la capacitación de forma remota.
- Se promoverá los incentivos en tiempo, para asegurar el aprovechamiento óptimo del personal de salud.
- Contará con el aval académico de instituciones prestigiadas de enseñanza.
- Permitirá la trazabilidad del desempeño académico del personal de salud en los diferentes ciclos de capacitación.
- Contará con esquemas de apoyo técnico para eliminar las barreras tecnológicas en el acceso a la capacitación.

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

La capacitación y actualización del personal de salud es un proceso continuo, al que se deben acceder a través de las guías nacionales sobre el manejo médico y nutricional de las enfermedades no transmisibles, se espera el material educativo que

proporcionará el nivel federal para el desarrollo de conocimientos y habilidades clínicas en el personal de salud.

- Se realizará y actualizará el censo de recursos humanos disponibles formados en la atención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles.
- A través de las UNEMEs EC se establecerá la Red de Excelencia en enfermedades no transmisibles y fungirán con centros que dirijan en coordinación con instancias educativas los contenidos de capacitación.
- Certificación de las competencias en el manejo de las enfermedades no transmisibles en el personal de salud, esta validación pretende dar más que un reconocimiento por acreditar un diplomado, con valor curricular y validez federal.

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

Para tener una calidad en la atención de los servicios de salud es necesario que los centros de formación adecúen sus programas de estudio a este cambio epidemiológico que vive el país y que estos cambios se vean reflejados en la práctica del paciente, promoviendo el autocuidado y el trabajo multidisciplinario.

- Se generaran acuerdos a través del CEEC sobre el tiempo y contenido de los temarios específicos para la atención de las enfermedades no transmisibles en la educación superior

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

A través del CEEC se fomentará la creación de redes a través de vinculación entre instituciones educativas para obtener un mayor número de evidencias y experiencias replicables que contribuyan al desarrollo de la Estrategia.

2.4 Infraestructura y tecnología

Uso de tecnologías para facultar a la persona

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

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

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

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

Esta estrategia solo se podrá implementar en ciertas regiones del estado, dada la falta de acceso a esta serie de innovaciones, sin embargo en las áreas en donde se carece de ello, la invitación organizada, podrá seguir siendo útil.

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

Se instaló el proyecto MIDO en la jurisdicción Pachuca respondiendo a la necesidad de un contar con Modelo Integral de Atención, el cual es un esquema de participación intersectorial que plantea la contempla el suministro adecuado y oportuno de medicamentos y exámenes de laboratorio; el fortalecimiento de capital humano; e innovaciones tecnológicas y de conectividad.

Sin embargo se deberán proponer proyectos que permitan la viabilidad de expansión de servicios de salud con las condiciones adecuadas para la prestación médica, con mejora de la infraestructura y equipamiento de las unidades de salud donde se atienden los pacientes con enfermedades no transmisibles.

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. Se establecerán estrategias de mejora para la cadena de suministro en lo referente a la adquisición, distribución y almacenamiento de los medicamentos, se llevarán a cabo acciones enfocadas a mejorar el monitoreo del suministro de medicamentos, y se facultará a los pacientes para que reporten deficiencias en la provisión de sus recetas.

Se propone la introducción de un sistema de control y abasto electrónico de medicamentos que permita:

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

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

- Permitir que las personas que viven con enfermedades no transmisibles 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.

2.6 Proyecto Modelo contra Diabetes y Obesidad

Se fortalece la ampliación del Proyecto Modelo contra Diabetes y Obesidad, iniciado en el año 2013, en siete unidades Médicas de la Jurisdicción Sanitaria no. 1. La extensión del proyecto se propone enfocada en el objetivo de la estrategia para mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo estatal. El objetivo es desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los hidalguenses, y revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, por medio de intervenciones de salud pública, con un modelo integral de atención médica que se implemente en las 17 jurisdicciones del estado con sus 84 municipios.

En la primera etapa: se realizarán los estudios de diagnóstico de las Unidades Médicas en un periodo de 3 meses, que dará pauta al reconocimiento de necesidades en materia de recursos humanos y materiales que permitan reorganizar el surtimiento, abasto y suficiencia de insumos, medicamentos, material médico y personal capacitado para brindar una atención médica integral, con calidad y calidez.

En una segunda etapa: se capacitará al personal médico y paramédico que tenga contacto con el paciente con ENT, a fin de actualizar sus conocimientos en manejo, tratamiento y seguimiento de las mismas. Se iniciará un sistema de agenda de citas que permita brindar una consulta médica integral, con tiempos adecuados para realizar exploración completa, educación para la salud que coadyuven al adecuado seguimiento y control del paciente con ENT.

Cuadro 1. Etapas del Proyecto de Atención Integral de Enfermedades no transmisibles.



Fuente: Departamento de atención a la salud del adulto y Adulto Mayor.

En esta etapa también es prioritario dotar de habilidades al personal de primer nivel de atención para manejo de sistemas electrónicos que facilitarán el seguimiento de los pacientes, incluyendo el expediente clínico, el tarjetero como las herramientas de apoyo para los tratamientos de pacientes con acceso a redes de internet y para aquellos que cuentan con diferentes herramientas no digitales. Para este proceso se considera un tiempo aproximado de 6 a 12 meses para la inclusión de las 482 Unidades Médicas del Estado.

La tercera etapa: constituye una monitorización continua que permitirá evaluar a los servicios de salud del estado, principalmente en lo que respecta a la atención médica de primer nivel, la promoción, educación y seguimiento de pacientes con ENT. La evaluación es parte fundamental en esta etapa, puesto que arrojará los resultados parciales de los esfuerzos de los servicios de salud del estado, y permitirá identificar las áreas de oportunidad que consolidarán los estilos de vida en la población, conduciendo hacia la modificación de patrones de conducta saludables, hasta reducir el aumento y las complicaciones por enfermedades no transmisibles, se propone una evaluación trimestral de acuerdo a los indicadores ya establecidos para cada programa.

Al momento del inicio de la estrategia se está llevando a cabo la prueba piloto en 7 unidades de la jurisdicción sanitaria 1 en Pachuca, que se pretende dentro de los próximos 4 meses se extienda a la totalidad de unidades de esta y a las unidades

médicas de cabeceras municipales de cada Jurisdicción sanitaria es decir en los 84 municipios del estado.

2.7 Centro de Diabetes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

En la lógica del Modelo de Atención Integral, el concepto del Centro es implementar un modelo de atención integral a pacientes con diabetes para mejorar su calidad de vida y prevenir complicaciones. Con una intervención multidisciplinaria y estructurada, que incluya la capacitación, adopción de conductas saludables, resolución de factores que limitan la adherencia terapéutica y prescripción del tratamiento acorde con los estándares internacionales.

Se fortalecerá la capacidad del personal de salud, en la identificación de pacientes candidatos a recibir tratamiento en Centros Especializados para el tratamiento de enfermedades no transmisibles, consolidar el sistema de referencia – contrarreferencia que dé seguimiento médico. El modelo se dirige a pacientes con diagnóstico reciente de diabetes y sin complicaciones, para efectuar una intervención costo-eficaz que disminuya el impacto de las complicaciones incapacitantes.

El programa está estructurado en cuatro visitas mensuales y seguimiento a distancia y a largo plazo. Un objetivo primordial es lograr el empoderamiento del paciente como participante activo del control de su enfermedad por medio del reforzamiento de conocimientos y del cambio de actitudes propias y de su entorno.

2.8 Cirugía bariátrica

La obesidad es considerada como "mórbida" cuando aumenta significativamente el riesgo de una o más condiciones de salud o enfermedades graves relacionadas con la obesidad, ocasionando invalidez física significativa e incluso la muerte.

El personal en el primer nivel de atención debe estar capacitado para conocer e identificar los tratamientos innovadores a los que puede acceder el paciente y realizar la referencia oportuna a fin de disminuir la presentación de complicaciones y el deterioro de la calidad de vida.

La obesidad mórbida tiene tres características que la definen:

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

2. Es una enfermedad potencialmente mortal. Las personas con obesidad mórbida tienen un riesgo de muerte dos veces mayor en el caso de las mujeres y tres veces mayor en el caso de los hombres. Si una persona con obesidad mórbida se complica con alguna enfermedad agregada y es diagnosticada a los 20 años, tiene pocas posibilidades de llegar a los 50 años. Incluso, el riesgo de muerte por diabetes o infarto cardíaco es de 5 a 7 veces mayor.
3. Es una enfermedad crónica, cuando los tratamientos médicos y dietéticos han fallado, solo la cirugía puede provocar un descenso de peso satisfactorio, mantenerlo en el tiempo, eliminar o resolver las comorbilidades y acercar al paciente lo más posible a su peso normal.

El tratamiento quirúrgico de la obesidad (cirugía bariátrica) es una opción efectiva para lograr una pérdida de peso sostenida en el paciente obeso, resolver o mejorar las comorbilidades asociadas a la patología y reducir la mortalidad relacionada a la obesidad³⁴³⁵³⁶³⁷.

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

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

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

2.9 Investigación y evidencia científica

³⁴Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, et al. Lifestyle, diabetes and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *New England Journal of Medicine* 2004; 351(26): 2683 – 93.

³⁵Buchwald H, Estok R, Fahrbach K, et al. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Medicine* 2009; 122: 248 – 56.

³⁶Fried M, Hainer V, Basdevant A, et al. Interdisciplinary European Guidelines for Surgery for Severe (Morbid) Obesity. *Obesity Surgery* 2007;17:260 – 70.

³⁷Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *New England Journal of Medicine* 2007; 357: 753 – 61

Generar de una estrategia de apoyo intersectorial para el desarrollo de evidencia que impacte en el diseño y mejora de políticas públicas. Es necesario desarrollar investigaciones que ayuden a la vigilancia epidemiológica, que midan el impacto de las acciones y que sean la base para la generación de tecnologías que permitan cumplir con los objetivos planteados.

Creación de centros de referencia para la investigación y atención en diabetes.

La concentración de recursos humanos y tecnológicos en centros especializados permite alcanzar los objetivos de la Estrategia en un tiempo menor comparado con la fragmentación del presupuesto en múltiples instituciones por ello es importante la creación de centros de investigación que permitan obtener evidencia científica sobre las metas propuestas, incluso, aprovechando los recursos tecnológicos actuales, siendo éstos centros virtuales de investigación.

- Realizar convenios con la iniciativa privada para la creación de centros de referencia.
- Difundir los resultados obtenidos en los centros de referencia para la investigación.
- Vincular de los centros de referencia con el Observatorio Nacional de enfermedades no Transmisibles.

Investigación genómica

La vigilancia epidemiológica propuesta en la Estrategia Nacional y reforzada por la Estatal representa un área de oportunidad única para hacer investigación integral sobre la etiología de estas enfermedades metabólicas, en afán de buscar interacciones gen-ambiente y valorar intervenciones personalizadas considerando el componente genético del individuo.

Se pueden fácilmente vislumbrar intervenciones tanto en el corto como en el mediano y largo plazo. En el corto plazo estarían las pruebas de fármaco genómica para algunos de los medicamentos más usados en México, con el consecuente aumento de su efectividad. También es fácil concebir las primeras modificaciones de intervención en los casos de obesidad sindrómica confirmada por diagnóstico molecular (obesidad familiar y de lesiones genéticas de alta penetrancia).

A mediano plazo estaría la estratificación de pacientes con obesidad o diabetes de acuerdo a patrones de expresión genética en tejidos relevantes así como por la característica de su microbiota. El diseño de las dietas y prescripción de medicamentos se apoyaría de manera creciente en este tipo de análisis.

Existen esfuerzos que tendrán una expresión marcada de índole nacional dadas las características de los objetivos planteados, actividades programadas y capacidades de las entidades para dar respuesta, sin embargo se pugna por extender los proyectos a

determinados grupos de la población en donde tendrá participación el estado de Hidalgo, dada su localización y la morbilidad que se presenta.

Los objetivos de este capítulo serán competencia tanto de la federación con la participación de los servicios de salud estatales así como las instituciones educativas, de investigación, organizaciones no gubernamentales, industrias que permitan consolidar a la entidad como pionera en la innovación científica.

3. Regulación sanitaria y política fiscal

En materia de regulación sanitaria, el estado de Hidalgo ha de esperar los tiempos establecidos en la normatividad que ya se emitió para dar cumplimiento a las observaciones y actividades que competan a la COPRISEH en tanto se dará seguimiento a las reglamentaciones existentes en la materia.

3.1 Etiquetado

La regulación sanitaria actualiza la reglamentación mexicana en materia de etiquetado y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas al público infantil en concordancia con las mejores prácticas internacionales. Se realizarán las siguientes modificaciones:

Etiquetado de Alimentos

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

Etiquetado frontal

Este sistema de etiquetado establece de manera obligatoria que la información nutrimental expresada en el etiquetado de alimentos cumpla con los siguientes requisitos:

1. Que señale el porcentaje que el contenido calórico del producto representa de acuerdo a la Ingesta Diaria Recomendada (IDR), distinguiendo la fuente de la cual provenga el aporte calórico del producto.
2. Adicionalmente se deberá expresar el contenido energético total de producto y no su porcentaje basado en una dieta de 2000 kcal como se hace actualmente.

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

Distintivo nutrimental

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

Los estándares fijados por la Secretaría de Salud serán concordantes con las mejores prácticas internacionales, en este sentido la propuesta es utilizarlos criterios hoy aceptados por el "Pledge" de la Unión Europea adaptándolos a la realidad de los hábitos de consumo de la población mexicana.

Estos criterios plantean dividir a los productos en ocho categorías:

Grafico 2. Estratificación de alimentos de acuerdo a mejores prácticas internacionales.

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

Fuentes:Eu Pledge Nutrition White Paper

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

3.2 Publicidad

Ante la urgencia de proteger a los niños mexicanos en riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles relacionadas con el sobrepeso y la obesidad, y

tomando en consideración los esfuerzos que a nivel internacional se están llevando a cabo en la materia, las modificaciones al marco jurídico vigente en materia de publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas contemplan:

- a) Definir como horarios de audiencia infantil los siguientes:
 - a. Lunes a viernes: de 14:30 a 19:30 hrs.
 - b. Sábados y domingos: de 7:00 a 19:30 hrs.
- b) Establecer que solamente podrán publicitarse, en horarios de audiencia infantil, aquellos productos que cumplan con los criterios nutricionales que para tal efecto emita la Secretaría de Salud.
- c) De manera excepcional se podrá hacer publicidad de alimentos y bebidas en horarios de audiencia infantil siempre y cuando se garantice de manera fehaciente que la audiencia del programa o la programación que se presente no excede del 35% de niños menores de 12 años, o bien que se trate de un programa televisivo que entre en alguna de las siguientes categorías:
 - Telenovelas,
 - Noticieros,
 - Películas y series no aptas para público infantil.
 - Deportes.

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

3.3 Política Fiscal

Para complementar los esfuerzos regulatorios, se considera necesario utilizar a la política fiscal, a través de la introducción de medidas impositivas que permitan reducir el consumo de aquellos alimentos y bebidas que son considerados como no aportantes de elementos nutritivos, en otras palabras, aquellos productos que tienen calorías vacías, es decir aquellos que aunque brinden al organismo un aporte energético significativo no tiene nutrientes necesarios³⁸.

Dado que la elasticidad-precio de la demanda por estos productos es mayor a uno en valor absoluto para casi todos los niveles de ingreso, el establecimiento de un impuesto deberá resultar en una sensible disminución en el consumo³⁹.

Esta medida ha entrado en vigor en todas las entidades de la federación.

³⁸Rivera Dommarco, Juan Ángel; et.al. Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado. Ed. UNAM. 2012 pp. 125-144

³⁹Idem

Dependencias e instituciones participantes

Servicios Estatales de Salud

- Analizar y difundir la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.
- Adecuar la operación de los servicios estatales de salud a la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.
- Implementar mecanismos de coordinación interinstitucional a nivel estatal para garantizar un adecuado desempeño de la Estrategia.
- Coordinar la implementación de los ejes, pilares estratégicos y acciones planteadas por la estrategia con otras establecidas por las políticas, programas e intervenciones de carácter local.
- Establecer mecanismos de seguimiento de la implementación de la Estrategia en los servicios estatales de salud.
- Desarrollar estrategias de capacitación del personal de salud de la entidad para la operación de la Estrategia.
- Participar en los ejercicios de capacitación, seguimiento, evaluación y retroalimentación de la Estrategia planteados por el nivel federal.

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Hidalgo

- Fortalecer la inclusión de verduras, frutas, leche descremada, cereales integrales, leguminosas y agua simple potable en los programas de la Estrategia desayunos escolares.
- 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.

Secretaría de Educación Pública

- Dar cumplimiento a los lineamientos generales para el expendio, distribución y suministro de alimentos y bebidas preparados y procesados en los planteles de educación básica, en coordinación con la Secretaría de Salud.
- Impulsar, en coordinación con el DIFH y SSH, la instrumentación de esquemas de alimentación correcta en las Escuelas de tiempo Completo.
- Fortalecer la coordinación intersectorial SEP-Salud para revisar, aportar sugerencias que fortalezcan los programas educativos fortaleciendo y nutrición adecuada en los escolares.
- Promover la disponibilidad y consumo de agua simple potable en los planteles de educación básica.

Consejo Estatal del Deporte

- 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.).

Comisión Estatal para la Protección contra el Riesgo Sanitario

- Fortalecer la difusión de la Normatividad en materia de etiquetado nutrimental y publicidad en abarroteras y tiendas de autoservicio, a través de la Comercio en Pequeño (CANACOPE), Cámara Nacional de Comercio (CANACO) y Asociación Nacional de Tiendas de Autoservicio y Departamentales (ANTAD)
- Difundir los Lineamientos para la Publicidad de alimentos y bebidas consideradas como no aportantes de elementos nutritivos: Realizar el fomento sanitario de los lineamientos para la publicidad de alimentos y bebidas con alto contenido calórico en medios de difusión masiva en el Estado.
- Fortalecer la vigilancia sanitaria en materia de etiquetado nutrimental y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas en fábricas, tiendas de autoservicio y abarroteras.
- Priorizar la vigilancia sanitaria en base a la evaluación de riesgos, aplicando en su caso las medidas de seguridad que correspondan.
- Vigilar el cumplimiento de la normatividad en materia de regulación de alimentos en instituciones educativas.

Sociedad Civil y Organizaciones No Gubernamentales

- Promover la alimentación correcta y la activación física en los entornos.
- Promover el retiro de máquinas expendedoras de alimentos con alto contenido energético de oficinas de dependencias públicas.
- Promover la preservación de entornos favorables de salud.

Academia de Medicina

- Fomentar la investigación científica en materia médica y nutricional.
- Generar un dialogo permanente con los actores relacionados con el problema del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.
- Incluir en programas académicos, contenidos temáticos con énfasis en la prevención y el control de enfermedades crónicas.

Iniciativa Privada

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

Red Hidalguense de Municipios por la Salud

La Red Hidalguense de Municipios por la Salud se suma a la EESOD, con las siguientes acciones que dan respuesta a los compromisos adquiridos por la Red Mexicana de Municipios por la Salud.

- Coordinar acciones con las dependencias locales para realizar intervenciones integradas que favorezcan la alimentación correcta y la actividad física.
- Impulsar que en las oficinas del municipio se promueva la alimentación correcta y consumo de agua simple potable.
- Asegurar el abasto de agua potable con énfasis en las escuelas de educación básica y promover su consumo.
- Apoyar en la organización de ferias con demostraciones de los alimentos saludables de la región.
- Promover que los vendedores localizados afuera de las escuelas oferten mayoritariamente o exclusivamente frutas, verduras y agua simple potable.
- Mejorar la infraestructura de espacios públicos y organizar eventos que motiven a la población para realizar actividad física.
- Otorgar un distintivo a aquellos establecimientos de alimentos que favorezcan la alimentación correcta y el consumo de agua potable.
- Compartir experiencias exitosas entre los municipios.

Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto Seguridad Social para los trabajadores al Servicio del Estado

- Integrarse a las actividades que señalen la Secretaría de Salud de la entidad para alcanzar los objetivos presidenciales.
- Desarrollar campañas de comunicación educativa en las instituciones y organismos que reciban servicio de la dependencia, orientadas a la promoción de alimentación correcta y practica de actividad física.
- Incorporarse al monitoreo del comportamiento epidemiológico nacional del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.
- Fomentar la capacitación y educación continua de los profesionales de la salud de primer contacto.
- Detectar oportunamente a las poblaciones en riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles.

- Asegurar el abasto oportuno y completo de medicamentos e insumos para satisfacer la demanda de los pacientes.
- Apoyar a las instituciones educativas en la modificación de la currículum de formación de personal de salud.
- Permanecer en comunicación directa con la Secretaria de Salud para seguimiento de la implementación de la Estrategia Estatal para la prevención y control del sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

Evaluación

Es esencial para la planeación, toma de decisiones y seguimiento en los distintos niveles técnico-administrativos; esta consistirá en el monitoreo continuo y la recopilación permanente de datos sobre el impacto y funcionalidad del programa.

Incluye la valoración de los determinantes, entornos y problemática que influyen en el desempeño por niveles de atención e instituciones, tomando en cuenta los recursos disponibles en los Servicios Estatales de Salud e instituciones, las cuales difieren en financiamiento, grado de experiencia y recursos humanos.

Es necesario fortalecer la infraestructura para el monitoreo y seguimiento continuo de la Estrategia en todos sus pilares con recursos específicos que permitan contar con información para la elaboración de indicadores que den cuenta de las metas de la Estrategia Estatal para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.

En apoyo a las acciones antes señaladas por cada uno de los pilares y ejes estratégicos se sistematizarán los mecanismos de supervisión como herramienta adicional de evaluación, monitoreo y capacitación en servicio del personal de salud, con un esquema piramidal que permite una cobertura razonable de los Servicios de Salud del Estado.

El análisis permanente de los indicadores de procesos, impacto en el gasto en salud, costo-efectividad, y las consecuencias distributivas de las intervenciones para la prevención de enfermedades no transmisibles y resultado intermedio como la mortalidad, incidencia, complicaciones y otras variables epidemiológicas, así como los relativos a los procesos involucrados en esta Estrategia, permitirá identificar los avances y áreas de oportunidad para mejorar el desempeño en todas y cada una de las unidades del sector salud; además de conocer el logro de las metas comprometidas.

La evaluación permanente de resultados requiere de disponibilidad y acceso a fuentes de información oportunas y confiables de una variedad de sistemas.

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

La evaluación atenderá dos objetivos: rendición de cuentas y la identificación de problemas y retos en el diseño o la operación del programa, para realizar una retroalimentación entre todos los involucrados y generar las recomendaciones

pertinentes para una mejora continua y de calidad.

Algunos de los indicadores que se contemplan para evaluar los diferentes indicadores de la estrategia son de proceso, de producto y de resultado.

El primero mide la evolución de los procesos de cambio, el segundo el producto de los procesos y el tercero permite medir los resultados finales de las acciones tomadas en la Estrategia; 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.

Esta Estrategia tiene una naturaleza integral. Incluye aspectos de prevención y atención médica, 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.

La evaluación también analizara la coordinación entre las diferentes instituciones de y otros sectores que participan en la Estrategia.

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 hidalguense, 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.

Los informes anuales de evaluación con el objetivo de dar evidencia 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.

Por último la inclusión del Observatorio como una unidad de control y vigilancia de las acciones emprendidas en la Estrategia Estatal para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes; la cual funge como una herramienta que permite llevar a cabo la evaluación y medición del impacto de las políticas públicas implementadas; dicha evaluación se realizará, en un principio, recabando información relacionada con la Estrategia a diversas entidades, organismos públicos y asociaciones civiles en su caso, para la emisión de diagnósticos periódicos sobre los resultados obtenidos de la evolución del programa, utilizando indicadores tales como el porcentaje de población con obesidad y sobrepeso en los diferentes estratos de edad, los costos de estos padecimientos y sus comorbilidades, y la mortalidad por causas generadas de la obesidad y el sobrepeso.

Anexo 1: Metas e Indicadores del Sistema Estatat y Nacional de Salud

Metas e Indicadores de la Estrategia Nacional y Estatal para la prevención y el control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes

1. Indicadores Nacionales de Evaluación de la ENCSOD

Indicadores de Salud Pública
Indicadores de Atención Médica
Indicadores de Regulación Sanitaria

2. Indicadores Caminando a la Excelencia en Enfermedades Crónicas

Los indicadores que se presentan a continuación se toman como base para alcanzar las metas propuestas, de elaborarse nuevos indicadores estatales, se perdería continuidad a la estrategia Nacional.

Por otra parte dado que las actividades plasmadas en este documento refuerzan el trabajo que actualmente se realiza dentro de la Secretaría de Salud de Hidalgo, es posible valorar el impacto de la estrategia en la evaluación de los Indicadores caminando a la excelencia, si bien la población de trabajo, la infraestructura y los recursos humanos son los mismos, consideramos que será suficiente el resultado de estos para evaluar el esfuerzo que se realizará.

3. Metas programadas en el marco de la estrategia Nacional en la Jurisdicción Sanitaria No. I en Pachuca de Soto Hgo.

En la segunda parte se presentan las metas programadas para la implementación de la Estrategia Nacional en la Jurisdicción sanitaria no. I de Pachuca de Soto como punto de partida de las actividades a implementar en toda la entidad durante el presente sexenio.

4. Indicadores de las Instituciones que integran el SNS:

Para dar cumplimiento a la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes y al Programa de Diabetes Mellitus 2013-2018; las Instituciones que integran del Sistema Nacional de Salud, propiciarán procesos y actividades en la población de responsabilidad, en donde se medirá resultados de corto y largo alcance a través de los siguientes indicadores elaborados en un consenso institucional.

Por lo que estos indicadores se presentan como propuesta preliminar de la evaluación de la estrategia Nacional, ya que no se cuenta con una meta establecida su inclusión de forma definitiva dentro los objetivos alcanzables de la implementación de esta estrategia.

1. Indicadores Nacionales de Evaluación de la ENCSOD

1.1 Indicadores de Salud Pública

	Objetivo	Meta
Salud Pública	Implementar esquemas proactivos de prevención y detección oportuna	Alcanzar una cobertura de Diabetes Mellitus en el 33% de la población de 20 años y más, anualmente.
	Incrementar el número de pacientes con Diabetes Mellitus en control con medición Hemoglobina glucosilada 6.5%	Alcanzar la cobertura de pacientes en seguimiento con hemoglobina glucosilada.
	Incrementar el número de pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 controlados con hemoglobina glucosilada	Alcanzar para 2016 el 33 % de pacientes con diabetes tipo 2 controlados con hemoglobina glucosilada por debajo de 7%
	Promover estilos de vida a través de medios de comunicación masivos con mensajes que enfatizan el diagnóstico, la alimentación correcta y la activación física.	Realizar anualmente al menos una campaña de difusión de comunicación educativa en medios masivos.
Tipo de indicador	Indicador	Descripción del indicador
Proceso	% de detecciones de diabetes Mellitus en población de 20 años y más.	El indicador resulta de la división del número de detecciones de DM en la población de 20 años y más, entre la población de 20 años y más, en un periodo de tiempo multiplicado por 100.
Proceso	% de pacientes con diabetes y medición anual con hemoglobina glucosilada (HbA1c)	El indicador resulta de la división del número de pacientes con DM tipo 2 con una medición de hemoglobina glucosilada al año, entre la población de paciente con diabetes, en el periodo de tiempo determinado multiplicado por 100.
Resultado	% de pacientes con diabetes en tratamiento que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada.	El indicador resulta de la división del número de pacientes con DM tipo 2 con hemoglobina glucosilada por debajo de 7 entre el número de paciente con diabetes, en seguimiento con hemoglobina glucosilada en el periodo de tiempo determinado por 100
Proceso	Desarrollo de campaña de comunicación educativa en medios masivos de comunicación.	Número de campañas educativas realizadas anualmente en medios masivos de comunicación entre el total de campañas educativas realizadas anualmente en medios masivos de comunicación programas en un periodo.

1.2 Indicadores de Atención Médica

	Objetivo	Meta
Atención Médica	Fortalecer la actualización del personal de salud en primer nivel de atención en el manejo adecuado del paciente con sobrepeso, obesidad y diabetes.	Lograr eficiencia terminal superior al 80% en la actualización en la atención de las ENT del personal de salud seleccionado de las unidades de primer nivel de atención.

	Incrementar el número de unidades en primer nivel de atención, con la supervisión de la unidad estatal, con abasto oportuno y suficiente de medicamentos para el control de la diabetes.	Alcanzar el 90% de unidades de primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos e insumos para el control de la diabetes.
	Identificar y validar marcadores para establecer medidas y terapéuticas para la obesidad y la diabetes tipo 2.	Disminuir la prevalencia de obesidad y sus complicaciones metabólicas a través del diseño de estrategias basadas en la evidencia genómica.
Tipo de indicador	Indicador	Descripción del indicador
Proceso	% de 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	% de unidades de primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos para el control de la diabetes.	El indicador resulta de la división del número de unidades con abasto oportuno y suficiente de medicamentos para el control de la diabetes, entre el total de unidades de salud de primer nivel de atención.
Resultado	Desarrollo de ensayos genómicos validados que sean útiles para la toma de medidas preventivas, terapéuticas y de salud pública dirigidos a disminuir la prevalencia de obesidad y sus complicaciones.	Numero de ensayos genómicos incorporados a la práctica para la prevención y el tratamiento de la obesidad y sus complicaciones en la población Mexicana.

1.3 Indicadores de Regulación Sanitaria

	Objetivo	Meta
Regulación Sanitaria	Mejorar la información nutrimental de alimentos y bebidas para orientar al consumidor sobre opciones saludables.	Lograr que el 100% de los alimentos y bebidas contengan información nutrimental en su etiquetado frontal
	Regular la publicidad de bebidas y alimentos dirigida al público infantil	Reducir la publicidad de bebidas y alimentos en horarios específicos en medios masivos de comunicación dirigidos al público infantil.
Tipo de indicador	Indicador	Descripción del indicador
Proceso	% de alimentos y bebidas con la información nutrimental en su etiquetado frontal	El indicador resulta de la división del número de alimentos y bebidas que contengan información nutrimental en su etiquetado frontal entre el total de alimentos y bebidas que se tengan registradas.
Proceso	Verificación de la publicidad de bebidas y alimentos transmitida en medios masivos de comunicación dirigidos al público infantil.	El indicador resulta de la división del número de anuncios detectados en bebidas y alimentos programados en horarios específicos en medios masivos de comunicación dirigidos al público infantil.

2. Metas de Indicadores Caminando a la Excelencia de Diabetes Mellitus y Obesidad Riesgo Cardiovascular 2014

Metas Estado de Hidalgo2014									
Metas Diabetes Mellitus									
Indicador	Número de unidades en el primer nivel de atención, con la supervisión de autoridad estatal, con abasto oportuno y suficiente de medicamentos para el control de la diabetes	Número de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento, que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada por debajo del 7% en población de 20 años y más, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	Número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento al que al menos se le realizó una medición anual con Hemoglobina glucosilada, en población de 20 años y más responsabilidad de la Secretaría de Salud.	Número de Grupos de Ayuda Mutua EC acreditados en el primer nivel de atención.	Actualización del personal de salud del primer nivel de atención en el manejo adecuado de pacientes con sobrepeso, obesidad y diabetes.	Detecciones de diabetes mellitus en población de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.			
Meta	2	362	7320	27	3	252,675			
Metas Obesidad Riesgo Cardiovascular									
Indicador	Número de detecciones de obesidad, hipertensión arterial y dislipidemias en población de 20 años y más, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	Número de pacientes de 20 años y más con hipertensión arterial en control, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	Número de pacientes de 20 años y más con hipertensión arterial en tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	Número de pacientes de 20 años y más con obesidad en control, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	Número de pacientes de 20 años y más con obesidad en tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	Número de pacientes de 20 años y más con dislipidemias en control, responsabilidad de la Secretaría de Salud.	Número de pacientes de 20 años y más con dislipidemias en tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud.		
Meta	377,296	15,607	26,792	5578	14,363	2450	4207		
Metas Unidades Médicas Especializadas									
Meta Unidades Funcionando	Meta De Cobertura De Pacientes 1º Vez UNEMES EC	Exploración Podologica	Microalbuminuria	Pacientes Con DM En Tx	Pacientes Controlados DM	Pacientes Con Dm Con Hba1c	Pacientes Con Obesidad En Tx	Pacientes Controlados Obesidad	Grupos Preventivos UnemesEc
Meta Por Turno		Meta 95%	Meta 90%	75%	50%	90%	25%	40%	
2	600	570	540	450	225	405	113	45	7

3. Metas programadas en el marco de la estrategia Nacional en la Jurisdicción Sanitaria No. I en Pachuca de Soto Hgo.

Pacientes En Tratamiento (Fuente Sis)										Indicador 1: Meta Mido, 1 Por Unidad De Salud Y 2 Portátiles		Indicador 2: Meta 3 3% Pndh	Indicador 3: Meta 50% De Pacientes Con Ingresos A Tratamiento		Indicador 4: Meta 10% Pacientes Con Insulina		Indicador 5: Meta 30% De Referencias		Indicador 6: Meta 30% Medido Con Hba1c		
Nombre De Unidad Participante	No. De Consultorios Por Unidad	Población Responsabilidad	Población Resp. >20 Años	Obesidad	DM	HTA	Sx. Metabólico	Dislipidemia	Ex. C.	Meta Mido	Meta M. Portátil	Meta Detección	Detecciones Positivas	Confirmación Diagnóstica 10%	50% Ingresos	10% De Insulinizados	Px En C.S No Controlados	Meta Referencia A La UNEMES EC	30% Control Dm		
Cs Jesús Del Rosal	12	26670	16002	408	221	24	165	107	0	1	2	5281	792	79	40	26	27	8	8		
Cs Aquiles Serdán	4	4348	2609	20	45	38	34	13	0	1	2	861	129	13	6	5	6	2	2		
Cs Arbolito	4	3862	2317	22	57	49	34	11	0	1	2	765	115	11	6	6	10	3	3		
Cs Avila Camacho	3	4534	2720	48	46	49	30	18	0	1	2	898	135	13	7	5	8	2	2		
Cs Matilde	3	4836	2902	25	28	31	40	5	0	1	2	958	144	14	7	4	5	2	2		
Cs Pachuquilla	3	17361	10417	26	73	90	26	13	0	1	2	3437	516	52	26	10	19	6	6		
Cs Saucillo	3	12916	7750	30	31	34	68	40	0	1	2	2557	384	38	19	5	6	2	2		
Total	32	74527	44716	579	501	315	397	207	0	7	14	14756	2213	221	111	271	81	24	24		
				3%	5%	6%	4%	0.5%	de DB 50% el 30%												
																SIS% control= descontrol el 30%				dislip NO	
METAS:	1. Porcentaje de unidades de salud del primer nivel de atención que cuentan con el esquema proactivo de detección oportuna de enfermedades crónicas																				
	2 Porcentaje de personas en el área geográfica de responsabilidad a las que se les realizó detección integrada de factores de riesgo																				
	3. Porcentaje personas a las cuales se les confirmo su diagnóstico y fueron ingresadas a tratamiento																				
	4. Porcentaje de personas con diabetes en tratamiento en su unidad de salud con esquema de insulinas																				
5. Porcentaje de pacientes no controlados de ECNT referidos a las UNEMES EC por las unidades de salud del primer nivel de atención.																					
6. Porcentaje de pacientes con diabetes en tratamiento en su unidad de responsabilidad con un valor de hemoglobina glucosilada menor a 7%.																					

4. Indicadores de las Instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud

Para dar cumplimiento a la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes y al Programa de Diabetes Mellitus 2013-2018; las Instituciones que integran del Sistema Nacional de Salud, propiciarán procesos y actividades en la población de responsabilidad, en donde se medirá resultados de corto y largo alcance a través de los siguientes indicadores elaborados en un consenso institucional.

Indicador PAE: Diabetes Mellitus

1. Mortalidad prematura por diabetes mellitus en la población de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.

Numerador: Número de defunciones de diabetes mellitus en la población de 20 a 59 años, en el Sistema Nacional de Salud.

Fuente: INEGI

Denominador: Total de población general de 20 a 59 años, en el Sistema Nacional de Salud en un periodo de tiempo determinado, multiplicado por 100,000.

Fuente: INEGI

Alcance: Nacional

Tipo de indicador: Impacto

Medición de avance: Acumulable

Dimensión a medir: Eficacia.

Frecuencia de medición: Biental

Tipo de medición: Tasa

Meta basal: 119.6

Meta 2018:

(2013-2018) (118.1, 117.5, 116.5, 115.6, 114.8 y menos de 114.0)

2. Porcentaje de detecciones de diabetes mellitus en población de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.

Numerador: Número de detecciones de diabetes mellitus realizadas en la población de 20 años y más, responsabilidad en el Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Documentos Internos Institucionales.

Denominador: Número de detecciones de diabetes mellitus programadas en la población de 20 años y más, responsabilidad en el Sistema Nacional de Salud por cien.

Fuente: Documentos Internos Institucionales.

Alcance: Nacional

Tipo de indicador: Actividad

Medición de avance: Acumulable

Dimensión a medir: Cobertura

Frecuencia de medición: Trimestral

Tipo de medición: Proporción

Meta basal: 23%

Meta 2018: (2013 - 2018) 33% Anual.

3. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento al que al menos se le realizó una medición anual con hemoglobina glucosilada (HbA1c) en población de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.

Numerador: Número de pacientes de 20 años y mas con diabetes mellitus en tratamiento y medición anual con hemoglobina glucosilada (HbA1c) responsabilidad en el Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Denominador: Número de personas de 20 años y más, a los que se le realizó medición anual de hemoglobina glucosilada, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Alcance: Nacional

Tipo de indicador: Actividad.

Medición de avance: Al corte.

Dimensión a medir: Eficacia

Frecuencia de medición: Trimestral

Tipo de medición: Proporción

Meta basal: 3.3%

Meta 2018:

(2013-2018) (1.65%, 4.95%, 9.9%, 16.5%, 24.75%, 33%)

4. Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus en tratamiento, que alcanzan el control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo del 7% en población de 20 años y más en el Sistema Nacional de Salud.

Numerador: Número de pacientes con diabetes mellitus en control con hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo del 7%, en población de 20 años y mas, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Denominador: Número de pacientes con DM en tratamiento de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud por 100.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Alcance: Nacional

Tipo de indicador: Actividad

Medición de avance: Al corte.

Dimensión a medir: Cobertura

Frecuencia de medición: Trimestral.

Tipo de medición: Proporción

Meta basal: 33%

Meta 2018: Incremento hasta alcanzar el 33%

(2013-2018) (1.65%, 4.95%, 9.9%, 16.5%, 24.75%, 33%)

5. Brindar a la población que acude a las unidades de primer nivel a consejería sobre diabetes mellitus, los factores de riesgo, incluyendo su riesgo reproductivo, en el Sistema Nacional de Salud.

Numerador: Consejería sobre diabetes mellitus otorgada a la población incluyendo su riesgo reproductivo en el primer nivel de atención, en el Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Denominador: Consejería sobre diabetes mellitus programada a la población incluyendo su riesgo reproductivo en el primer nivel de atención, en el Sistema Nacional de Salud. por 100.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Alcance: Nacional

Tipo de indicador: Actividad.

Medición de avance: Acumulable

Dimensión a medir: Eficiencia

Frecuencia de medición: Trimestral

Tipo de medición: Proporción

Meta basal: INÉDITO

Meta 2018: 33% de la población de 20 años y más que acude por primera vez a consulta.

6. Grupos de Ayuda Mutua EC Acreditados.

Numerador: Número de Grupos de Ayuda Mutua Acreditados., en el Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Documento interno institucional.

Denominador: Número de Grupos de Ayuda Mutua programados para acreditación, en el Sistema Nacional de Salud multiplicado por 100.

Alcance: Nacional

Tipo de indicador: Actividad

Medición de avance: Acumulable

Dimensión a medir: Eficacia.

Frecuencia de medición: Trimestral

Tipo de medición: Proporción.

Meta basal: Inédito SS: 485

Meta 2018: 3900 grupos sexenal

(2013-2018) (Anual 650)

SS 495, IMSS 70, ISSSTE 50, IMSS-OPORTUNIDADES 15, PEMEX 10, SEDENA 5, SEMAR 5.

7. Formación de Grupos Preventivos de Enfermedades Crónicas.

Numerador: Número de grupos preventivos de enfermedades crónicas, en el Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Denominador: Total de grupos preventivos de enfermedades crónicas, programados, en el Sistema Nacional de Salud, por 100.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Alcance: Nacional

Tipo de indicador: Actividad

Medición de avance: Acumulable

Dimensión a medir: Eficacia.

Frecuencia de medición: Trimestral

Tipo de medición: Proporción.

Meta basal: Inédito SS: 485

Meta 2018: 900 sexenal

(2013-2018) (Anual 150)

SS 65, IMSS 35, ISSSTE 25, IMSS-OPORTUNIDADES 10, PEMEX 5, SEDENA 5, SEMAR 5.

8. Porcentaje del personal de salud que fue actualizado en el primer nivel de atención y aprobó la capacitación de enfermedades crónicas no transmisibles en el Sistema Nacional de Salud.

Numerador: Personal de salud que aprobó la capacitación de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel de atención, en el Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Denominador: Personal de salud programado para recibir la capacitación de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel de atención, en el Sistema Nacional de Salud por 100.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Alcance: Nacional.

Tipo de indicador: Actividad.

Medición de avance: Acumulable.

Dimensión a medir: Eficiencia.

Frecuencia de medición: Trimestral

Tipo de medición: Proporción

Meta basal: Inédito SS: 485

Meta 2018: 80%

(2013-2018) Incremento anual hasta alcanzar el 80% (4%, 12%, 24%, 40%, 60% y 80%)

9. Porcentaje de unidades de primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos e insumos para controlar la diabetes mellitus, en el Sistema Nacional de Salud.

Numerador: Número de unidades de salud de primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos e insumos para el control de la diabetes mellitus, en el Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Documentos internos institucionales.

Denominador: Total de unidades de salud de primer nivel de atención, en el Sistema Nacional de Salud.

Alcance: Nacional.

Tipo de indicador: Actividad.

Medición de avance: Al corte.

Dimensión a medir: Cobertura

Frecuencia de medición: Trimestral

Tipo de medición: Proporción

Meta basal: Inédito

Meta 2018: 90%

(2013-2018) Incremento anual hasta alcanzar el 90%
(4.5%, 13.5%, 27%, 45%, 67.5% y 90%)

10. Porcentaje de atención con calidad que contribuye al control de pacientes con diabetes mellitus en Unidades de Especialidades Médicas para la atención del paciente con Enfermedades Crónicas.

Numerador: Número de pacientes de 20 años y más con diabetes mellitus en tratamiento en Unidades de Especialidades Médicas para la atención del paciente con Enfermedades Crónicas con control con HbA1c menor del 7%

Fuente: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>

Denominador: Número de pacientes con diabetes mellitus en Unidades de Especialidades Médicas para la atención del paciente con Enfermedades Crónicas programados para su control.

Alcance: Nacional.

Tipo de indicador: Actividad.

Medición de avance: Al corte.

Dimensión a medir: Proporción

Frecuencia de medición: Trimestral

Tipo de medición: Proporción

Meta basal: 45%

Meta 2018: 50%

(2013-2018) Mantener el 50% anual en los pacientes en tratamiento que logran su control.

Indicadores PAE de Obesidad Riesgo Cardiovascular

11. Mortalidad prematura por hipertensión arterial en la población de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.

Numerador: Número de defunciones por hipertensión arterial en la población de 20 a 59 años, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.

Fuente: INEGI

Denominador: Total de población general de 20 a 59 años en el Sistema Nacional de Salud en un periodo de tiempo determinado por 100 000.

Fuentes: INEGI

Alcance: Nacional

Fuentes: INEGI

Tipo de indicador: Impacto

Medición de avance: Acumulable

Dimensión a medir: Eficacia.

Frecuencia de medición: Bienal

Tipo de medición: Tasa

Meta basal: 28.4

Meta 2018: <27.0

(2013-2018) (28, 27.9, 27.6, 27.4, 27.2, 27.0)

12. Porcentaje de detección de hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias en población de 20 años y más, responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.

Numerador: Número de detecciones de hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias en la población de 20 años y más, en el Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Denominador: Número de Detecciones programadas en población de 20 años y más en el Sistema Nacional de salud, por cien.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Alcance: Nacional

Tipo de indicador: Actividad

Medición de avance: Acumulable

Dimensión a medir: Cobertura

Frecuencia de medición: Trimestral

Tipo de medición: Proporción

Meta basal: 23%

Meta 2018: (2013- 2018) 33% Anual

13. Contender el porcentaje de obesidad en hombres y mujeres de 20 años y más responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.

Diferencia: Prevalencia de Obesidad en 2018 en la población de 20 años y más en el Sistema Nacional de Salud con la obtenida en 2012 población de 20 años y más en el Sistema Nacional de Salud multiplicado por cien.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT 2018)

Alcance: Nacional

Tipo de indicador: Actividad.

Medición de avance: Al corte.

Dimensión a medir: Eficacia.

Frecuencia de medición: Sexenal

Tipo de medición: Proporción

Meta basal: 32.4%

Meta 2018: <32.4%

14. Porcentaje del control de la Hipertensión arterial en la población de 20 años y más en tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud.

Numerador: Número de pacientes con hipertensión arterial de 20 años y más en control, responsabilidad de la Secretaría de Salud.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Denominador: Número de pacientes de 20 años y más en tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud, en un periodo de tiempo multiplicado por cien.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Alcance: Estatal

Tipo de indicador: Eficiencia

Medición de avance: Al corte.

Dimensión a medir: Cobertura

Frecuencia de medición: Trimestral

Tipo de medición: Proporción

Meta basal: 40%

Meta 2018: 60% Incremento hasta alcanzar el 60%

(2013-2018) (40%, 44%, 48%, 52%, 56%, 60%)

15. Porcentaje del control de la obesidad en la población de 20 años y más en tratamiento responsabilidad de la Secretaría de Salud.

Numerador: Número de pacientes con obesidad de 20 años y más en control responsabilidad de la Secretaría de Salud.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Denominador: Número de pacientes de 20 años y más en tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud, en un periodo de tiempo multiplicado por cien.

Fuente: Sistema de Información de las Instituciones de Salud.

Alcance: Estatal

Tipo de indicador: Eficiencia

Medición de avance: Al corte.

Dimensión a medir: Cobertura

Frecuencia de medición: Trimestral

Tipo de medición: Proporción

Meta basal: 20%

Meta 2018: 30% Incremento hasta alcanzar el 30%

(2013-2018) (20%, 22%, 24%, 25%, 27%, 30%)

16. Porcentaje del control de dislipidemias en la población de 20 años y más responsabilidad en la Secretaría de Salud.

Numerador: Número de pacientes con dislipidemias de 20 años y más en control responsabilidad de la Secretaría de Salud.

Fuente: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>

Denominador: Número de pacientes de 20 años y mas en tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud, en un periodo de tiempo multiplicado por cien.

Fuente: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>

Alcance: Estatal

Tipo de indicador: Eficiencia

Medición de avance: Al corte.

Dimensión a medir: Cobertura

Frecuencia de medición: Trimestral

Tipo de medición: Proporción

Meta basal: 20%

Meta 2018: 40% Incremento hasta alcanzar el 40%

(2013-2018) (20%, 20%, 25%, 30%, 35%, 40%)

17. Porcentaje de casos de hipertensión arterial con tratamiento oportuno responsabilidad de la Secretaría de Salud.

Numerador: Población de 20 años y más responsabilidad de la Secretaría de Salud con hipertensión arterial en tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud.

Fuente: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>

Denominador: Número de pacientes de 20 años y mas con diagnosticados con hipertensión arterial, responsabilidad de la Secretaría de Salud, por cien.

Alcance: Estatal

Tipo de indicador: Eficiencia

Medición de avance: Al corte.

Dimensión a medir: Cobertura

Frecuencia de medición: Trimestral

Tipo de medición: Proporción

Meta basal: 30%

Meta 2018: 70% Incremento hasta alcanzar el 70%

(2013-2018) (30%, 35%, 45%, 50%, 60%, 70%)

18. Porcentaje de casos de dislipidemias con tratamiento oportuno responsabilidad de la Secretaría de Salud.

Numerador: Población de 20 años y más responsabilidad de la Secretaría de Salud con dislipidemias en tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud.

Fuente: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>

Denominador: Número de pacientes de 20 años y mas con diagnosticados con dislipidemias, responsabilidad de la Secretaría de Salud, por cien.

Fuente: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>

Alcance: Estatal

Tipo de indicador: Eficiencia

Medición de avance: Al corte.

Dimensión a medir: Cobertura

Frecuencia de medición: Trimestral

Tipo de medición: Proporción

Meta basal: 30%

Meta 2018: 60% Incremento hasta alcanzar el 60%
(2013-2018) (30%, 35%, 40%, 50%, 54%, 60%)

19. Porcentaje de casos de obesidad con tratamiento oportuno responsabilidad de la Secretaría de Salud.

Numerador: Población de 20 años y más responsabilidad de la Secretaría de Salud con obesidad en tratamiento, responsabilidad de la Secretaría de Salud.

Fuente: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>

Denominador: Número de pacientes de 20 años y mas con diagnosticados con obesidad, responsabilidad de la Secretaría de Salud, por cien

Fuente: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>

Alcance: Estatal

Tipo de indicador: Eficiencia

Medición de avance: Al corte.

Dimensión a medir: Cobertura

Frecuencia de medición: Trimestral

Tipo de medición: Proporción

Meta basal: 20%

Meta 2018: 30% Incremento hasta alcanzar el 60%
(2013-2018) (20%, 22%, 24%, 25%, 27%, 30%)

Bibliografía

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EU Pledge. Nutrition Criteria, White Paper, 2012.

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

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

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

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

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

OMS, *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*, Ginebra, 2012

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

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

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

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

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

ONU. *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*. 16 de septiembre de 2011. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>

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

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

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

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

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

Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, et al. *Lifestyle, diabetes and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery*. New England

Journal of Medicine 2004; 351(26): 2683 – 93.

<http://seplader.hidalgo.gob.mx/PED/home.html>

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

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Primera edición, 2012 D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México ISBN 978-607-511-037-0, Impreso y hecho en México. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_NUT2012ResultadosNacionales.pdf

Páginas web

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

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

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

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

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

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

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

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

Gobierno del Estado de Hidalgo, 2011. Plan Estatal de Desarrollo 2011-2016, Disponible en

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

Agradecimientos

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

- Servicios de Salud de Hidalgo (SSH)
- Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Hidalgo (IMSS HIDALGO)
- Instituto de Servicios de Seguridad Social a los Trabajadores del Estado delegación Hidalgo (ISSSTE HIDALGO)
- Comisión para la Prevención del Riesgo Sanitario en el Estado de Hidalgo (COPRISEH)
- Secretaria de Educación Pública de Hidalgo (SEPH)
- Red Hidalguense de Municipios por la Salud.
- Medica Azul S.A de C.V
- Colegio Médico Hidalguense
- Universidad Autónoma del estado de Hidalgo (UAEH)
- Petróleos Mexicanos (PEMEX)
- Área de Investigación de los Servicios de Salud de Hidalgo

Estrategia Estatal para la Prevención
y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes