



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



Servicios de
Salud de Oaxaca

2010 - 2016

OAXACA



Oaxaca de todos
un gobierno para todos

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



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

Directorio

Lic. Gabino Cue Monteagudo

Gobernador Constitucional del Estado de Oaxaca.

Dr. Germán de Jesús Tenorio Vasconcelos

Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud

Dr. Victor Octavio Perez del Valle Ibarra

Delegado Estatal de Instituto Mexicano del Seguro Social

Lic. Marcelino Miranda Añorbe

Delegado Estatal del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado

Gral. De Div. D.E.M. Juan Ernesto Antonio Bernal Reyes

Comandante de la 8ª. Region Militar SEDENA

Vicealmirante C.G.D.E.M. German Ruiz Martínez

Comandante de la 12ª. Zona Naval Militar SEMAR

Dr. Jose Raul Tercero Hernández

Director de Despacho de la Dirección del Hospital PEMEX

Lic. María de Fatina Garcia León

Directora General del Sistema DIF Oaxaca

Dr. Maurilio Manlio Mayoral Garcia

Subdirector General de Servicios de Salud

Dr. Hector Gonzalez Hernández

Subdirector General de Innovación y Calidad en Salud

Dra. Georgina Ramirez Rojas

Directora de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Ignacio Zárate Blas

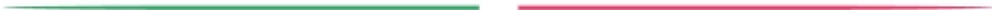
Director de Atención Médica

Dr. Hugo Luis Llaguno

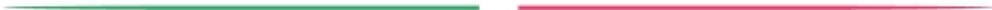
Director de Regulación y Fomento Sanitario

contenido

Mensaje	6
Presentación	7
Introduccion	
Problemática	13
Panorama en México	14
Panorama en Oaxaca	17
Regulación	24
Antecedentes	27
Antecedentes Internacionales	31
Marco conceptual	45
Planteamiento	49
Ejes rectores	51
Investigación y evidencia científica	51
Corresponsabilidad	51
Transversalidad	52
Intersectorialidad	52
Evaluación del impacto	53
Rendición de cuentas	53
Objetivos	55
Objetivo General	55
Objetivos Específicos	55
Pilares y Ejes estratégicos	57
Pilares de la Estrategia Nacional	58
1. Salud Pública	59
1.1 Sistema de Vigilancia Epidemiológica	59
1.2 Promoción de la salud	61
1.3 Prevención	64
2. Atención Médica	68
2.1 Acceso efectivo a servicios de salud	68
2.2 Calidad de los servicios de salud	69
2.3 Mejora de las competencias y la capacidad resolutive del personal de salud	69



2.4 Infraestructura y tecnología	72
2.5 Garantía del abasto de medicamentos y pruebas de laboratorio y monitoreo de la cadena de suministro	72
3. Regulación sanitaria y Política fiscal	80
3.1 Etiquetado	80
3.2 Publicidad	82
3.3 Política Fiscal	83
Dependencias e instituciones participantes	85
Instituto Estatal de Educación Pública de Oaxaca (IEEPO)	85
Comisión Estatal del Deporte	85
Secretaría de Desarrollo Agropecuario, Forestal, Pesca y Acuicultura	85
Secretaría de Desarrollo Social y Humano de Oaxaca	86
Secretaría del Trabajo	86
Comisión Estatal del Agua	86
Servicios de Salud de Oaxaca	86
Sistema DIF Oaxaca	87
Red Estatal de Municipios por la Salud	87
Sociedad civil y organizaciones no gubernamentales	87
Academia	90
Iniciativa privada (CANIRAC)	90
Evaluación	91
Anexo 1: Objetivos, Metas e Indicadores del Sistema Estatal de Salud	95
Bibliografía	99
Agradecimientos	103



Mensaje

La población oaxaqueña en el entorno de la transición epidemiológica y demográfica que vive nuestro país, padece las consecuencias de estilos de vida poco saludables, el sobrepeso, la obesidad y la diabetes se han convertido en un flagelo para los sistemas de salud. El compromiso de este gobierno es proteger la salud de la población mediante la promoción y establecimiento de modelos preventivos y estilos de vida saludables que permitan modificar la incidencia de estas enfermedades en el corto plazo, más aun que estos se presentan ya en nuestros niños y jóvenes.

Este grupo de enfermedades afectan gravemente el núcleo familiar, no solo en el aspecto económico, también en sus relaciones interpersonales; disminuyen significativamente las potencialidades de una vida saludable.

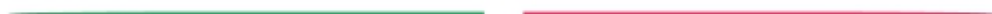
Para modificar este entorno requerimos la participación solidaria de los sectores público, social y privado y sobre todo el involucramiento entusiasta de las familias oaxaqueñas, más si consideramos que la salud es una responsabilidad compartida. Una sociedad participativa, informada e involucrada es una familia en bienestar.

Lograr que esto sea un hecho representa el eje fundamental de la estrategia estatal para el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes. En este documento se encuentran las acciones que en corresponsabilidad cada uno de los sectores deberá llevar a cabo.

Con la suma de esfuerzos y participación efectiva lograremos hacer frente a los desafíos que enfrentamos.

Lic. Gabino Cue Monteagudo

Gobernador Constitucional del Estado de Oaxaca



Presentación

Solo a través de una población sana y del desarrollo de sus capacidades y potencialidades se puede lograr el Oaxaca competitivo que estamos decididos a posicionar en el contexto de la economía global.

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

La prevención y el manejo de estos padecimientos, crónicos representan el núcleo del reto para el sistema de salud, a la vez que para el bienestar poblacional. Las acciones preventivas cuentan con un eje esencial en la detección oportuna que permite disminuir las complicaciones, o incluso evitar el desarrollo de padecimientos. Por su magnitud, frecuencia, ritmo de crecimiento y las presiones que ejercen sobre el Sistema Nacional de Salud, el sobrepeso, la obesidad y las Enfermedades no Transmisibles (ENT), y de manera particular la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), representan una emergencia sanitaria, además de que afectan de manera importante la productividad de las empresas, el desempeño escolar y nuestro desarrollo económico como estado.

Por otra parte, la transición epidemiológica se expresa en la prevalencia de enfermedades no transmisibles como principal factor de morbilidad y mortalidad en el estado. El sobrepeso, la obesidad y la diabetes son problemas complejos y multifactoriales, cuya naturaleza involucra a los sectores público, privado y social, así como al individuo. Se trata de un problema compartido por todos los miembros de la sociedad.

De igual forma, la dinámica epidemiológica que afecta la carga actual de la morbilidad y mortalidad está determinada, entre otros, por factores asociados a la desigualdad social y económica y a estilos de vida poco saludables, entre los que destacan: la falta de actividad física, la alimentación inadecuada, el sexo inseguro, el consumo de tabaco, de alcohol y de drogas ilícitas, así como las secuelas y muertes asociadas a accidentes viales.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 en Oaxaca, los niveles actuales de sobrepeso y obesidad en la población mexicana representan una amenaza a la sustentabilidad de nuestro sistema de salud, por su asociación con las enfermedades no transmisibles y por el uso de recursos especializados y de mayor tecnología que imponen a los servicios de salud altos costos para su atención.

Esta situación nos impone retos de carácter ineludible. Uno de ellos, y quizá el más importante dentro de nuestro actual contexto, implica cambiar el enfoque curativo de la atención, hacia el fortalecimiento de un modelo de prevención de enfermedades y de promoción de la salud, con el fin de disminuir la carga de las enfermedades no transmisibles que afectan el bienestar de la población.

La salud es una responsabilidad compartida, por lo que es necesaria la concurrencia y coordinación intersectorial, de los tres órdenes de gobierno, así como la activa participación de la sociedad civil y del sector privado para enfrentar con éxito los retos descritos. Por ello, se requiere de la participación corresponsable de todos los sectores y órdenes de gobierno en la puesta en marcha de la Estrategia Estatal para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes que aquí se presenta, en donde la ciudadanía y su entorno interactúen en congruencia con la cultura de la prevención, que estamos empeñados en arraigar, respecto de la protección frente a riesgos sanitarios, los determinantes sociales de la salud y la contención de muchos de los factores que definen y distribuyen socialmente la carga de las enfermedades relacionadas con la alimentación incorrecta, así como con la falta de actividad física.

Este documento transita por los diferentes aspectos que se entrecruzan en una problemática tan compleja como el sobrepeso, la obesidad y la diabetes. El objetivo de un esfuerzo de esta naturaleza es ofrecer un panorama que permita contar con los elementos suficientes para dimensionar el desafío que enfrentamos para proponer las líneas de acción que guiarán los trabajos no sólo del Sistema Nacional de Salud, sino del Gobierno, la sociedad civil y los diversos actores de la iniciativa privada, cuya área de influencia colinde con la salud alimentaria y con la promoción de la activación física.

En este marco, se desarrollará una línea de acción en materia de comunicación educativa e intervenciones para la regulación, control y sensibilización que reduzcan el consumo de alimentos y bebidas con alta densidad energética y bajo valor nutricional. Las acciones se dirigen a toda la población, particularmente a escolares y personas con sobrepeso y obesidad, así como las que padecen enfermedades no transmisibles, principalmente diabetes.

En materia de atención médica, se implantará un modelo de atención integral con base en la prevención activa, el suministro eficiente de insumos y medicamentos, la capacitación del personal y la incorporación de las innovaciones en tecnologías de la información. La detección temprana y la adherencia terapéutica son nuestras vías para mejorar la calidad de vida de los pacientes y evitar complicaciones.

Estoy seguro de que la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes será una pieza indispensable en la coordinación de esfuerzos para transformar el panorama epidemiológico actual para así construir el estado sano y productivo que los oaxaqueños demandamos y merecemos.

DR. GERMÁN DE JESUS TENORIO VASCONCELOS

Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud

Introducción :

Oaxaca atraviesa una transición epidemiológica, cuyos efectos se hacen presentes en la carga de la morbilidad y mortalidad. Esta transición se define por factores económicos y sociales, estilos de vida y situaciones como falta de actividad física, alimentación inadecuada, consumo de drogas, así como otras problemáticas.

Así, en nuestro país es posible detectar tanto enfermedades de naturaleza infecto-contagiosa como enfermedades no transmisibles. En el grupo de éstas últimas, destacan por su importancia y frecuencia el sobrepeso y la obesidad y, como consecuencia de éstas, la diabetes mellitus tipo 2. Males que paulatinamente se han convertido en el principal problema de salud en el estado, no sólo para el sistema de salud del país sino para la calidad de vida de todos los mexicanos.

Esta situación es fruto de factores económicos, sociales, políticos y culturales. Por ello la presente Estrategia Nacional se apoya en un marco conceptual que nos presenta cómo esta problemática está compuesta por causas básicas, subyacentes e inmediatas que hacen necesario recurrir a distintos actores para lograr la promoción de determinantes sociales positivos para la salud.

Estos actores son el sector público, la iniciativa privada y la sociedad civil; quienes participarán en los tres pilares que integran la Estrategia:

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

Cada pilar está conformado por ejes estratégicos, en las que los distintos actores participan. Lo anterior no solo resulta innovador sino necesario, el gobierno actuará de manera intersectorial, es decir, en la Estrategia no solo toma parte la Secretaría de Salud, sino que otras secretarías 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.

Nos impulsa la reciente instrucción del Presidente Enrique Peña Nieto de instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, del día 2 de abril de 2013, en el marco de la conmemoración del Día Mundial de la Salud.



Problemática

Es un hecho que a nivel mundial, la carga de enfermedades no transmisibles (ENT) continúa en aumento. Hoy en día, hacer frente a esta situación representa uno de los mayores desafíos para el desarrollo en el siglo XXI.² Este grupo de enfermedades ahondan las desigualdades entre las sociedades, motivo por el cual es necesario implementar medidas urgentes para mitigarlas.

Las enfermedades no transmisibles tienen fuertes repercusiones en los gastos en salud, tanto los que absorben las instancias gubernamentales como los que cubren los individuos en lo particular. Las consecuencias que estas enfermedades tienen en la productividad laboral, el desempeño escolar y el desarrollo económico en su conjunto hacen prioritaria la atención a este problema de gran magnitud, cuya solución debe plantearse como una acción permanente y de largo plazo por parte del gobierno y de la sociedad. Se calcula que alrededor de 36 millones de muertes, esto es, más del 50% de las registradas en el mundo en 2008, tuvieron como causa enfermedades no transmisibles, principalmente enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes.³

En 2008, el 80% del total de las defunciones (29 millones) por enfermedades no transmisibles se produjeron en países de ingresos bajos y medios, en los cuales la proporción de muertes prematuras (antes de los 70 años) es mayor (48%) que en los países de ingresos altos (26%).⁴ Estas importantes enfermedades comparten cuatro factores conductuales de riesgo: consumo de tabaco, dieta incorrecta, inactividad física y uso nocivo del alcohol. Algunas de las enfermedades no transmisibles tienen una estrecha relación con el exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad), situación que es reconocida como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece, debido a que aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles.

2 Cfr. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> 3 OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación.

Ginebra, Suiza, 2011. Pág. 10.

4 Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020, OMS. Disponible en: http://who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updates_revised_draft_action_plan_spanish.pdf

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

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

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; el grupo más joven, entre 20 y 29 años y el grupo de mayor edad, más de 80 años. El sobrepeso aumenta en hombres en la década de 60-69 años, mientras que en las mujeres el valor máximo se observa en la década de 30-39 años. En el caso de la obesidad, la prevalencia más alta se presenta en el grupo de edad de 40 a 49 años en hombres y de 50 a 59 años en las mujeres. La prevalencia de obesidad fue 28.5% más alta en las localidades 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 270.5%. 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 2012¹⁴.

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 ha llegado a 9.7%.

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en los escolares en 2012, utilizando los criterios de la OMS, fue de 34.4%. Para las niñas esta cifra es de 32% y para los niños de 36.9%. Estas prevalencias representan alrededor de 5 millones 664 mil niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional¹⁵.

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 2012¹⁶.

Es claro que 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%.

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

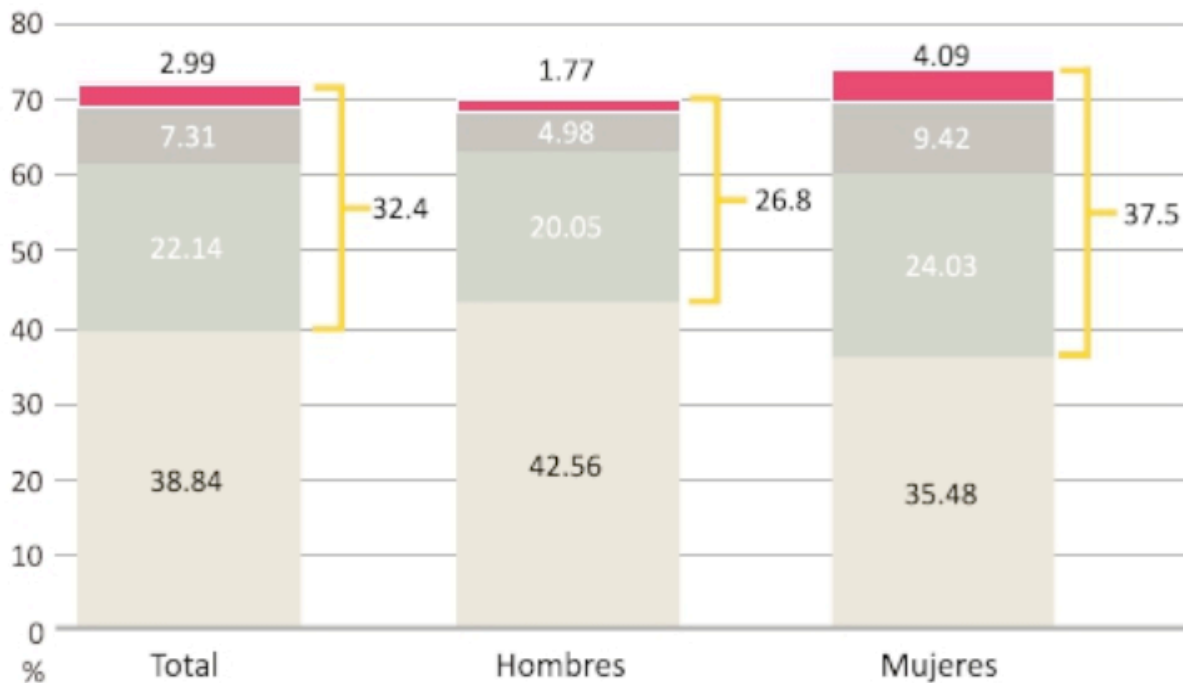
15 Idem., Pág. 153

16 Idem. pp. 170 y ss

Durante las últimas décadas el número de personas que padecen diabetes se ha incrementado y actualmente figura entre las primeras causas de muerte en México; de acuerdo con la ENSANUT 2012, “la proporción de adultos con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.2%, lo que muestra un incremento importante en comparación con la proporción reportada en la ENSA 2000 (5.8%) y en la ENSANUT 2006 (7%)”¹⁷.

FIGURA No 1

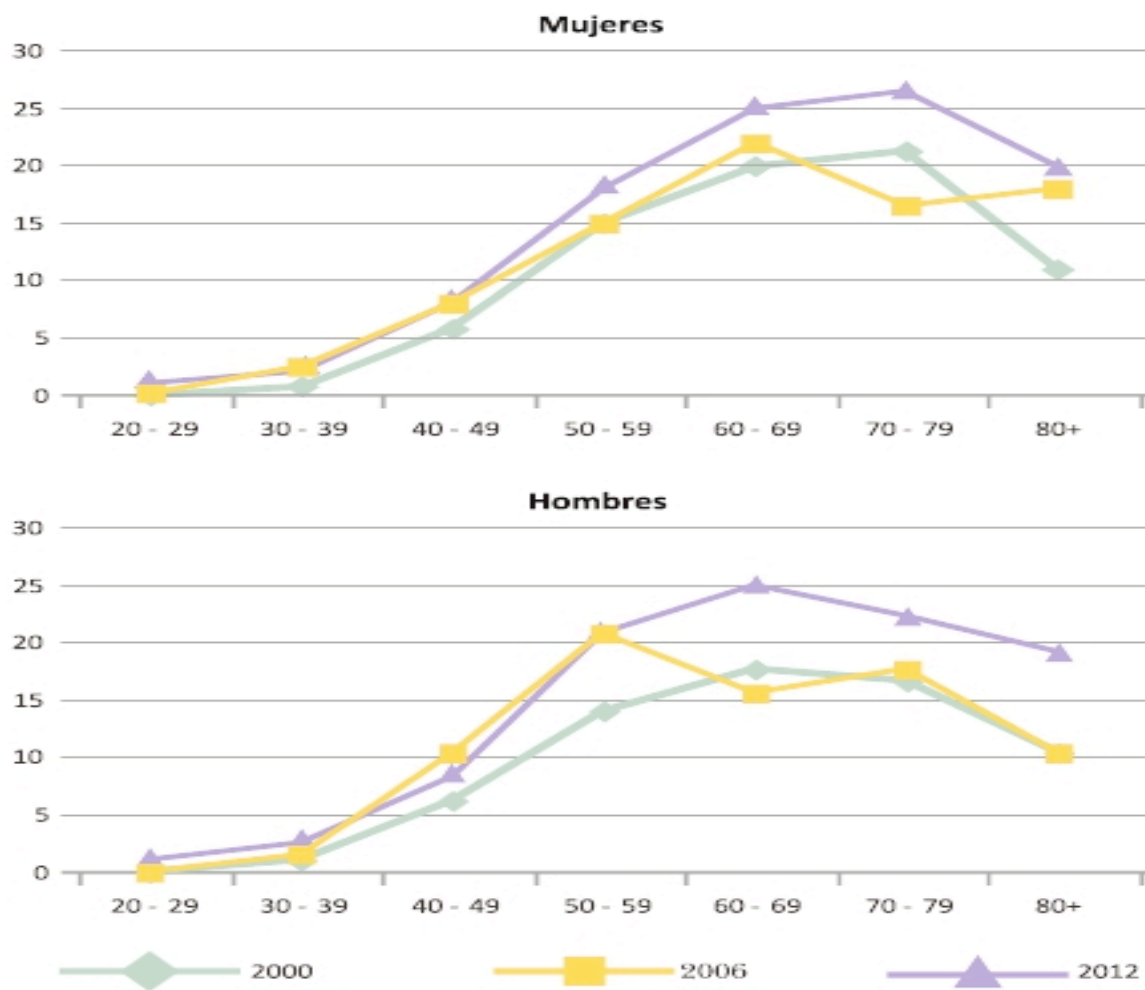
Sobrepeso y obesidad en México ENSANUT 2012



FUENTE:

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

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

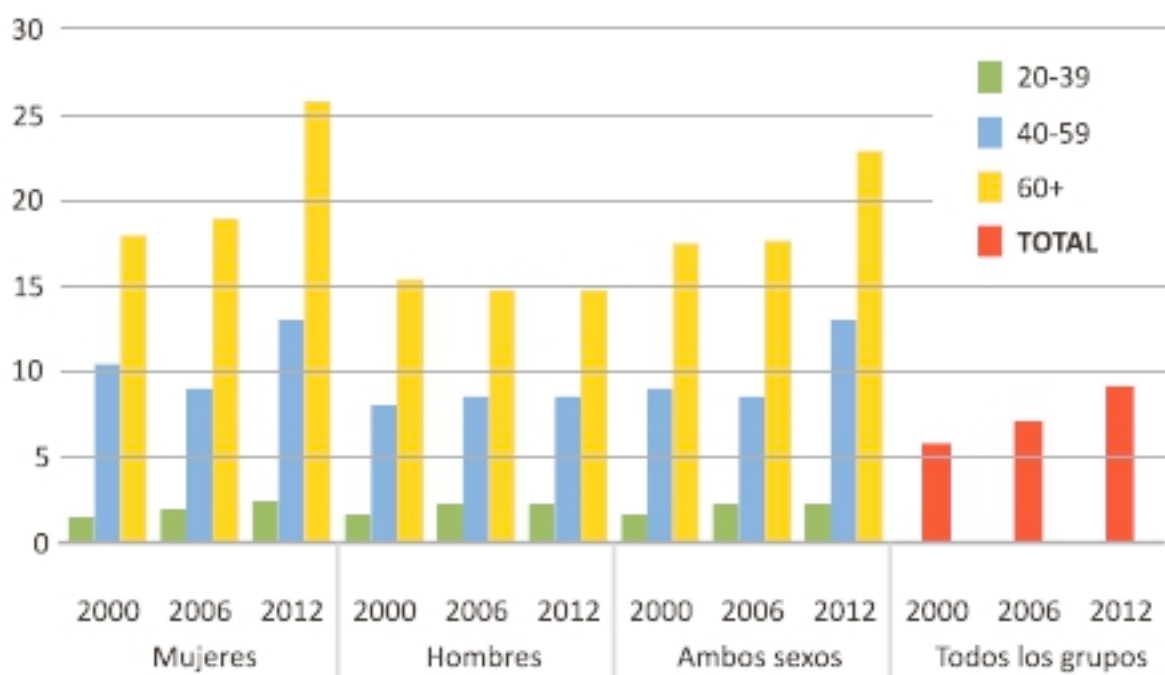


Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

acentuó en el grupo de 70 a 79 años (27.4 y 21.5%, respectivamente).

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)

Es evidente que estamos ante un reto de salud importante para los adultos mexicanos, la ENSANUT 2012 señala que si bien ha habido un progreso importante en la atención a este padecimiento, con un incremento en el porcentaje de pacientes con control adecuado de 5.3% en 2006 a 24.5% en 2012; aún tres de cada cuatro diabéticos requieren mayor control del padecimiento que permita reducir las complicaciones que se les presentan. De igual forma, aún hay un número importante de pacientes diabéticos que no están bajo control y no reciben el seguimiento adecuado.

Un análisis de la transición epidemiológica en México encontró que las enfermedades no transmisibles causaron 75% del total de las muertes y 68% de los años de vida potencialmente perdidos. Las principales causas de muerte fueron enfermedad isquémica del corazón (EIC), 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 obesidad¹⁸.

¹⁸ 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.

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 discapacidad¹⁹, también asociados con el sobrepeso y la obesidad, se encuentran: la elevada concentración de glucosa en sangre, HTA, 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 varios 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 obesidad²⁰, 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 año²¹.

El costo indirecto por pérdida de productividad se estimó para ese mismo año en 25 mil millones de pesos. En 2017 se estima que el costo directo fluctúe entre 78 mil y 101 mil millones de pesos de 2008 y el indirecto entre 73 mil millones y 101 mil millones de pesos de 2017, si no se aplican intervenciones preventivas intersectoriales costo-efectivas²².

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 nacional tienen estas condiciones.

Panorama en Oaxaca

En Oaxaca existen aproximadamente 2'306,141 personas de 20 años y más, alrededor del 12.9% padecen diabetes, esto significa que en nuestro Estado existen aproximadamente 297,497 personas enfermas de diabetes.

Las acciones preventivas cuentan con un eje esencial en la detección oportuna que permite disminuir las complicaciones, o incluso evitar el desarrollo de padecimientos.

19 Idem

20 Las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la obesidad son cáncer de mama, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y osteoartritis.

21 Gutierrez 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).

22 Idem.

En cuanto a las pruebas de detección de diabetes mellitus e hipertensión arterial en adultos con 20 años o más, 20.9 y 30.8%, respectivamente, acudieron a realizarse la prueba en el año previo a la ENSANUT 2012, mientras que este porcentaje fue 16.5% para el caso de medición de triglicéridos o colesterol alto, y de 24.7% para la detección de sobrepeso y obesidad (cuadro 4.2). En comparación con los datos recabados en la ENSANUT 2006, en la prueba de diabetes hubo una tendencia al aumento en la detección en los grupos de hombres de mayor edad. En el caso de las mujeres se observó un incremento, al pasar de 21.3% (IC95%; 17.4 a 25.9) en 2006 a 24.6% (IC95%; 20.4 a 29.3) en 2012.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012
Oaxaca

■ Cuadro 4.2
Uso de servicios médicos preventivos, según grupo de edad y sexo. Oaxaca, México, ENSANUT 2012

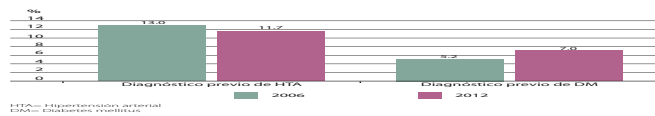
	Frecuencia*	%	IC95%
Prueba de Papancicolaou			
20-29 años	155.1	20.5	17.3-23.8
30-39 años	152.3	20.8	17.5-24.2
40-49 años	205.4	21.5	17.9-25.2
Total	512.8	20.9	19.2-22.7
Detección clínica de cáncer			
20-29 años	74.3	1.5	0.6-3.2
30-39 años	103.5	2.5	1.1-4.3
40-49 años	158.5	15.8	11.2-21.4
Total	336.3	1.9	1.3-2.5
Detección de diabetes mellitus			
Hombres			
20-29 años	88.4	13.3	9.2-18.5
30-39 años	98.6	19.0	13.3-25.2
40-49 años	156.4	16.4	12.3-21.0
Total	343.4	16.2	13.6-19.2
Mujeres			
20-29 años	153.2	21.9	16.6-28.2
30-39 años	309.8	28.5	23.0-34.9
40-49 años	264.8	28.7	23.3-34.8
Total	727.8	24.6	20.4-29.3
Total			
20-29 años	139.3	1.5	1.3-1.7
30-39 años	128.5	2.4	1.9-3.1
40-49 años	468.3	24.5	19.1-30.2
Total	736.1	2.4	1.9-3.1
Detección de hipertensión arterial			
Hombres			
20-29 años	113.4	23.2	17.3-29.4
30-39 años	202.3	30.9	24.1-37.9
40-49 años	246.4	26.4	21.2-31.8
Total	562.1	26.8	22.3-31.6
Mujeres			
20-29 años	183.3	31.2	24.6-38.8
30-39 años	132.3	30.2	23.3-37.5
40-49 años	254.3	27.3	21.4-33.2
Total	569.9	29.1	24.4-33.8
Total			
20-29 años	296.7	30.8	25.0-36.6
30-39 años	334.6	29.8	24.0-35.6
40-49 años	500.7	26.8	21.5-32.1
Total	1132.0	29.1	24.8-33.4
Detección de triglicéridos o colesterol alto			
Hombres			
20-29 años	52.3	11.3	6.9-16.4
30-39 años	61.3	13.2	8.1-19.0
40-49 años	86.5	13.5	9.2-18.5
Total	199.9	12.7	9.1-16.3
Mujeres			
20-29 años	89.3	15.4	11.0-20.2
30-39 años	23.3	13.8	7.1-24.5
40-49 años	48.2	22.3	15.5-29.1
Total	160.8	17.4	13.4-21.9

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012
Oaxaca

En comparación con los datos recabados en la ENSANUT 2006, en la prueba de diabetes hubo una tendencia al aumento en la detección en los grupos de hombres de mayor edad. En el caso de las mujeres se observó un incremento, al pasar de 21.3% (IC95%; 17.4 a 25.9) en 2006 a 24.6% (IC95%; 20.4 a 29.3) en 2012.

La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más en Oaxaca fue de 7.0%, mayor a la manifestada en la ENSANUT 2006 (5.2%) (figura 4.16).

En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en el estado de Oaxaca se ubicó debajo de la media nacional (15.9%) (figura 4.17).



Cuadro 4.17
Porcentaje de adultos con diagnóstico médico previo de hipertensión arterial. Oaxaca, México, ENSANUT 2012

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
20-39	4.2	1.5	3.2
40-59	12.3	13.9	13.2
60 o más	21.2	37.7	29.8
Total	13.1	18.3	15.7

* Prevalencia en miles

Diabetes

La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en personas de 20 años o más en Oaxaca fue de 7.0%, mayor a la manifestada en la ENSANUT 2006 (5.2%) (figura 4.16). La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo fue igual en mujeres (7.0%) que en hombres (7.0%), con una razón mujer:hombre de 1:1. Tanto en hombres como en mujeres, se observó un incremento en la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes a partir del grupo de 40 a 59 años de edad (11.3 y 11.9%, respectivamente), la cual aumentó ligeramente en hombres de 60 años o más (17.2%) y en las mujeres de la misma edad (14.0%). En los hombres casi no hubo casos de diagnóstico médico previo de diabetes en el grupo de 20 a 39 años de edad, en tanto que la prevalencia en la población de 60 años o más fue 1.2 veces mayor que la prevalencia en la población de 40 a 59 años. En las mujeres, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en la población de 40 a 59 años y

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012
Salud OAXACA

Figura 4.16
Prevalencia de HTA y DM por diagnóstico médico previo en adultos de 20 años o más. Oaxaca, ENSANUT 2006 y 2012

Figura 4.17
Prevalencia de diagnóstico médico previo de hipertensión arterial. Oaxaca, México, ENSANUT 2012



La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo fue igual en mujeres (7.0%) que en hombres (7.0%), con una razón mujer: hombre de 1:1. Tanto en hombres como en mujeres, se observó un incremento en la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes a partir del grupo de 40 a 59 años de edad (11.3 y 11.9%, respectivamente), la cual aumentó ligeramente en hombres de 60 años o más (17.2%) y en las mujeres de la misma edad (14.0%). En los hombres casi no hubo casos de diagnóstico médico previo de diabetes en el grupo de 20 a 39 años de edad, en tanto que la prevalencia en la población de 60 años o más fue 1.2 veces mayor que la prevalencia en la población de 40 a 59 años. En las mujeres, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en la población de 40 a 59 años y en la de 60 años o más fue 19.3 y 13.6 veces mayor que la prevalencia en la población de 20 a 39 años, respectivamente (cuadro 4.18). En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en Oaxaca (7.0%) se ubicó debajo de la media nacional (9.2%) (figura 4.18).

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012
Salud OAXACA

Figura 4.18
Prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes. Oaxaca, México, ENSANUT 2012



Cuadro 4.18
Porcentaje de adultos que reportan haber recibido un diagnóstico médico previo de diabetes. Oaxaca, México, ENSANUT 2012

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
20-39	0.4	0.4	0.4
40-59	11.3	11.9	11.6
60 o más	17.2	14.0	15.6
Total	7.0	7.0	7.0

* Prevalencia en miles

En la de 60 años o más fue 19.3 y 13.6 veces mayor que la prevalencia en la población de 20 a 39 años, respectivamente (cuadro 4.18). En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en Oaxaca (7.0%) se ubicó debajo de la media nacional (9.2%) (figura 4.18).

En la población de 20 años o más con diagnóstico médico previo de diabetes, el porcentaje de los que informaron que se les realizó la determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses fue de 9.5% en Oaxaca. Se observó una diferencia por sexo, donde las mujeres (11.2%) reportaron con mayor frecuencia la realización de la prueba en comparación con los hombres (8.4%), con una razón mujer:hombre de 1:1. La prueba se realizó a la población de 40 a 59 años, 9.5% de los hombres y 11.6% de las mujeres en este grupo de edad (cuadro 4.19). En conclusión, que el porcentaje de la población con diabetes en quienes se realizó la prueba de hemoglobina glicosilada por grupo de edad y sexo fue mayor a lo esperado.

No fue posible calcular el porcentaje de los hombres que se realizaron la prueba de microalbuminuria debido al reducido número de sujetos. En este mismo grupo el porcentaje de los que manifestaron que se les realizó una revisión de pies en los últimos 12 meses fue de 3.0%. Por sexo, el porcentaje de las personas a quienes se les realizó esta revisión fue mayor en mujeres (5.8%) que en hombres (3.7%), con una razón mujer:hombre de

Cuadro 4.19
Porcentaje de adultos de 20 años o más con diagnóstico médico previo de diabetes a quienes se les realizó la prueba de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses. Oaxaca, México, ENSANUT 2012

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
20-39	0.0	0.0	0.0
40-59	9.5	11.2	10.3
60 o más	17.2	14.0	15.6
Total	8.4	11.2	9.5

* Prevalencia en miles

De la población de 20 años o más con diagnóstico médico previo de diabetes, el porcentaje de los que informaron que se les realizó la determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses fue de 9.9% en Oaxaca. Se observó una diferencia por sexo, donde las mujeres (11.2%) reportaron con mayor frecuencia la realización de la prueba en comparación con los hombres (8.4%), con una razón mujer:hombre de 1.3:1. La prueba se realizó a la población de 40 a 59 años, 9.5% de los hombres y 11.0% de las mujeres en este grupo de edad (cuadro 4.19).

Fue evidente que el porcentaje de la población con diabetes en quienes se realizó la prueba de hemoglobina glicosilada por grupos de edad y sexo fue menor a lo esperado.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012
Salud OAXACA

Figura 4.18
Prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes, Oaxaca, México, ENSANUT 2012



Cuadro 4.18
Porcentaje de adultos que reportan haber recibido un diagnóstico médico previo de diabetes, Oaxaca, México, ENSANUT 2012

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
20-39	0.4	0.1	2.6	1.3	3.0	0.7
40-59	32.0	11.3	42.3	11.0	84.3	11.6
60 o más	34.2	12.2	30.3	14.0	64.5	15.5
Total	71.7	7.0	85.1	7.0	156.8	7.0

* Frecuencia en miles

en la de 60 años o más fue 19.3 y 13.6 veces mayor que la prevalencia en la población de 20 a 39 años, respectivamente (cuadro 4.18).

En comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en Oaxaca (7.0%) se ubicó debajo de la media nacional (9.2%) (figura 4.18).

De la población de 20 años o más con diagnóstico médico previo de diabetes, el porcentaje de los que informaron que se les realizó la determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses fue de 9.9% en Oaxaca. Se observó una diferencia por sexo, donde las mujeres (11.2%) reportaron con mayor frecuencia la realización de la prueba en comparación con los hombres (8.4%), con una razón mujer:hombre de 1.3:1. La prueba se realizó a la población de 40 a 59 años, 9.5% de los hombres y 11.0% de las mujeres en este grupo de edad (cuadro 4.19). Fue evidente que el porcentaje de la población con diabetes en quienes se realizó la prueba de hemoglobina glicosilada por grupos de edad y sexo fue menor a lo esperado.

No fue posible calcular el porcentaje de los hombres que se realizaron la prueba de microalbuminuria debido al reducido número de sujetos.

En este mismo grupo el porcentaje de los que manifestaron que se les realizó una revisión de pies en los últimos 12 meses fue de 3.0%. Por sexo, el porcentaje de las personas a quienes se les realizó esta revisión fue menor en mujeres (0.8%) que en hombres (5.7%), con una razón hombre:mujer de

Cuadro 4.19
Porcentaje de adultos de 20 años o más con diagnóstico médico previo de diabetes a quienes se les realizó la determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses, Oaxaca, México, ENSANUT 2012

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
20-39	0.0	0.0	1.0	1.3	1.0	1.2
40-59	4.1	11.0	4.5	9.5	8.6	10.2
60 o más	2.0	5.8	4.0	13.2	6.0	9.2
Total	6.0	8.4	9.5	11.2	15.6	9.9

* Frecuencia en miles

El porcentaje de realización de la revisión de pies más alto en mujeres fue en el grupo de 60 años o más (1.1%), seguido del grupo de 40 a 59 años (0.7%). En el caso de los hombres, el porcentaje más alto de realización de esta revisión fue en el grupo de 40 a 59 años (6.1%), seguido del grupo de 60 años o más (5.3%).

Cabe mencionar que no se observó en hombres ni en mujeres la realización de la revisión de pies como medida preventiva en la población de 20 a 39 años (cuadro 4.20). Lo anterior muestra que el porcentaje de la población con diabetes en quienes se realizó la revisión de pies en los servicios de medicina preventiva fue muy bajo en todos los grupos de edad, en ambos sexos.

7.1.1. El porcentaje de realización de la revisión de pies más alto en mujeres fue en el grupo de 60 años o más (1.1%), seguido del grupo de 40 a 59 años (0.7%). En el caso de los hombres, el porcentaje más alto de realización de esta revisión fue en el grupo de 40 a 59 años (6.1%), seguido del grupo de 60 años o más (5.3%). Cabe mencionar que no se observó en hombres ni en mujeres la realización de la revisión de pies como medida preventiva en la población de 20 a 39 años (Cuadro 4.20). Lo anterior muestra que el porcentaje de la población con diabetes en quienes se realizó la revisión de pies en los servicios de medicina preventiva fue muy bajo en todos los grupos de edad, en ambos sexos.

■ Cuadro 4.20

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

Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%	Frecuencia*	%
20-39	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
40-59	2.3	6.1	0.3	0.7	2.6	3.1
60 o más	1.8	5.3	0.3	1.1	2.2	3.3
Total	4.1	5.7	0.7	0.8	4.8	3.0

* Frecuencia en miles

Hipercolesterolemia

Respecto a la realización de la prueba de determinación de colesterol, 34.7% de la población refirió que sí se le realizó la prueba, 35.0% en mujeres y 33.1% en hombres. Del total de la población, 25.1% afirmó haber tenido un resultado de colesterol normal y 9.7%, un resultado elevado. El resultado de colesterol elevado fue similar en la población de 40 a 59 años (13.5%) y en la de 60 años o más (12.9%). Se observaron resultados similares de colesterol elevado por sexo en el grupo de 40 a 59 años (13.3% en mujeres y 13.7% en hombres) y en el de 60 años o más (16.5% en mujeres y 8.9% en hombres) (Cuadro 4.21).

■ Cuadro 4.21

Porcentaje de adultos que reportan medición de colesterol en la sangre. Oaxaca, México, ENSANUT 2012

Grupo de edad	Hombres				Mujeres				Total			
	St. normal		St. alto		St. normal		St. alto		St. normal		St. alto	
	Frec.*	%	Frec.*	%	Frec.*	%	Frec.*	%	Frec.*	%	Frec.*	%
20-39	119.5	24.0	36.2	5.4	35.1	70.4	14.2	24.8	31.0	58.8	26.1	24.4
40-59	85.3	36.1	44.9	13.7	195.1	59.6	110.1	27.2	13.3	234.4	58.9	19.4
60 o más	94.9	22.5	17.8	8.9	13.1	66.1	2.3	24.3	35.6	16.5	127.6	59.1
Total	249.8	24.4	89.4	8.7	678.0	66.2	310.0	25.6	126.2	10.4	722.0	63.8

* Frecuencia en miles



La obesidad en Oaxaca, es una preocupación global dada la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce en la población. El sobrepeso y la obesidad duplican o triplican el riesgo de padecer Enfermedades Crónicas Relacionadas con la Nutrición (ECRN) como son la Diabetes, Hipertensión, Enfermedades del Corazón, Dislipidemia así como algunos tipos de cáncer. La obesidad y el sobrepeso se convierten en un problema de salud pública para el Estado de Oaxaca.

- En el año 2006 según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, el 20 por ciento de niños de cinco a 11 años de edad padecía sobrepeso y obesidad,
- Este mismo grupo en el año 2011 alcanzaron cifras del 30 por ciento. En el año 2009, los adolescentes de 12 a 19 años el porcentaje de sobrepeso y obesidad fue del 23.7%, y mayores de 20 años fue del 64.6%,
- En el 2013 estas cifras se elevaron en los adolescentes y jóvenes del 40 y 70% por ciento respectivamente*
- En el año 2011, 45,000 personas fueron detectadas con obesidad en las unidades de primer nivel de atención, de los Servicios de salud y del Instituto Mexicano del Seguro social.*
- 11,761 personas se encontraban recibiendo tratamiento por problemas de sobrepeso y obesidad.*
- En Oaxaca el 30 por ciento de muertes en adultos menores de 65 años, están relacionadas con la obesidad, enfermedades cerebro vasculares, hipertensión y diabetes
- En el Estado, el primer lugar en obesidad femenina lo tenemos en Juchitán donde la mujer Juchiteca tienen el paradigma de que “estar con sobrepeso es estar bella”.

* Fuente: Centro de Información Estadística y Documental para el Desarrollo (CIEDD)

- La obesidad infantil en la zona del Papaloapan, Tuxtepec, ocupa el primer lugar, de cada 10 niños el 7.5 padece obesidad o sobrepeso y 6 de cada 10 en adultos.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en los menores de cinco años en el estado durante 2012 fue de 5.0% (cuadro 6.1), con una distribución de 5.4% para las localidades urbanas y de 4.6% para las rurales. No se contó con poder estadístico suficiente para establecer si las diferencias entre 2006 y 2012, y localidades urbanas y rurales fueron estadísticamente significativas.

Niños

Desnutrición

Se analizaron datos de 434 niños y niñas menores de cinco años que, al aplicar los factores de expansión, representaron a una población de 368 838 niños. El tamaño de muestra fue de 169 menores en zonas urbanas, que representaron a 161 386 niños, y de 265 en zonas rurales, que representaron a 207 451 niños.

El cuadro 6.1 muestra la prevalencia de los diferentes tipos de desnutrición en la población menor de cinco años de edad en Oaxaca, desagregada por localidades urbanas y rurales, y para la información obtenida en 2006 y 2012. No se contó con suficiente poder estadístico para establecer si las diferencias entre 2006 y 2012, y entre localidades urbanas y rurales fueron estadísticamente significativas.

Cuadro 6.1
Comparativo de la prevalencia de bajo peso, baja talla, emaciación y sobrepeso en población menor de cinco años, por tipo de localidad. Oaxaca, México, ENSANUT 2006 y 2012

Categoría/Condición	Muestra n	ENSANUT 2006*			Muestra n	ENSANUT 2012		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Estatad								
Bajo peso	12	13.9	4.1	2.2-7.4	13	9.9	2.7	1.5-4.6
Baja talla	59	87.5	25.8	18.3-35.2	98	76.5	20.7	15.4-27.3
Emaciación	8	9.1	2.7	1.2-6.0	5	5.2	1.4	0.6-3.3
Sobrepeso y obesidad	19	19.7	5.8	3.2-10.4	23	18.3	5.0	3.1-7.8
Urbana								
Bajo peso	7	8.7	5.1	2.2-11.4	3	3.1	1.9	0.6-6.0
Baja talla	20	26.3	15.4	7.7-28.3	30	27.4	17.0	10.8-25.7
Emaciación	4	3.9	2.3	0.6-8.1	2	1.8	1.1	0.3-4.4
Sobrepeso y obesidad	12	11.7	6.9	3.4-13.4	10	8.8	5.4	2.9-10.0
Rural								
Bajo peso	5	5.2	3.1	1.3-7.1	10	6.9	3.3	1.8-5.9
Baja talla	39	61.2	36.5	25.1-49.7	68	49.2	23.7	15.9-33.7
Emaciación	4	5.2	3.1	1.1-8.6	3	3.4	1.7	0.6-4.7
Sobrepeso y obesidad	7	8.0	4.7	1.6-13.5	13	9.6	4.6	2.3-9.0

* ENSANUT 2006: estatal (n=272; N miles= 338.6); urbana (n=157; N miles= 170.9); rural (n= 115; N miles= 167.7)
IC= Intervalo de confianza

El cuadro 6.2 presenta prevalencias de sobrepeso y obesidad, y la suma de estas dos condiciones para el ámbito estatal, por tipo de localidad (urbana y rural) y por sexo.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012
Nutrición ■ OAXACA

■ Cuadro 6.2

Comparativo de la prevalencia nacional de sobrepeso, obesidad y sobrepeso más obesidad en población de 5 a 11 años, por sexo y tipo de localidad. Oaxaca, México, ENSANUT 2006 y 2012

Categoría	Condición	ENSANUT 2006				ENSANUT 2012			
		Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%
Estatal	Sobrepeso	95	111.7	18.0	14.0-22.8	106	103.3	17.2	13.8-21.2
	Obesidad	54	48.3	7.8	5.3-11.2	65	61.7	10.3	7.5-13.9
	SP+O	149	160.0	25.8	20.9-31.3	171	164.9	27.5	22.9-32.5
Sexo	Masculino								
	Sobrepeso	42	43.9	14.3	10.1-19.7	58	55.7	18.8	14.3-24.4
	Obesidad	36	33.3	10.8	6.5-17.4	39	37.0	12.5	8.4-18.3
	SP+O	78	77.2	25.1	18.5-33.0	97	92.7	31.4	24.8-38.8
	Femenino								
	Sobrepeso	53	67.8	21.6	16.5-27.8	48	47.6	15.6	11.5-20.8
	Obesidad	18	15.0	4.8	2.6-8.6	26	24.6	8.1	5.3-12.1
	SP+O	71	82.8	26.4	20.5-33.4	74	72.2	23.7	18.5-29.7
Localidad	Urbana								
	Sobrepeso	67	73.7	23.3	17.7-30.0	59	62.8	24.0	17.9-31.4
	Obesidad	46	40.6	12.9	8.5-18.9	43	43.3	16.5	10.9-24.3
	SP+O	113	114.3	36.2	29.2-43.7	102	106.1	40.5	31.6-50.1
	Rural								
	Sobrepeso	28	38.0	12.4	7.6-19.6	47	40.5	11.9	9.1-15.4
	Obesidad	8	7.7	2.5	1.0-5.9	22	18.4	5.4	3.6-8.1
	SP+O	36	45.7	15.0	9.6-22.6	69	58.9	17.4	14.2-21.1

IC= Intervalo de confianza
SP+O= Sumatoria de la prevalencia de sobrepeso más obesidad

La prevalencia de anemia en niños de 1 a 4 años de edad en Oaxaca en 2012 fue de 23.1% (IC95% 17.1-30.5), que representó a 73 302 niños anémicos, en comparación con 29.0% (IC95% 22.4-36.7) en 2006 (cuadro 6.3). La prevalencia nacional de anemia para este grupo de edad fue de 23.3% (IC95% 21.8-24.8).

Los niños de 1 a 4 años que habitaban en el área rural (25.4%) mostraron una mayor prevalencia de anemia que los de área urbana (20.3%). Dichas prevalencias representaron a 44 662 niños de 1 a 4 años anémicos de la zona rural y 28 640 de la zona urbana (cuadro 6.3).

■ Cuadro 6.3

Comparativo de la prevalencia de anemia en niños de 1 a 4 años, por tipo de localidad. Oaxaca, México, ENSANUT 2006 y 2012

Área	Muestra n	ENSANUT 2006			Muestra n	ENSANUT 2012		
		N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
Urbana	141	137.7	25.8	17.9-35.6	107	140.9	20.3	11.3-33.6
Rural	104	134.9	32.4	22.3-44.4	179	175.9	25.4	18.0-34.3
Estatal	245	272.6	29.0	22.4-36.7	286	316.9	23.1	17.1-30.5

IC= Intervalo de confianza

En 2012 las prevalencias de sobrepeso y obesidad fueron de 17.2 y 10.3%, respectivamente (suma de sobrepeso y obesidad, 27.5%). Las prevalencias nacionales de sobrepeso y obesidad para este grupo de edad fueron de 19.8% y 14.6%, respectivamente.

La prevalencia de sobrepeso en localidades urbanas aumentó de 2006 a 2012 de 23.3 a 24.0%, y en las rurales disminuyó de 12.4% a 11.9%. La suma de ambas condiciones de estado de nutrición (sobrepeso más obesidad) en 2012 fue mayor entre los niños (31.4%) en comparación con las niñas (23.7%).

En 2006, 24.9% de los adolescentes hombres y mujeres de Oaxaca presentó sobrepeso más obesidad, cifra que se observó 1.8 puntos porcentuales (pp) menor que en 2012 (26.7%). Esta prevalencia es menor a la registrada en 2012 en el ámbito nacional (35%). La distribución por sexo en 2012 mostró una prevalencia mayor para las mujeres (29.4%) en comparación con los hombres (24.3%).

Entre los adolescentes de Oaxaca que habitan en localidades urbanas, la cifra de sobrepeso más obesidad pasó de 28.8% en 2006 a 36.3% en 2012. Entre los habitantes de localidades rurales, esta cifra representa actualmente 18.1% (cuadro 7.1).

Adolescentes

Sobrepeso y obesidad

Se analizaron datos de 530 adolescentes (12-19 años) que, al aplicar los factores de expansión, representaron a una población de 654 427 individuos. El tamaño de muestra fue de 219 en zonas urbanas, que representaron a 311 154 individuos, y de 311 en zonas rurales, que representaron a 343 273 individuos. Por sexo, la muestra fue de 273 hombres y 257 mujeres, que representaron a 336 639 y 317 788 adolescentes, respectivamente (cuadro 7.1).

No se contó con poder estadístico suficiente para establecer si las comparaciones entre 2006 y 2012, entre localidades urbanas y rurales, y entre sexos fueron estadísticamente significativas.

Cuadro 7.1
Comparativo de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adolescente de 12 a 19 años, por sexo y tipo de localidad.
Oaxaca, México, ENSANUT 2006 y 2012

Categoría	Condición	Muestra n	ENSANUT 2006			Muestra n	ENSANUT 2012		
			Expansión				Expansión		
Estatal			N (miles)	%	IC95%		N (miles)	%	IC95%
	Sobrepeso	85	111.6	17.4	13.7-21.8	114	132.8	20.3	16.4-24.8
	Obesidad	37	48.1	7.5	5.2-10.6	35	42.3	6.5	4.1-10.1
	SP+O	122	159.7	24.9	19.8-30.7	149	175.0	26.7	22.3-31.7
Sexo	Masculino								
	Sobrepeso	34	50.4	16.3	10.8-23.8	53	65.1	19.3	14.1-25.9
	Obesidad	15	21.0	6.8	4.2-10.9	16	16.5	4.9	2.7-8.9
	SP+O	49	71.4	23.1	16.5-31.3	69	81.7	24.3	18.1-31.7
	Femenino								
	Sobrepeso	51	61.1	18.4	13.9-23.8	61	67.7	21.3	15.9-28.0
	Obesidad	22	27.1	8.2	5.1-12.8	19	25.7	8.1	4.7-13.6
	SP+O	73	88.2	26.5	20.9-33.0	80	93.4	29.4	23.4-36.1
Localidad	Urbana								
	Sobrepeso	57	69.3	18.9	14.8-23.9	63	81.7	26.3	20.4-33.2
	Obesidad	31	36.2	9.9	7.0-13.8	23	31.3	10.1	5.7-17.3
	SP+O	88	105.5	28.8	22.7-35.8	86	113.0	36.3	29.4-43.9
	Rural								
	Sobrepeso	28	42.2	15.3	9.3-24.1	51	51.1	14.9	10.5-20.7
	Obesidad	6	11.9	4.3	1.5-11.5	12	10.9	3.2	1.6-6.1
	SP+O	34	54.1	19.6	11.9-30.6	63	62.0	18.1	13.4-23.9

IC= Intervalo de confianza
SP+O= Sumatoria de la prevalencia de sobrepeso más obesidad

La evaluación del estado nutricional de la población mayor de 20 años, en el cuadro 8.1 muestra la prevalencia de las categorías de índice de masa corporal (IMC) de acuerdo con los puntos de corte de la OMS, estratificado por sexo o por localidad. En este cuadro puede observarse que la prevalencia de sobrepeso y obesidad (IMC $\geq$ 25 kg/m²) en hombres fue de 59.4% y en mujeres, de 69.2%. La prevalencia de obesidad

(IMC ≥ 30 kg/m²) fue 59% más baja en hombres (20.2%) que en mujeres (32.1%), diferencia estadísticamente significativa, mientras que la prevalencia de sobrepeso fue similar en ambos sexos (hombres 39.2% y mujeres 37.1%).

No se hicieron pruebas de contraste por tipo de localidad, categorizando por sexo y categoría de IMC, debido a que no hubo poder estadístico para hacer esta estratificación y establecer si las diferencias fueron estadísticamente significativas. La tendencia en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los últimos seis años se describe en la figura 8.1, en donde se observa un incremento de 8.0% en la prevalencia de obesidad en el caso de los hombres ($p < 0.05$), y un incremento de 20.2% en la prevalencia de sobrepeso en el caso de las mujeres ($p < 0.05$). No existieron cambios significativos ($p > 0.05$) en el periodo comprendido entre los años 2006 y 2012 en la prevalencia de sobrepeso en los hombres (cuadro 8.1).

En esta comparación entre las encuestas de 2006 y 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en conjunto (IMC ≥ 25 kg/m²) incrementó 0.3 puntos porcentuales en hombres y 7.3 puntos porcentuales en mujeres.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012
Nutrición ■ OAXACA

■ Cuadro 8.1

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

Categoría/Condición	ENSANUT 2006				ENSANUT 2012			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%
Estatad								
Sobrepeso								
Hombres	162	289.5	40.4	35.4-45.7	204	645.1	43.9	38.0-49.9
Mujeres	266	423.3	35.2	32.2-38.3	192	431.3	28.8	24.1-34.0
Ambos	428	712.7	37.1	34.1-40.1	396	1 076.4	36.3	32.6-40.1
Obesidad								
Hombres	71	134.1	18.7	14.6-23.6	164	489.8	33.3	28.2-38.8
Mujeres	189	321.5	26.7	21.6-32.6	301	681.5	45.5	40.7-50.4
Ambos	260	455.6	23.7	19.6-28.5	465	1 171.2	39.5	36.1-42.9
Localidades urbanas								
Sobrepeso								
Hombres	108	207.3	44.1	37.6-50.7	172	607.7	44.6	38.2-51.0
Mujeres	164	267.9	35.9	32.3-39.6	167	407.6	29.0	24.0-34.5
Ambos	272	475.2	39.0	35.6-42.6	339	1 015.4	36.6	32.7-40.7
Obesidad								
Hombres	55	107.3	22.8	18.0-28.4	132	452.3	33.2	27.8-39.0
Mujeres	140	252.2	33.8	27.4-40.8	257	648.4	46.1	41.0-51.2
Ambos	195	359.5	29.5	24.8-34.8	389	1 100.7	39.7	36.2-43.4
Localidades rurales								
Sobrepeso								
Hombres	54	82.2	33.5	**	32	37.4	35.1	**
Mujeres	102	155.3	34.0	**	25	23.7	26.3	**
Ambos	156	237.5	33.8	**	57	61.0	31.1	**
Obesidad								
Hombres	16	26.8	10.9	**	32	37.4	35.2	**
Mujeres	49	69.3	15.2	**	44	33.1	36.8	**
Ambos	65	96.2	13.7	**	76	70.5	35.9	**

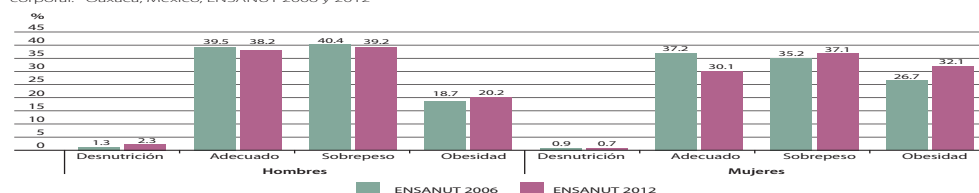
* Puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud: sobrepeso 25-29.9 kg/m² y obesidad ≥ 30 kg/m²

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

IC= Intervalo de confianza

■ Figura 8.1

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



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



Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Nutrición OAXACA

Cuadro 8.1

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

Categoría/Condición	ENSANUT 2006				ENSANUT 2012			
	Muestra n	N (miles)	Expansión %	IC95%	Muestra n	N (miles)	Expansión %	IC95%
Estatal								
Sobrepeso								
— Hombres	162	289.5	40.4	35.4-45.2	204	645.1	43.9	38.0-49.9
— Mujeres	266	423.3	35.2	32.2-38.3	192	431.3	28.8	24.1-34.0
— Ambas	428	712.7	37.1	34.1-40.1	396	1 076.4	36.3	32.6-40.1
Obesidad								
— Hombres	71	134.1	18.7	14.6-23.6	165	489.8	33.3	28.2-38.8
— Mujeres	189	321.5	26.7	21.6-32.6	301	681.5	45.5	40.7-50.4
— Ambas	260	455.6	23.7	19.6-28.5	466	1 171.2	39.5	36.1-42.9
Localidades urbanas								
Sobrepeso								
— Hombres	108	207.3	44.1	37.6-50.7	122	607.2	44.6	38.2-51.0
— Mujeres	164	267.9	35.9	32.3-39.6	167	402.6	29.0	24.0-34.5
— Ambas	272	475.2	39.0	35.6-42.6	339	1 015.4	36.6	32.7-40.7
Obesidad								
— Hombres	55	107.3	22.8	18.0-28.4	132	452.3	33.2	27.8-39.0
— Mujeres	140	252.2	33.8	27.4-40.8	257	688.4	46.1	41.0-51.2
— Ambas	195	359.5	29.5	24.8-34.8	389	1 100.7	39.7	36.2-43.4
Localidades rurales								
Sobrepeso								
— Hombres	54	82.2	33.5	**	32	37.4	35.1	**
— Mujeres	102	155.3	34.0	**	25	23.2	26.3	**
— Ambas	156	237.5	33.8	**	57	61.0	31.1	**
Obesidad								
— Hombres	16	26.8	10.9	**	32	37.4	35.2	**
— Mujeres	49	69.3	15.2	**	44	33.1	36.8	**
— Ambas	65	96.2	13.7	**	76	70.5	35.9	**

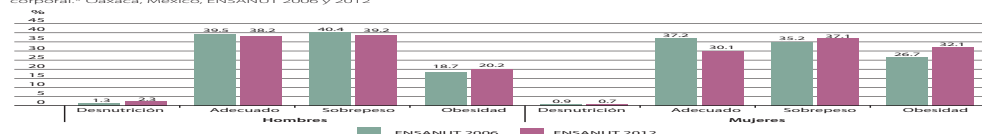
* Puntos de corte propuestos por la Organización Mundial de la Salud: sobrepeso 25-29.9 kg/m² y obesidad ≥ 30 kg/m²

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

IC= Intervalo de confianza

Figura 8.1

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

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

IC= Intervalo de confianza

El sobrepeso y la obesidad fueron un problema de salud pública que afectó a 6 de cada 10 hombres y a 7 de cada 10 mujeres de 20 años o más. Estas cifras fueron similares a las registradas en el ámbito nacional. Las prevalencias de sobrepeso y obesidad, siguieron una tendencia creciente en los últimos seis años y afectaron tanto a hombres como a mujeres. Por lo tanto, intervenir sobre los factores de riesgo que inducen la obesidad en la población adulta debe ser una prioridad al planificar acciones y políticas para su prevención y control.

Salud pública

El panorama del sobrepeso, la obesidad y la diabetes se explica en parte por el fenómeno de transición nutricional que experimenta el país, teniendo como características una occidentalización de la dieta, en la cual 1) aumenta la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados, adicionados con altas cantidades de grasas, azúcares y sal; 2) aumenta el consumo de comida rápida y comida preparada fuera de casa para un sector creciente de la población; 3) disminuye el tiempo disponible para la preparación de alimentos; 4) aumenta de forma importante la exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y de productos que facilitan las tareas cotidianas y el trabajo de las personas, disminuyendo de este modo su gasto energético; 5) aumenta la oferta de alimentos industrializados en general; y 6) disminuye de forma importante la actividad física de la población²³.

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.

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

Adicionalmente, se han registrado cambios importantes en la compra de algunos alimentos. 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%²⁴.

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 ni 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 néctares²⁵.

De acuerdo con un estudio realizado en escuelas primarias de la Ciudad de México²⁶, 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 promover la 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 deporte²⁷.

De los encuestados en el estado de Oaxaca (ENSANUT 2012), 61.9% dijo no haber realizado actividad alguna de tipo competitivo durante los 12 meses previos a la encuesta (cuadro 7.3), y 47.4% informó haber cumplido con la recomendación de pasar máximo dos horas diarias frente a una pantalla. Esta prevalencia es significativamente mayor que la nacional (33.0%).



24 Idem.

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

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

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

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012
Nutrición ■ OAXACA

Actividad física

Niños y adolescentes de 10 a 14 años

Dado que el cuestionario de actividad física (CAF) se aplicó en una submuestra, algunos estratificadores en el ámbito estatal podrían carecer del tamaño adecuado para representar a la población objetivo, de modo que los datos debían ser interpretados con cautela. Por esta razón, no se presentaron en este informe datos estratificados para el estado en los ámbitos rural y urbano.
Se obtuvo información de 92 adolescentes de este grupo de edad que representaron a una población de 431 762 individuos. De los encuestados en el estado, 61.9% dijo no haber realizado actividad alguna de tipo deportivo durante los 12 meses previos a la encuesta (Cuadro 7.3), y 47.4% informó haber cumplido con la recomendación de pasar máximo dos horas diarias frente a una pantalla. Esta prevalencia es significativamente mayor que la nacional (55.0%).

■ Cuadro 7.3

Distribución de actividades organizadas en niños y adolescentes de 10 a 14 años. Oaxaca, México, ENSANUT 2012

Indicador*	Estatal				Nacional			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95%*	Muestra n	N (miles)	%	IC95%*
Sin actividad	9	61.9	67.9	46.5-89.8	922	9 360.0	55.0	52.1-57.9
Una o más actividades	39	270.2	29.5	20.2-39.4	1 312	9 555.8	45.0	42.1-47.9
Total	48	332.1	100.0		2 234	11 222.2	100.0	

* Reportado en los últimos 12 meses.

† Estimado de actividades organizadas por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver métodos).

‡ Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado.

Adolescentes de 15 a 18 años

Se obtuvo información de 74 adolescentes de 15 a 18 años que representaron a 364 448 individuos en el ámbito estatal.

De acuerdo con la clasificación de la OMS, 14.3% de los adolescentes fue inactivo, 9.4% fue moderadamente activo y 76.3%, activo, prevalencias similares a las encontradas en el ámbito nacional (Cuadro 7.4).

De la muestra de adolescentes, 60.5% sostuvo haber pasado hasta dos horas diarias frente a una pantalla, lo cual representó un porcentaje significativamente mayor que el observado en el ámbito nacional (36.1%) (Cuadro 7.5).

82

De acuerdo con la clasificación de la OMS, 14.3% de los adolescentes fue inactivo, 9.4% fue moderadamente activo y 76.3%, activo, prevalencias similares a las encontradas en el ámbito nacional (Cuadro 7.4).

De la muestra de adolescentes, 60.5% sostuvo haber pasado hasta dos horas diarias frente a una pantalla, lo cual representó un porcentaje significativamente mayor que el observado en el ámbito nacional (36.1%) (Cuadro 7.5).

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012
Nutrición ■ OAXACA

■ Cuadro 7.4

Distribución de actividad física en adolescentes de 15 a 18 años. Oaxaca, México, ENSANUT 2012

Indicador*	Estatal				Nacional			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95%*	Muestra n	N (miles)	%	IC95%*
Inactivo†	9	32.1	14.3	5.8-32.4	829	2 133.8	14.2	12.2-16.2
Moderadamente activos‡	9	34.1	9.4	4.3-19.1	392	1 218.9	10.3	8.4-12.2
Activos	56	278.2	76.3	60.6-89.2	1 312	9 555.8	75.5	72.6-78.5
Total	74	364.4	100.0		2 263	9 403.9	100.0	

* Reportado en los últimos 12 meses.

† Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado.

‡ Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado.

§ Menos de 3.5 horas por semana de actividad física moderada y vigorosa (menos de 30 minutos por día).

¶ Menos de siete horas y al menos cuatro horas de actividad física moderada y vigorosa por semana (menos de 60 minutos por día y al menos 30 minutos por día).

‡ Al menos siete horas por semana de actividad física moderada y vigorosa (60 minutos por día).

■ Cuadro 7.5

Distribución del tiempo total que pasan adolescentes de 15 a 18 años frente a una pantalla. Oaxaca, México, ENSANUT 2012

Indicador	Estatal				Nacional			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95%*	Muestra n	N (miles)	%	IC95%*
≤ 14 horas por semana	39	270.2	60.5	43.0-78.5	823	9 360.0	36.1	32.0-40.3
> 14 horas por semana	25	115.1	31.5	18.5-47.9	796	3 281.3	34.4	30.9-38.0
≥ 28 horas por semana	10	29.0	8.0	3.1-18	493	2 272.0	24.5	21.1-28.2
Total	74	364.4	100.0		2 262	9 403.3	100.0	

* Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado.

† Intervalo de confianza de 95% para el porcentaje estimado.

‡ Menos de dos horas por día frente a una pantalla por semana.

§ Entre dos y cuatro horas por día frente a una pantalla por semana.

¶ Al menos cuatro horas por día (al menos 1 680 minutos por semana).

83

83

De acuerdo con la clasificación de la OMS, aproximadamente 11.8% de los habitantes era inactivos; 6.0% era moderadamente activo, es decir, realizaba el mínimo de AF sugerido por la OMS, y 82.3% era activo (cuadro 8.4).

De la muestra de adultos, 73.0% (IC95% 65.7-79.3) informó haber pasado hasta dos horas diarias frente a una pantalla, 18.9% (IC95% 13.8-25.5) afirmó pasar entre 2 y 4 horas diarias y 8.1 % (IC95% 4.8-13.3), cuatro o más horas diarias promedio frente a una pantalla. Es decir, en Oaxaca un porcentaje significativamente mayor de la población adulta pasó dos horas o menos frente a una pantalla en comparación con 51.4% (IC95% 49.3-53.5) en el ámbito nacional.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012
Nutrición • OAXACA

Cuadro 8.3
Comparativo de la prevalencia de anemia en adultos de 60 años o más, por tipo de localidad. Oaxaca, México, ENSANUT 2006 y 2012

Área	ENSANUT 2006				ENSANUT 2012			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%
Urbana	118	111.3	22.9	14.9-35.0	91	103.2	26.6	15.3-42.0
Rural	92	140.1	12.3	9.8-28.8	151	218.0	20.9	14.8-29.3
Estatal	211	251.4	20.7	14.1-59.3	242	421.2	23.6	17.1-31.6

IC= Intervalo de confianza

Actividad física

Al igual que en adolescentes, dado que el cuestionario de actividad física (AF) se aplicó en una submuestra, algunas estratificaciones en el ámbito estatal podrían carecer del tamaño adecuado para representar a la población objetivo, de modo que los datos deben ser interpretados con cautela. Por esta razón en las tablas no se presentan datos estratificados para el estado en los ámbitos rural y urbano.

En total se encuestó a 369 individuos de edad adulta para la sección de actividad física, lo que representó a 2 284 163 de adultos en el estado.

De acuerdo con la clasificación de la OMS, aproximadamente 11.8% de los habitantes era inactivos; 6.0% era moderadamente activo, es decir, realizaba el mínimo de AF sugerido por la OMS, y 82.3% era activo (cuadro 8.4).

De la muestra de adultos, 73.0% (IC95% 65.7-79.3) informó haber pasado hasta dos horas diarias frente a una pantalla, 18.9% (IC95% 13.8-25.5) afirmó pasar entre 2 y 4 horas diarias y 8.1 % (IC95% 4.8-13.3), cuatro o más horas diarias promedio frente a una pantalla. Es decir, en Oaxaca un porcentaje significativamente mayor de la población adulta pasó dos horas o menos frente a una pantalla en comparación con 51.4% (IC95% 49.3-53.5) en el ámbito nacional.

Cuadro 8.4
Distribución de actividad física en adultos de 19 a 69 años. Oaxaca, México, ENSANUT 2012

Indicador*	Estatal				Nacional			
	Muestra n	N (miles)	%	IC95%	Muestra n	N (miles)	%	IC95%
Inactivos*	32	260.0	11.8	8.0-22.1	1 935	12 385.2	17.4	15.9-18.6
Moderadamente activos*	22	135.9	6.0	3.2-9.5	1 188	8 444.6	11.9	10.6-13.3
Activos*	310	1 879.2	82.3	75.8-87.6	2 053	50 150.8	70.7	69.1-72.5
Total	360	2 284.2	100.0		11 076	70 980.6	100.0	

* Registrado en los últimos siete días.
* Número de casos representados por la encuesta después de aplicar el factor de expansión correspondiente (ver metodología).
* Intervalo de confianza al 95% para el porcentaje estatal.
* No cumplen la criteria recomendada por la OMS.
* Actividad física vigorosa = 300 min/semana, o actividad física moderada = 150 min/semana.
* Actividad física vigorosa = 300 min/semana, o actividad física moderada = 150 min/semana.

La urbanización junto con los cambios sociales, tecnológicos y económicos ocurridos en el estado en las últimas décadas ha implicado modificaciones importantes en los patrones de actividad física en el entorno laboral y en los momentos de esparcimiento. Anteriormente, la mayoría de los trabajos requerían un esfuerzo físico considerable y los momentos de esparcimiento se aprovechaban en pasatiempos más activos.

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 32% por debajo del 31.7% reportado por el Consejo Nacional de

Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en 2010²⁹.

Los pacientes con diabetes entrevistados refieren tener ocho consultas para su padecimiento al año y la revisión en notas de expedientes demostró que son seis. Un porcentaje importante (90%) de los pacientes 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 evidencias de que se habían revisado los pies del paciente 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 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

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

29 Idem pág. 37.

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 sanguínea³⁰. En México, el 23.7% de los adultos mayores de 20 años se somete a una prueba de glucosa en sangre al año³¹.

Regulación

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

Aún así, no se ha logrado tener un impacto general en los mecanismos de comercialización y publicidad de los alimentos y bebidas procesados; por lo que se abren áreas de oportunidad respecto de las mejores prácticas internacionales en la materia.

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 autorreguló tras la inclusión del Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas dirigida al Público Infantil (Código PABI), disminuyendo el número de anuncios televisivos, no se debe descuidar este aspecto en la prevención de la obesidad y el sobrepeso, especialmente en la población infantil.

En el siguiente cuadro se reflejan algunas diferencias existentes entre el Código PABI y el “Pledge” de la Unión Europea, el cual es también un esquema de autorregulación, impulsado por la industria europea de alimentos y bebidas:

30 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
31 Gutiérrez 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

Disposiciones	EU Pledge	Código PABI
Se prohíbe la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a niños menores de 12 años, con excepción de aquellos que cumplen con criterios científicos de nutrición.	sí	NO
Se desarrollan criterios de nutrición, aplicables a todas las compañías que actualmente tienen productos dirigidos a menores de 12 años.	sí	NO
El alcance del compromiso se extendió a internet, radio y medios impresos.	sí	NO
Fomenta la reformulación de productos más balanceados nutricionalmente.	sí	NO
En materia de chocolates, confitería y refrescos, las compañías no pueden realizar publicidad de esos productos dirigida a niños menores de 12 años.	sí	NO
Las empresas no deben publicitar sus productos en las escuelas primarias.	sí	NO
Obligatoriedad a largo plazo.	2014	NO
Está diseñado para utilizarse con otros propósitos como es la evaluación de declaraciones de nutrición y/o salud o para la aplicación de impuestos.	sí	NO

De igual forma, existen áreas de oportunidad en materia de etiquetado de alimentos y bebidas no alcohólicas. En el cuadro que se proporciona a continuación, puede apreciarse que de una muestra compuesta por países desarrollados y por países que se encuentran en una situación similar de desarrollo al nuestro, México es el único en el que solamente existe la obligatoriedad de incluir la información nutrimental en el etiquetado trasero:

ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN
Y EL CONTROL DEL SOBREPESO, LA OBESIDAD Y LA DIABETES

PAÍS	Panel nutricional trasero	Etiquetado frontal	GDA's	Semáforo
EUA	☒		☒	
UE		☒	☒	
Canadá		☒	☒	
España		☒	☒	
Australia	☒			☒
Colombia		☒		
Chile				
México	☒			

Como puede apreciarse, las medidas en materia de etiquetado a nivel internacional, tienden a combinar más de un mecanismo.

Como puede apreciarse, las medidas en materia de etiquetado a nivel internacional, tienden a combinar

más de un mecanismo.

El estado de Oaxaca participará con el Sistema Federal Sanitario; de aprobarse los controles regulatorios del etiquetado, en la vigilancia Sanitaria de los establecimientos que comercialice, expendan o distribuyan estos productos.

Antecedentes

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

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

En 2010, tras un análisis del grave problema que representan el sobrepeso y la obesidad en nuestro país, la Secretaría de Salud impulsó la creación del Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria (ANSA).

Este acuerdo fue concertado por el Gobierno Federal junto con la participación de la industria, organismos no gubernamentales y la academia.

El ANSA tiene como principal objetivo revertir la epidemia de enfermedades no transmisibles, derivadas del sobrepeso y la obesidad, con acciones dirigidas especialmente a los menores de edad. Asimismo, define 10 objetivos que podrían contribuir de forma efectiva a la contención y eventual reversión de la epidemia de obesidad que vive México³².

Dicha estrategia hace hincapié en el hecho de que la prevención de la obesidad es una responsabilidad central del Estado, responsabilidad fundamental para la sustentabilidad del desarrollo nacional y de la salud pública.

Los dos factores de riesgo sobre los que se enfocó; fueron 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 saludable³³.

Ahora bien, al analizar su desarrollo, se encuentran aspectos que limitaron su alcance e impacto. Entre ellos

podemos mencionar la ausencia de un marco jurídico que garantizara la puesta en marcha de las acciones planteadas. Igualmente, careció de una definición de mecanismos de coordinación para asegurar la implementación de las acciones a realizar por los sectores e instituciones de los distintos órdenes de gobierno y por parte de la industria. Faltó establecer metas, plazos e indicadores de proceso y resultado para todos los actores involucrados, lo que mermó la operación de los mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas de los compromisos suscritos, algo que limitó la obtención de evidencia de los avances alcanzados³⁴.

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

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

34 Idem Pág. 25 y ss.

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

El 23 de agosto de 2010, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica. Dicho documento tiene como propósito “establecer acciones que promuevan una alimentación y entorno saludable e impulsen una cultura de hábitos alimentarios que favorezca la adopción de una dieta correcta para la prevención del sobrepeso y la obesidad”³⁵.

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

Ley de ayuda alimentaria para los trabajadores

Esta Ley fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de enero de 2011, tiene como objeto “promover y regular la instrumentación de esquemas de ayuda alimentaria en beneficio de los trabajadores, con el propósito de mejorar su estado nutricional, así como de prevenir las enfermedades vinculadas con una alimentación deficiente y proteger la salud en el ámbito ocupacional”³⁶.

Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (CONACRO, 2010).

Con fundamento en la Ley General de Salud, reglamentaria del artículo 4o Constitucional, el 11 de febrero de 2010 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo por el que se crea el CONACRO como la instancia de control permanente en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia en la población mexicana y sus factores de riesgo quedando instalado a partir del 12 de mayo del mismo año, fecha en que se realizó su primera sesión plenaria. El Consejo tiene como objetivo coadyuvar a establecer mecanismos interinstitucionales de prevención y control, así como los instrumentos capaces de abordar rápida, ordenada y eficazmente las necesidades de atención a la salud generadas por las enfermedades de este tipo en la población afectada.

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

- 35 Diario Oficial de la Federación. Lineamientos generales para expendio y distribución de alimentos y bebidas en las escuelas. 23 de agosto de 2010.
- 36 Diario Oficial de la Federación. Ley de ayuda alimentaria para los trabajadores. 17 de enero de 2011.



Reformas al Artículo 3º Constitucional, Quinto transitorio.

El día 26 de febrero de 2013, en el Diario Oficial de la Federación, se publicó el Decreto por el que se reforma el artículo 3o. en sus fracciones III, VII y VIII; y 73, fracción XXV, y se adiciona un párrafo tercero, un inciso d) al párrafo segundo de la fracción II y una fracción IX.

En el Quinto Transitorio III, apartado C, a la letra dice:

“Prohibir en todas las escuelas los alimentos que no favorezcan la salud de los educandos”

Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS)

Para dar respuesta a la problemática mencionada, se implementó el proceso de mejora de la medicina familiar, que incluye la Estrategia: Programas Integrados de Salud, diseñada durante 2001 y puesta en operación en 2002, que integra acciones antes dispersas, de ahí su denominación; para fines de comunicación, se formó el acrónimo PREVENIMSS, que fusiona el concepto prevención con las siglas del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS).

Se trata de una estrategia que ordena y sistematiza la prestación de los servicios preventivos a través de cinco grandes programas:

- Salud del Niño (menores de 10 años)
- Salud del Adolescente (de 10 a 19 años)
- Salud de la Mujer (de 20 a 59 años)
- Salud del Hombre (de 20 a 59 años)
- Salud de Adulto Mayor (60 y más años)

Los instrumentos centrales de los programas son las cartillas de salud por grupos de edad que contienen los siguientes componentes:

- Promoción de la salud
 - Nutrición
 - Prevención y control de enfermedades
 - Detección de enfermedades
 - Salud bucal
 - Salud reproductiva y sexualidad
-

Cada componente está integrado por acciones específicas que deben ser realizadas por el personal médico de primer contacto.

Así mismo se integran grupos de ayuda sobre:

- Obesidad
- Hipertensión arterial
- Tabaquismo
- Depresión
- Desnutrición
- Diabetes mellitus
- Alcoholismo
- Violencia familiar³⁷

Programa PrevenISSSTE

El 15 de octubre del 2010 fue puesto en marcha el Programa PrevenISSSTE que tiene como objetivo empoderar a su derechohabiente para lograr la regresión del sobrepeso y la obesidad; la detección oportuna del cáncer de mama y cérvico uterino; de la diabetes y otras enfermedades crónicas degenerativas, así como el combate a la farmacodependencia, las enfermedades de transmisión sexual -principalmente entre los jóvenes-, y sobre todo, aspectos fundamentales para la salud de los mexicanos, como la sana alimentación, la práctica del ejercicio y el cuidado de las mujeres embarazadas³⁸.

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

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

Antecedentes internacionales

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

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

- Reconocieron que “las enfermedades no transmisibles son la principal causa de mortalidad, mortalidad prematura y discapacidad adquirida, constituyendo una epidemia en las Américas”.
 - Que las intervenciones diseñadas por los países de la región, deben considerar la adopción de “medidas concertadas y dar una respuesta coordinada en los planos nacional, regional y mundial para hacer frente adecuadamente a los problemas de desarrollo y de otra índole que plantean las enfermedades no transmisibles, en particular las cuatro enfermedades no transmisibles más destacadas”.
 - “Que las enfermedades no transmisibles más destacadas están relacionadas con factores como el consumo de tabaco, el abuso de alcohol, una dieta malsana, la inactividad física y los carcinógenos ambientales, conscientes de que estos factores de riesgo tienen determinantes económicos, sociales, de género, políticos, de comportamiento y ambientales, y destacando a este respecto la necesidad de dar una respuesta multisectorial para luchar contra las enfermedades no transmisibles”.
 - Se acordó que “el problema de la obesidad, especialmente la obesidad infantil debe ser abordado de forma particular para identificar sus causas específicas”.
 - Además del compromiso para facilitar el trabajo coordinado entre los “sectores como el de educación, agricultura, comercio, medios de comunicación, industria alimenticia, gobiernos locales y otros, junto con las autoridades sanitarias, para evitar los ambientes obesogénicos y contribuir a la prevención del sobrepeso y la obesidad”.
 - Se acordó también, tomar las medidas necesarias en una “forma gradual o completa para implementar las recomendaciones sobre la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas para niños, teniendo en cuenta la legislación existente y las políticas según sea el caso”³⁹.
-

39 Declaración Ministerial para la Prevención y Control de las enfermedades Crónicas No Transmisibles. 25 de febrero de 2011.
<http://portal.salud.gob.mx/sites/>

Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, 2011

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

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

Se señala que “las condiciones en que viven las personas y su estilo de vida influyen en su salud y calidad de vida, y que la pobreza, la distribución desigual de la riqueza, la falta de educación, la rápida urbanización y el envejecimiento de la población, así como los determinantes económicos, sociales, de género, políticos, de comportamiento y ambientales, son factores que contribuyen a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades no transmisibles”;

Se observó que existe un aumento de la obesidad en diferentes regiones, en particular entre los niños y jóvenes, y que “la obesidad, una dieta malsana y la inactividad física están muy relacionadas con las cuatro principales enfermedades no transmisibles y se asocian a mayores costos sanitarios y a una menor productividad”;

Se admitió que “la prevención debe ser la piedra angular de la respuesta mundial a las enfermedades no transmisibles”;

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

Se reconoció la contribución y el importante papel desempeñado por todas las partes interesadas, incluidas “las personas, familias y comunidades, las organizaciones intergubernamentales e instituciones religiosas, la sociedad civil, las universidades, los medios de comunicación, las asociaciones de voluntarios y, según el

caso, el sector privado y la industria, en el apoyo a los esfuerzos nacionales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles”⁴⁰.

40 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>

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

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

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

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

“Para todos los países, el costo de la no actuación es muy superior al de la adopción de las medidas contra las enfermedades no transmisibles que se recomiendan en el presente plan de acción. Hay intervenciones de prevención y control de las enfermedades transmisibles que tienen un buen rendimiento, pues generan un año de vida saludable por un costo que es inferior al producto interno bruto per cápita y son asequibles para todos los países. El costo total de la aplicación de un conjunto de intervenciones muy costo eficaces destinadas a toda la población e individuales, expresado como proporción del gasto actual en salud, asciende al 4% en los países de ingresos bajos, al 2% en los de ingresos medios bajos y a menos del 1% en

los de ingresos medios altos. Se calcula que el costo de la aplicación del plan de acción por la Secretaría es de \$940,26 millones de dólares para el periodo de ocho años comprendido entre 2013 y 2020. Estas estimaciones de la aplicación del plan de acción deben compararse con el costo que conllevaría el hecho de no actuar. La continuación del estado de cosas dará lugar a una pérdida de productividad y una escalada de los costos de la atención sanitaria en todos los países. La pérdida acumulada de producción debida a las cuatro grandes categorías de enfermedades no transmisibles y a los trastornos mentales se calcula en \$47 mil millones de dólares. Esa pérdida representa un 75% del PIB mundial en 2010 (\$63 mil millones de dólares)

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

I) Salvaguardar la salud y la productividad de las poblaciones y las economías;

II) Crear situaciones beneficiosas para todos que influyen en las decisiones de compra relacionadas, en otras cosas, con los alimentos, los medios de comunicación, las tecnologías de la información y la comunicación, los deportes y los seguros de enfermedad, y

III) Identificar el potencial de innovaciones repetibles y ampliables que se pueden aplicar a nivel mundial para reducir los crecientes costos de la atención sanitaria”⁴¹.

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

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

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

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

41 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

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

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

A que “elaboren y ejecuten planes y programas para mejorar la atención de las personas con obesidad y/o diabetes dentro de los sistemas de salud públicos y privados, integrando la prevención en la asistencia”⁴².

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

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

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

Hace “énfasis en la promoción de la salud, la educación y la prevención, al igual que en la temprana, el tratamiento oportuno y la calidad de la atención para las personas que ya tienen alguna ENT o que muestran señales de alerta por la presencia de factores de riesgo”⁴³.

42 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 43 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

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 México⁴⁴.

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.

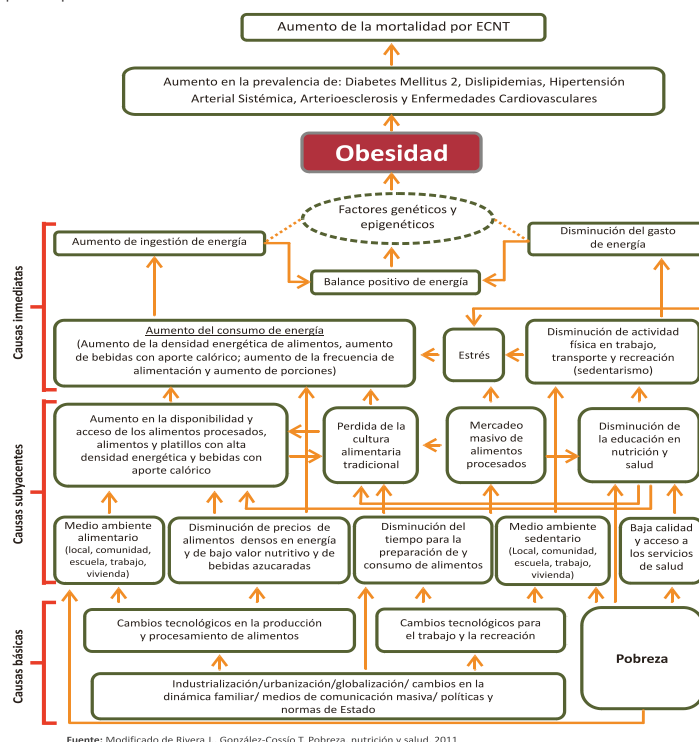


MARCO CONCEPTUAL

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 México⁴⁴.

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

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



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

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

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

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

Debemos partir de que las causas básicas juegan un papel fundamental para la complejidad de esta problemática, por ejemplo: la pobreza trae consigo un menor acceso a los servicios de salud, una menor orientación educativa acerca de una alimentación, salud adecuada y sobretudo el aumento en el consumo de productos con alta densidad energética y bebidas con alto aporte calórico. Un segundo elemento básico

es la globalización, ella ha traído un mayor intercambio comercial entre los países, ahora el mercado alimentario ofrece alimentos locales así como alimentos procesados ya sean nacionales o internacionales, este cambio en la oferta alimentaria ha traído una pérdida en la cultura alimentaria tradicional de los países y una mayor oferta de alimentos de las cadenas de comida rápida que ofrecen paquetes de distintos tamaños con distintos niveles de densidad energéticas de sus productos.

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

Otro elemento fundamental es la tecnología, las nuevas tecnologías en la producción y procesamiento de los alimentos, nos ofrecen una mayor diversidad de productos (desde golosinas hasta complementos alimenticios) y por ello debemos tener una mejor educación en salud para tener mejor elección de los productos que nos permitan tener una dieta balanceada y un nivel de ingesta de energía correcta. La diversidad de productos viene acompañada de una mayor publicidad de estos en los distintos canales de comunicación (canales de televisión, radio, Internet y redes sociales) por lo que estamos expuestos a un mercadeo masivo de alimentos procesados que influye en la toma de decisiones vinculada con el consumo de alimentos.

Además se debe considerar que los patrones de alimentación y actividad física, así como el balance energético se ven influidos por factores genéticos y epigenéticos, modifican los requerimientos de energía y algunos procesos metabólicos relacionados con la acumulación. En el mismo marco se presenta al balance positivo de energía como la causa más inmediata de la obesidad, pero reconoce el papel de los factores ambientales que operan en los ámbitos individual, familiar, comunitario, social y global, que al interactuar con los factores genéticos y epigenéticos generan sobrepeso y obesidad⁴⁵.

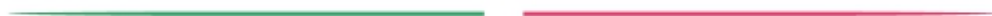
45 Juan Ángel Rivera Dommarco, M. H. (2012). Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado (Primera ed.). México: UNAM

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

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

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

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



Planteamiento

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

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

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

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

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

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

de todo el personal sanitario, con inclusión de agentes sanitarios de las comunidades y agentes sociales, sean o no profesionales (nivel técnico y/o medio), poniendo el acento en la atención primaria de salud.

- Regulación sanitaria y política fiscal: acciones de vigilancia focalizada en alimentos y bebidas; así como en la publicidad que de estos productos se realice en los medios masivos de comunicación. Concretamente, se busca establecer un etiquetado frontal claro que ofrezca información útil para que el consumidor tenga elementos suficientes para tomar decisiones respecto a su consumo calórico. Igualmente, se sugiere la implementación de medidas fiscales con el fin de reducir el consumo de alimentos de alta densidad energética y escaso valor nutricional.

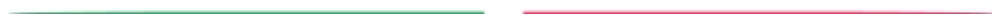
Las acciones anteriores recaen en el sector salud pero no por ello es el único responsable de llevarlas a cabo, requiere de la participación de los distintos sectores del gobierno, como ya se ha mencionado a lo largo del documento se hace la invitación a los distintos sectores del gobierno y de la sociedad a trabajar en conjunto para desacelerar esta problemática.

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

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

El planteamiento está compuesto por cuatro premisas:

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



Ejes rectores

Investigación y evidencia científica

El desarrollo pleno del país tiene necesariamente que apoyarse en el desarrollo científico y el fomento a la investigación. Puesto que “para lograr la prevención y control de la obesidad y sus comorbilidades en un plazo razonablemente corto,

es fundamental apoyar la investigación científica, particularmente aquella dirigida al esclarecimiento de los factores de la dieta que aumenten el riesgo de obesidad y de enfermedades crónicas”⁴⁶.

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

Corresponsabilidad

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

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

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

La participación conjunta implica una responsabilidad, entendida como la capacidad de ofrecer una respuesta pertinente, congruente y oportuna a las necesidades o problemas que enfrenta un grupo de personas. En este sentido, se estaría hablando de una corresponsabilidad que tiene que ver con la delimitación y articulación del desempeño de cada uno de los integrantes del grupo para asumir, en consecuencia, las funciones y actividades correspondientes al cuidado de la salud⁴⁷.

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

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

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.

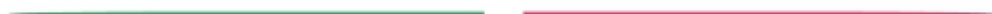
Los gobiernos pueden coordinar la formulación de políticas, elaborando planes estratégicos que establezcan objetivos comunes, respuestas integradas y una mayor rendición de cuentas en todas las dependencias públicas. Esto requiere una alianza con la sociedad civil y el sector privado.

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 salud⁴⁸.

Intersectorialidad

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

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



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

Evaluación del impacto

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

Rendición de cuentas

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

A la letra dice: "Por lo anterior, las políticas y los programas de la presente Administración deben estar enmarcadas en un Gobierno Cercano y Moderno orientado a resultados, que optimice el uso de los recursos públicos, utilice las nuevas tecnologías de la información y comunicación e impulse la transparencia y la rendición de cuentas con base en un principio básico plasmado en el Artículo 134 de la Constitución: "Los recursos económicos de que dispongan la Federación, los estados, los municipios, el Distrito Federal y los órganos político-administrativos de sus demarcaciones territoriales, se administrarán con eficiencia, eficacia, economía, transparencia y honradez para satisfacer los objetivos a los que estén destinados""⁴⁹.

49 Presidencia 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 nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus tipo 2, a través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales.

Objetivos Específicos

1. Promover la consolidación de una cultura que facilite la adopción de estilos de vida que mantengan la salud de las personas.
2. Detectar oportuna y masivamente el universo de casos de sobrepeso, obesidad y diabetes para garantizar su adecuado control y manejo.
3. 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.

Visión 2018

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

Pilares y Ejes estratégicos

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

SECRETARÍA DE SALUD

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

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

ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN
Y EL CONTROL DEL SOBREPESO, LA OBESIDAD Y LA DIABETES

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 resolutoria 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

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

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

- Preparar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.

1. Salud Pública

1.1 Sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades no transmisibles

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

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

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

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

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

- Diferenciar los usuarios y las variables de información de utilidad.
 - Establecimiento de canales de comunicación y contenidos de información.
 - Generación de pautas para la toma de decisiones.
 - Monitoreo y evaluación del uso de la información.
-

Dar seguimiento a la implementación de la Estrategia y determinar su desempeño e impacto.

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

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

1.2 Promoción de la salud

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

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

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

- Desarrollar apoyos directos a productores locales para la producción de verduras y frutas, o alimentos propios de la cultura alimentaria tradicional (como lo son los granos enteros).
- Promover huertos escolares y familiares de traspatio (Horticultura urbana).
- Establecer recomendaciones para fomentar la alimentación correcta en los lugares de trabajo.
- Promover masivamente la alimentación correcta, actividad física y el consumo de agua simple potable. ... Prohibir la venta de alimentos y bebidas con alto contenido de azúcares, grasas y sal en las unidades médicas del sector salud.

Promoción de la actividad física a nivel individual y colectivo (familia, escuela, sitios de trabajo y comunidad).

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

- Estimular a las autoridades municipales para la creación de espacios públicos seguros destinados a la activación física.
- Promover la creación de instancias administrativas que gestionen la actividad física a nivel local.
- Promocionar la actividad física en las familias, escuelas, sitios de trabajo y ciudades.
- Realizar campañas nacionales para sensibilizar a la población sobre la importancia de activarse físicamente en todos los entornos.
- Promover alianzas con organizaciones civiles como Queremos Mexicanos Activos A. C. y Dar la Vuelta A. C.
- Incorporar a la Secretaría de Educación Pública, así como a la Comisión Nacional del Deporte para implementar acciones de evaluación del estado físico de los educandos.
- Realizar una evaluación basal del estado físico de los alumnos de educación básica, considerando factores como el Índice de Masa Corporal (IMC) y condiciones general del estado físico con el fin de suministrarles rutinas de ejercicio adecuadas a sus condiciones de salud.
- Diversificar los espacios promotores de actividad física seguros (plazas públicas, centros comerciales, lugares de ocio y esparcimiento).
- Establecer alianzas con organizaciones civiles para coordinar eventos que fomenten la actividad física.
- Implementar el programa "11 jugadas para la salud", en coordinación con la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Educación Pública, la Federación Internacional de Fútbol, Asociación (FIFA), la F-MARC (FIFA Medical Assessment and Research Center), la Federación Mexicana de

Fútbol (FEMEXFUT). El objetivo del proyecto es contribuir a la salud y bienestar de la población estudiantil, con énfasis en población vulnerable, como adolescentes con discapacidad (visual, auditiva, motora y mental), trastornos de déficit de atención e hiperactividad, con trastornos de la alimentación y población indígena, a través de la cultura de cuidado y promoción de la salud escolar y de la actividad física (fútbol), en los jóvenes de las secundarias públicas.

Comunicación educativa

Existen comportamientos en la población que, para que se cambien o se abandonen, requieren de una acción social adecuada. Muchas veces estos fenómenos afectan segmentos específicos de la sociedad que son particularmente vulnerables.

Las soluciones que se proponen se deben de reflejar en el cambio de actitudes, intereses, sentimientos y creencias de este grupo de personas para el beneficio de los individuos y de toda la sociedad. Para diseñar, implementar y controlar los programas que tienen como objetivo incrementar la aceptación de una idea o práctica se usan los métodos de la mercadotecnia social. Por ello, se “debe considerar la necesidad de generar programas efectivos de comunicación educativa para difundir los mensajes informativos y fomentar la adopción de una alimentación saludable”⁵⁰.

- Llevar a cabo una campaña masiva en contra de la obesidad mediante mensajes positivos.
- Diseñar e incorporar al currículo de educación de nivel básico una materia dirigida a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
- Generar manuales de procedimientos, materiales educativos, cursos en línea para profesionales de la salud, distribución de las guías internacionales y la norma nacional en unidades de primer contacto y hospitales de segundo nivel.
- Establecer un grupo asesor de expertos en nutrición, promoción de la salud y salud pública para apoyar las campañas de comunicación educativa y los contenidos de salud y nutrición en los Libros de Texto gratuitos.
- Establecer el uso de la mercadotecnia social para el desarrollo de campañas orientadas al manejo de determinantes del sobrepeso y la obesidad.
- Formar consumidores informados capaces de interpretar las características nutricionales de los productos que adquieren.

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

Una comunidad empoderada es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican las habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades en salud⁵¹. Mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la comunidad, y adquieren una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud.

- Desarrollar diplomados o cursos de especialidad en obesidad para generar líderes locales que puedan modificar su entorno.

Crear redes de educadores en prevención de sobrepeso, obesidad, diabetes y otras enfermedades no transmisibles.

- Crear un registro de los educadores en salud y de las sociedades en que se agrupan.
- Formar 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.

- 50 Rivera Dommarco, Juan Ángel, et. al. (2012). Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado. Pág. 26.
- 51 OMS, Promoción de la Salud. Glosario, 1998 en http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

1.3 Prevención

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

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

Establecer la estrategia única de prevención de enfermedades que consideren el autocuidado y el esquema de participación social. Desarrollo de nuevos instrumentos que faciliten el autocuidado.

- Desarrollo de nuevos instrumentos y estrategias que inhiban la inercia clínica.
- Dotar a las unidades de tecnología e insumos que permitan tamizajes en los entornos donde se desarrollan las personas. Estratificar la intensidad de las intervenciones acorde a las necesidades de los pacientes en las unidades donde reciben atención las personas con diabetes.

Orientación del Sistema Nacional de Salud hacia la detección temprana

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

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

Implementación de esquemas proactivos de prevención y detección oportuna

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

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

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

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

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

- Capacidad de detección oportuna de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en las unidades de salud del primer nivel de atención, mediante el establecimiento e implantación de módulos de detección oportuna de enfermedades no transmisibles.
- Mecanismos para detectar obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en los lugares públicos donde se reúne la comunidad, tales como escuelas, mercados o cualquier plaza pública.
- Seguimiento a la persona en la comunidad y su hogar, mediante la implantación de esquemas móviles de detección oportuna de enfermedades no transmisibles.

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

- A través de una versión portátil del sistema de información, facilitará la operación del personal de salud en la comunidad y el hogar.
 - Facilitará el seguimiento de la persona en el tiempo al garantizar la trazabilidad de cada una de las personas que sean tamizadas y detectadas con una enfermedad no transmisible, y con esquemas formales y efectivos de referencia a las unidades de salud y clínicas para el tratamiento preventivo.
 - Posibilitará la coordinación efectiva entre las unidades de salud del primer nivel de atención.
-

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

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

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

- Desarrollo y aplicación de manuales de procedimientos que faciliten la operación de sesiones grupales en unidades de primer contacto.
- Capacitación al personal de salud y otras instancias ciudadanas para la detonación de los procesos.
- Concientizar a los usuarios sobre la carga y responsabilidad de la enfermedad en la sociedad.

2. Atención Médica

2.1 Acceso efectivo a Servicios de Salud

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

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

1. Aumentar la cobertura de GAM
 2. Inserción de pacientes con ENT a GAMS
 3. Aumentar el porcentaje de pacientes con DM en GAM.
 4. Contribuir al aumento de control de pacientes con DM y detección oportuna de complicaciones
 5. Seguimiento individualizado de todos los pacientes en las unidades de primer contacto.
 6. Validar el plan de trabajo de los GAM, sea centrado en los integrantes de grupo.
 7. Fortalecer la educación de los pacientes que contribuya al control de las Enfermedades No Transmisibles, y con
-

ello la acreditación del GAM.

8. Asegurar la continuidad del GAM, supervisando las reuniones a lo largo del año.
9. Asegurar la detección oportuna de complicaciones.
10. Fortalecer el SIVEGAM a través de la validación y registro oportuno de información.

Para el logro de los diez puntos anteriores, se proponen las siguientes estrategias:

1. Integración de 1 GAM por patología (Obesidad, Diabetes e Hipertensión Arterial) o más de 2 GAMS por Unidad Salud, que representen por lo menos el 60% del total de pacientes en tratamiento de enfermedades crónicas en virtud de que el máximo de personas por GAM es de 25, lo anterior con la participación decidida del comité de Salud y autoridades.
2. Capacitación al personal que labora en el primer de atención es decir los directos responsables de los GAM, acerca de todos los aspectos que involucran las enfermedades crónicas.
3. Capacitación al personal que labora en el primer de atención es decir los directos responsables de los grupos de ayuda mutua, acerca del manejo de la estrategia de GAM y la elaboración del plan de trabajo, para fortalecer la educación del paciente y por ende el control metabólico y calidad de vida.
4. Contratación permanente de personal Licenciados en Nutrición y Activadores Físicos, quienes acudirían en forma periódica y programada a las Unidades de Salud, con el fin de trabajar y orientar en sus respectivas áreas, a los integrantes de los Grupos de Ayuda Mutua.
5. Incentivar a los integrantes de los GAM, con utensilios de cocina para demostraciones culinarias, semillas de hortalizas para la creación de huertos de traspatio y con prendas personales que hagan resaltar su persona (playeras, delantales, cilindros para contener agua, bolsas mandaderas, zapatos adecuados para personas que padece diabetes).
6. Proporcionar equipos e insumos para el automonitoreo (glucómetros, tiras reactivas, lancetas, almohadillas alcoholadas, baumanometro, básculas y cintas métricas).
7. Asegurar la dotación adecuada y oportuna del tratamiento no farmacológico (medicamentos), para cada uno de los integrantes de los GAM.
8. Elaboración de material informativo por el propio grupo, con el apoyo del personal de Salud, sobre menús y recetas de acorde a productos alimenticios adecuados a la patología y propios de la región.
9. Elaboración de material informativo sobre las enfermedades crónicas, en forma sencilla y sin utilizar términos técnicos es decir con vocablos de acuerdo a la región y grupo étnico (zapoteco, mixteco, chinanteco, mazateco, chontales, mixe, zoque, amuzgo, chatinos, etc.)
10. Asegurar el recurso económico para la supervisión a los niveles correspondientes y corroborar el cumplimiento de la estrategia.
11. Contratación a nivel Jurisdiccional de personal responsable de la captura de información al SIVEGAM (licenciados en informática), para garantizar la validación y registro oportuno de la información.

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

A partir del principio de corresponsabilidad, se pretende que los individuos enfermos crónicos, accedan a

control y tratamiento médico a través de un ejercicio de pago compensatorio con lo realizado por el Estado.

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

Desarrollo de programas de incentivos para pacientes y médicos

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

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.

- Implementación y operación del Modelo de intervención Integral (estrategia en el 1º nivel)
UNEME EC Huajuapán de León, C.S El Molino, C.S Magdalena Tetaltepec, C:S Santa María Camotlán, C.S. San Andrés Dinicuiti.
- Estrategias para garantizar la prevención de complicaciones:

Supervisiones en tarjetas de control, expedientes clínicos, análisis de SIS, revisar reportes de revisión de pie.

- Vinculación con el Área de Calidad para garantizar la acreditación de Unidades.

GAM

1. Acreditación, Re-acreditación y Acreditación con Excelencia de GAM, medida que contribuye al control de pacientes con ENT.

- Vincularnos con los Promotores para trabajar con los grupos de Ayuda Mutua
- Capacitar al Lic. en Nutrición y Activador físico a los promotores de salud en ENT

UNEMEs EC

1. Otorgar asesoría en atención clínica a los médicos tratantes del 1º nivel de atención.
2. Impulsar la red de atención de excelencia del paciente con DM
3. Monitorear que las acciones de atención sean apegadas a las guías de práctica clínica y normas mexicanas.

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

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

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

- Mejora de estilos de vida, actividad física sistemática, progresiva y constante, plan de alimentación adecuado, manejo de emociones.
- Prevención, detección oportuna y manejo integral de las enfermedades no transmisibles: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, síndrome metabólico, dislipidemia y enfermedad renal crónica.
- Uso de esquemas terapéuticos innovadores que privilegien la atención efectiva.
- Identificación temprana y oportuna de complicaciones asociadas a las enfermedades no transmisibles, para la atención con calidad, y para su referencia oportuna.

Se cuenta con la participación de diferentes laboratorios como son MSD, Lili icos, Landsteiner Scientific, Roche, Sanofi, para realizar un cronograma de capacitación, con las siguientes características:

- Se aprovechará la convergencia tecnológica para ofrecer educación en línea y/o presencial innovadora que permita que el personal de salud acceda a la capacitación de forma remota.
 - Se personalizarán los contenidos y la currícula que recibirá el personal de salud acorde con su perfil profesional y las funciones que realice en las unidades de salud del primer nivel de atención.
 - Se vinculará con los programas de enseñanza y desarrollo profesional continuo, para asegurar el aprovechamiento óptimo del personal de salud en los programas de capacitación.
-

- Contará con el aval académico de instituciones prestigiadas de enseñanza.
- Permitirá la trazabilidad del desempeño académico del personal de salud en los diferentes ciclos de capacitación.
- Contará con esquemas de apoyo técnico para eliminar las barreras tecnológicas en el acceso a la capacitación.
- Contará con apoyo académico para responder dudas e inquietudes relacionadas con los contenidos.

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

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

- Generar un censo de recursos humanos disponibles formados en la atención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles.
- Generar un centro de educación sobre enfermedades no transmisibles que coordine las instancias educativas y los contenidos.
- Certificación de las competencias en el manejo de las enfermedades no transmisibles en el personal de salud.

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

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

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

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

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

2.4 Infraestructura y tecnología

Uso de tecnologías para facultar a la persona

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

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

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

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

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

El Modelo Integral de Atención es un esquema de participación intersectorial que plantea la mejora de la infraestructura y equipamiento de las unidades de salud donde se atienden los pacientes con enfermedades

no transmisibles.

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

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

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

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

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

- Aprovechar la convergencia tecnológica para establecer sistemas de información en línea que permitan el monitoreo del abasto de los medicamentos y pruebas de laboratorio en las unidades de salud del primer nivel de atención en tiempo real, con base en los medicamentos que deben estar disponibles acorde con la normatividad vigente aplicable a cada institución de salud.
 - Permitir que las personas que viven con enfermedades no transmisibles y sus familiares, a través del sistema de información en línea mediante tecnologías móviles, puedan reportar que no les fue surtido un medicamento, estableciendo un contrapeso para la vigilancia de la eficiencia y la efectividad.
 - Además de su utilización en la farmacia y los almacenes, el sistema de información será escalable hacia el interior de las unidades de salud, permitiendo que todo el personal de salud pueda reportar a través de tecnologías móviles que no se entregó un medicamento o insumo a sus pacientes.
-

- Permitir que un supervisor monitoree el abasto y la cadena de suministro, reportando a través de tecnologías móviles el abasto existente y los medicamentos faltantes.
- Mostrar la información referente al abasto y desabasto de los medicamentos en un tablero de control que sea transparente a todo el personal de salud y las autoridades administrativas y operativas a nivel regional, estatal y nacional, facilitando la toma de decisiones basada en la información de las propias unidades de salud, permitiendo la transparencia y la rendición de cuentas.

2.8 Investigación y evidencia científica

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

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

- Establecer un fondo nacional para financiar proyectos de investigación sobre enfermedades no transmisibles.
- Establecer una instancia de gestión de investigación sobre enfermedades no transmisibles a partir de la vinculación de instituciones.
- Generar un sistema de incentivos para investigadores que fomente la generación de conocimiento sobre enfermedades no transmisibles.
- Establecer un premio en investigación sobre enfermedades no transmisibles.
- Fomentar el desarrollo de investigación operativa para mejorar las acciones en materia de atención, prevención y promoción de la salud.

Creación de centros de 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.

Es claro que para lograr arraigar la prevención y el control de la obesidad y sus comorbilidades en un plazo razonablemente corto, es fundamental apoyar la investigación científica, particularmente aquella dirigida al esclarecimiento de los factores de la dieta que aumenten el riesgo de obesidad y de enfermedades no transmisibles⁵⁶.

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

3. Regulación sanitaria

La política Sanitaria federal a través de la COFEPRIS propondrá reformas a la Ley General de Salud para regular el etiquetado de productos con alto valor calórico. La Dirección de Regulación Sanitaria del Estado de Oaxaca participará en la vigilancia sanitaria dentro de los acuerdos y atribuciones que le confiere en el Sistema Federal Sanitario.

ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL SOBREPESO, LA OBESIDAD Y LA DIABETES

3. REGULACIÓN SANITARIA Y POLÍTICA FISCAL

3.1. Etiquetado

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

Etiquetado de Alimentos

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

Etiquetado frontal

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

1. Que señale el porcentaje que el contenido calórico del producto representa de acuerdo a la Ingesta Diaria Recomendada (IDR), distinguiendo la fuente de la cual provenga el aporte calórico del producto, de acuerdo a la siguiente tabla:

Fuente de aporte calórico	Base para el cálculo de la IDR
Azúcares agregados	200 kcal
Otros carbohidratos	300 kcal
Grasas no saturadas	400 kcal
Grasas saturadas	140 kcal
Proteínas	280 kcal
Sodio	2000 kcal

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.

Distintivo nutrimental

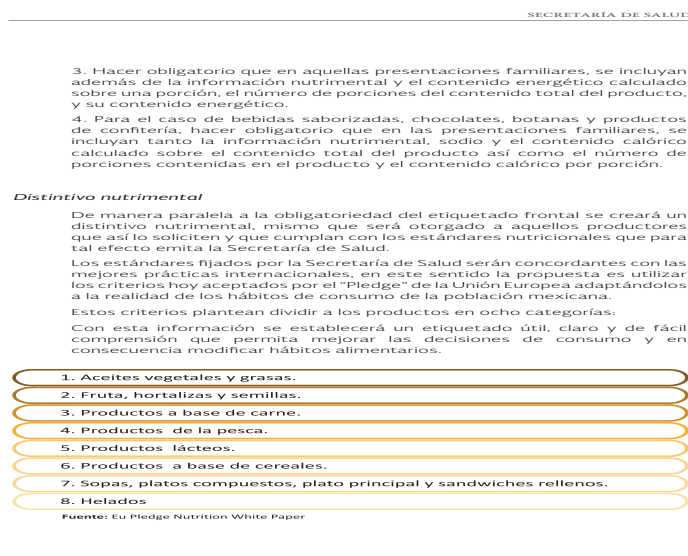
De manera paralela a la obligatoriedad del etiquetado frontal se creará un distintivo nutrimental, mismo que será otorgado a aquellos productores que así lo soliciten y que cumplan con los estándares

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 utilizar los criterios hoy aceptados por el "Pledge" de la Unión Europea adaptándolos a la realidad de los hábitos de consumo de la población mexicana.

Estos criterios plantean dividir a los productos en ocho categorías:

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



3.2 Publicidad

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

a) Definir como horarios de audiencia infantil los siguientes:

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

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

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

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

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

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

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





**Secretaría
del Trabajo**



OAXACA

COORDINACION AL INTERIOR DE LOS

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

SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA



Dependencias e instituciones participantes

Instituto Estatal de Educación Pública de Oaxaca

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

Comisión Estatal del Deporte

- Promover la aplicación de la Ley General de Cultura Física y Deporte (DOF 7 de junio de 2013) la cual tiene por objeto establecer las bases generales para la distribución de competencias, la coordinación y colaboración entre la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios en materia de cultura física y deporte, con la participación de los sectores social y privado.
 - Fomentar la actividad física en espacios públicos y recreativos.
 - Formar y capacitar recursos humanos para la promoción de la actividad física en todos los entornos con prioridad en escuelas de educación básica.
 - Promover e instrumentar eventos y actividades deportivas de forma organizada (torneos, carreras, etc.).
-

Secretaría de Desarrollo Agropecuario, Forestal y Acuicultura

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

Secretaría de Desarrollo Social y Humano de Oaxaca

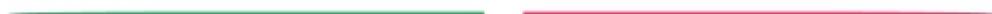
- Realizar las actividades educativas sobre orientación alimentaria en el marco del programa Estatal de Becas
- Promover ayudas para la creación de cooperativas escolares que expendan alimentos Completamente balanceados.
- Apoyo de Becas para fomentar y mantener huertos familiares traspatio.
- Abalar y apoyar a los productores de alimentos naturistas organicos.

Secretaría del Trabajo

- Promover entornos de trabajo saludables con alimentación correcta y consumo de agua simple potable.
- Promover estilos de vida saludable entre los trabajadores.
- Promover y adecuar espacios en sitios de trabajo para la realización de actividad física.

Procuraduría Federal del Consumidor

- Difundir información sobre mercados de productos saludables.



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

Comisión Estatal del Agua

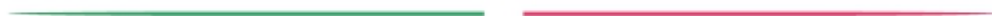
- Promover el suministro de agua potable para la colocación de bebederos en parques y centros deportivos e impulsar la colocación de los mismos en coordinación con las autoridades estatales y municipales.

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 DIF Oaxaca

- 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 DIF D. F. en las escuelas

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

Red Estatal de Municipios por la Salud

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

Sociedad Civil y Organizaciones No Gubernamentales

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

Academia

- Fomentar la investigación científica en materia médica y nutricional.
- Generar un diálogo permanente con los actores relacionados con el problema del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.

Fundación Mexicana para la Salud A.C.

- Promover programas de mejora en la salud en trabajadores para impulsar la productividad y la competitividad de la industria.
 - Participar activamente en la prevención de la obesidad infantil, a través de investigaciones y promoción de hábitos alimenticios saludables y de actividad física.
-

- Desarrollar e impulsar la investigación científica, el desarrollo de recursos humanos, la innovación y el uso racional de la tecnología en materia de sobrepeso y obesidad.

Iniciativa Privada

- Reformular el contenido de la oferta de alimentos y bebidas.
- Desarrollar material didáctico destinado al fomento de la alimentación correcta.
- Promover campañas en medios para fomentar hábitos de consumo y estilos de vida saludable.

Declarar en los menús de restaurantes el contenido calórico de sus alimentos y bebidas e inclusión de frutas y verduras en su oferta. Promover la actividad física.

- Promover la actividad física.

Evaluación

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

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

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

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

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

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

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

Se deberá contar con la definición de parámetros a evaluar sobre los avances en la consecución de los objetivos parciales que se adopten para cada grupo. Esto requiere de un esfuerzo en cuanto a la creación y utilización de la información estadística pertinente para poder realizar la evaluación correspondiente. Habrán de tomarse en cuenta los efectos sinérgicos que se den entre las distintas acciones que se realicen, pues pueden potenciar los efectos de intervenciones individuales.

Algunos de los indicadores que se contemplan son:

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

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

El Observatorio es una unidad de control y vigilancia de las acciones emprendidas en la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes; la cual funge como una herramienta

que permite llevar a cabo la evaluación y medición del impacto de las políticas públicas implementadas. Esta instancia deberá estar alojada en una institución externa e independiente del Sistema Nacional de Salud, que cuente con la autonomía y la capacidad técnica necesaria.

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

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

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

En este sentido, el esquema de evaluación puede experimentar cambios que se deban, entre otros factores, a transformaciones en el diseño de la Estrategia. Asimismo, la evaluación incorporará la medición de indicadores nuevos si en el futuro se cuenta con bases de información nuevas, que sugieran mejores prácticas en materia.

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

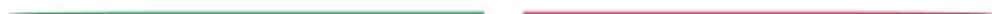
La evaluación busca identificar y medir la efectividad en cuanto a la desaceleración en el incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población mexicana, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles, particularmente la diabetes mellitus; la promoción de la construcción de una cultura por la salud que facilite la adopción de estilos de vida que mantengan la salud de las personas. Detecte oportuna y masivamente el universo de casos de sobrepeso, obesidad y diabetes para garantizar su adecuado control y manejo; la generación de una plataforma que permita operar con recursos humanos y materiales capacitados y suficientes el modelo de atención integral al sobrepeso, obesidad y la diabetes

de acuerdo a requisitos de calidad propuestos; la generación de un contexto donde se privilegie la salud, a través de acciones de gobernanza que procuren el desarrollo económico y social.

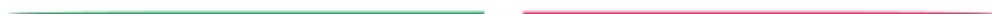
La evaluación analizará la coordinación entre las diferentes instituciones de gobierno y de otros sectores que participan en la Estrategia.

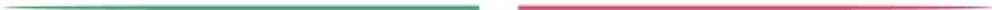
Pondrá especial atención en desarrollar mecanismos que recuperen la opinión de la ciudadanía respecto a la Estrategia.

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



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





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

	Objetivo	Meta
Salud Pública	Implementar esquemas proactivos de prevención y detección oportuna de casos	Alcanzar una cobertura de detección de Diabetes Mellitus en el 33% de la población de 20 años y más, anualmente
	Incrementar el número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en control con hemoglobina glucosilada (Hb A1c)	Alcanzar la cobertura de pacientes en seguimiento con hemoglobina glucosilada (Hb A1c)
	Incrementar el número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 controlados con hemoglobina glucosilada	Alcanzar para 2018 el 33% de pacientes con diabetes tipo 2 controlados con Hemoglobina Glucosilada (Hb A1c) por debajo del 7%
	Promover estilos de vida saludables a través de medios de comunicación masivos con mensajes que enfaticen el diagnóstico, la alimentación correcta y la activación física	Realizar anualmente al menos una campaña de difusión de comunicación educativa en medios masivos
Atención Médica	Fortalecer la actualización del personal de salud del primer nivel de atención en el manejo adecuado del paciente con sobrepeso, obesidad y diabetes	Lograr una eficiencia terminal superior al 80% en la actualización en la atención de las enfermedades no transmisibles del personal de salud seleccionado de las unidades de primer nivel de atención
	Incrementar el número de unidades en el primer nivel de atención, con la supervisión de la autoridad estatal, con abasto oportuno y suficiente de medicamentos para el control de la diabetes	Alcanzar el 90% de unidades de primer nivel de atención con abasto oportuno y suficiente de medicamentos e insumos para el control de la diabetes
	Identificar y validar marcadores genómicos útiles para establecer medidas preventivas y terapéuticas para la obesidad y la diabetes tipo 2	Disminuir la prevalencia de obesidad y sus complicaciones metabólicas a través del diseño de estrategias basadas en evidencia genómica
Regulación Sanitaria	Mejorar la información nutrimental de alimentos y bebidas para orientar al consumidor sobre opciones saludables	Lograr que el 100% de los alimentos y bebidas contengan información nutrimental en su etiquetado frontal
	Regular la publicidad de bebidas y alimentos dirigida a público infantil	Reducir la publicidad de bebidas y alimentos en horarios específicos en medios masivos de comunicación dirigidos al público infantil

SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

DEPARTAMENTO PROMOCIÓN DE LA SALUD

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

LINEAS DE ACCION:

- ***Impulsar por la eliminación de publicidad de alimentos no nutritivos.***
 - ***Incentivar la eliminación gradual del azúcar, sodio, y grasas saturadas en alimentos.***
 - ***Incentivar la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria.***
 - ***Desarrollar acciones que promuevan la disponibilidad de agua potable en escuelas, sitios de trabajo y espacios públicos.***
 - ***Promover el incremento del consumo diario de verduras, frutas y leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.***
 - ***Mejorar la capacidad de toma de decisiones informada de la población sobre una alimentación correcta a través del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.***
 - ***Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos.***
 - ***Promover huertos escolares y familiares de traspatio (Horticultura urbana)***
 - ***Establecer recomendaciones para fomentar la alimentación correcta en los lugares de trabajo.***
 - ***Promover masivamente la alimentación correcta, actividad física y el consumo de agua simple potable.***
-

Promoción de la actividad física a nivel individual y colectivo (familia, escuela, sitios de trabajo y comunidad).

ESTRATEGIA

- **Sensibilizar a las autoridades municipales para la creación de espacios públicos seguros destinados a la activación física mediante la coordinación interinstitucional y el desarrollo de competencias.**
 - **Impulsar la vinculación con instancias administrativas para la implementación de actividad física en los diferentes entornos,**
 - **Promocionar la actividad física en las familias, escuelas, sitios de trabajo y ciudades a través de eventos masivos en el nivel estatal y jurisdiccional.**
 - **Realizar una campaña estatal y una por jurisdicción para sensibilizar a la población sobre la importancia de la alimentación correcta y la actividad física.**
 - **Promover y establecer alianzas con instituciones públicas, privadas y organizaciones sociales (universidades, escuelas de nivel básico, medio y superior , etc). para coordinar eventos que fomenten la actividad física.**
 - **Diversificar los espacios promotores de actividad física seguros (plazas públicas, centros comerciales, lugares de ocio y esparcimiento).**
 - **Proporcionar talleres sobre temas de Orientación Alimentaria, Actividad Física y Lactancia Materna a Agentes y Procuradoras de la salud.**
 - **Diseñar material informativo: carteles, trípticos, lonas, mantas, guías, manuales etc.**
-

- **Capacitar al 100% de Promotores de Salud de las unidades médicas en los temas de Lactancia Materna, orientación alimentaria y actividad física**
- **Capacitar a los docentes de las escuelas de nivel básico sobre Orientación Alimentaria y Actividad física.**
- **incluir en los planes de trabajo de los Comités Municipales de Salud, acciones para la prevención del Sobrepeso, Obesidad y Diabetes.**
- **Establecer que las autoridades municipales incluyan en su plan de desarrollo municipal, proyectos para la prevención del sobrepeso, obesidad y diabetes**

META ANUAL	VALLES C.	ISTMO	TUXTEPEC	COSTA	MIXTECA	SIERRA	TOTAL
1 TALLER SEMESTRAL DE ORIENTACION ALIMENTARIA CON DEMOSTRACION CULINARIA POR UNIDAD DE SALUD	566	262	186	244	390	242	1890
ASISTENTES A TALLERES (20 ASISTENTES POR TALLER)	11320	5240	3720	4880	7800	4840	37800
50% DE UNIDADES DE SALUD CON 1 GRUPO DE PROESA (Programa de ejercicios para la Salud)	141	66	47	61	98	61	474
25 INTEGRANTES POR GRUPO PROESA	3538	1638	1163	1513	2438	1513	11803
CAPACITAR AL 100% DE PROMOTORES DE SALUD EN ALIMENTACION CORRECTA Y LACTANCIA MATERNA	53	61	49	42	20	15	240

➤

VIGILANCIA Y ORIENTACIÓN NUTRIMENTAL

LINEAS DE ACCION:

- Control nutricional permanente de los menores de 19 años.
 - Capacitación a los responsables de nutrición de las jurisdicciones.
 - Capacitación al personal de salud con enfoque de riesgo a través del C.E.C.
 - Promover acciones para la prevención de enfermedades relacionadas con la nutrición en la población menor de 19 años.
 - Detectar oportunamente la desnutrición en los menores de cinco años.
 - Prevenir, detectar y tratar oportunamente el sobrepeso y la obesidad en la población de 10 a 19 años.
 - Garantizar programas de suplementación con nutrimentos como hierro y multivitamínicos a los menores de 19 años.
 - Fortalecer la participación social en la prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades relacionadas con la nutrición en la población menor de 19 años.
 - Desarrollar acciones de capacitación al personal de salud en materia de prevención, detección y tratamiento oportunos de enfermedades relacionadas con la nutrición en la población menor de 19 años.
-

INDICADORES:

- % DE Niños de 5 a 9 años con sobrepeso y obesidad
- % de madres capacitadas en Sobrepeso y Obesidad

META	VALLES C.	ISTMO	TUXTEPEC	COSTA	MIXTECA	SIERRA	ESTATAL
Incorporar a control Y vigilancia del estado de nutrición al 80 % de los menores de 5 años de responsabilidad de los servicios de salud	63998	33783	27285	24953	21879	13215	185113
Incorporar a control Y vigilancia del estado de nutrición a los niños de 5 a 9 años	33004	17422	14071	12868	11283	6814	95461
Incorporar a control y vigilancia del estado de nutrición a los	8635	2944	2298	2812	2545	1739	20973

adolescentes de 10 a 19 años							
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Madres Capacitadas en Sobrepeso y Obesidad	7640	3920	1049	1245	2771	293	16918
Capacitación a personal de salud	100	60	40	40	50	40	330

PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO Y ADULTO MAYOR

INDICADOR	META
Porcentaje de unidades de salud del primer nivel de atención que cuente con el esquema proactivo de detección oportuna de enfermedades crónicas	El 100% de los centros de salud de primer nivel de atención participantes deberán estar utilizando las tecnologías en el primer nivel de atención
Porcentajes de personas en el área geográfica de responsabilidad a las que se realizó detección integrada de factores de riesgo	El 100% de la población de 20 años y más en el área geográfica de responsabilidad, tendrán que realizarse detecciones de factores de riesgo Indicador a cumplirse en 3 años (22% anual)
Porcentaje de personas a las cuales se le confirmó su diagnóstico y fueron ingresadas a tratamiento	El 50% de los pacientes con confirmación de su enfermedad crónica deberán ser ingresados a tratamiento (Indicador a cumplirse de manera anual)
Porcentaje de pacientes no controlados de ECNT, referidos a las UNEMES EC, por las unidades de salud, del primer nivel de atención	El 30 % de los pacientes con enfermedades crónicas no controladas y atendidos en las unidades del primer nivel de atención deberán ser referidos a las UNEMES EC. (Indicador a cumplirse en 3 años, 10% anual)
Porcentaje de medicamentos con abasto continuo y completo acorde con la normatividad vigente.	El 95% del total de medicamentos estipulados deberán estar en las unidades de una manera continua y completa.
Porcentaje de medicamentos otorgados a los pacientes conforme a lo prescrito por el personal de salud	El 100% del total de los medicamentos prescritos tendrán que ser entregados a los pacientes

INDICADOR	META
Realizar detecciones de diabetes mellitus en población de 20 años	122040

y más	
Incrementar el 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	4023
Incrementar el 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	4023
Incrementar el 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	16228
Incrementar el número de Grupos de Ayuda Mutua EC acreditados en el primer nivel de atención.	30
Fortalecer la actualización del personal de salud del primer nivel de atención en el manejo adecuado de pacientes con sobrepeso, obesidad y diabetes. Numerador: Número de capacitaciones realizadas, para la actualización del personal de salud, en el manejo de pacientes con sobrepeso, obesidad y diabetes.	4
Número de pacientes de 20 años y más con obesidad en tratamiento	13800
Número de pacientes de 20 años y más con obesidad en control	2064

Bibliografía

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discurso del Presidente de la República en el marco del Día mundial de la salud, celebrado el día 2 de abril de 2013. [http:// www.presidencia.gob.mx/ articulos-prensa/dia-mundial-dela- salud-2013-la-hipertension/](http://www.presidencia.gob.mx/articulos-prensa/dia-mundial-dela-salud-2013-la-hipertension/)

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, 2012.

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*, CINyS- INSP, México, 2007. Lim SS., V. T.-R. (2012). *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk and risk factor clusters in 21 regions, 1990- 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. The Lancet, 224-2260. OECD, *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing, 2011.

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

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

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

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

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

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

Páginas web

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

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

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

<http://www.insp.mx/epppo/>

blog/2865-reg-publicidad-alimentos-bebidas-mex-codigo-pabivs-reg-intern.html

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

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

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



